

**המועצה המדעית של  
ההסתדרות לרפואת שיניים**



**עמדת ועדת ההסכמה**

# **קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים**

**הקריטריונים המקובלים הנדרשים לטיפול בחולים עם מחלות חניכיים**

**לימודי המשך ברפואת שיניים מטעם המועצה המדעית  
הנדרשים לטיפול בחולים עם מחלות חניכיים**

**פברואר 2006**

**חוברת מס' 5**

# ועדות ההסכמה של המועצה המדעית

מטרת ועדות ההסכמה של המועצה המדעית היא לאסוף מידע מדעי על מנת להעריך בטיחות ויעילות של סוגיות הקשורות לטכנולוגיה ביו-רפואית.

כוונת הוועדות לקדם את ההבנה של הטכנולוגיה או נושאים השנויים במחלוקת שחשובים למקצוע הרפואי ולציבור. ועדות ההסכמה מאוישות על ידי הרכב של מומחים בתחום הנושא הנדון, והן בוחנות את הסוגיה הנבדקת באופן הבא:

1. עדויות של מומחים בתחום המוזמנים להעיד בפני הוועדה.

2. עדויות של גורמים מעוניינים.

3. שאלות המופנות אל הוועדה על ידי הציבור הרחב או נקלטות מפרסומים בתקשורת.

4. דיון סגור ועניני של חברי ועדת ההסכמה בנושא הרלבנטי, לקביעת נייר עמדה, המבטא את עמדת המקצוע, המיועד לציבור העוסקים במקצועות הרפואה ולציבור הרחב.

## הזמנת חוברת של ועדת ההסכמה

חוברות של ועדות ההסכמה ניתן להזמין על ידי פניה בכתב למזכירות המועצה המדעית,

כיכר צינה 9 תל-אביב 63566

E-mail: [shifra@ida.org.il](mailto:shifra@ida.org.il)

## הנדון: ועדת הסכמה בנושא קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים

אני שמח להגיש לך חוברת ובה עמדת ועדת ההסכמה בנושא:  
קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים.

אנו מקווים כי חוברת זו תהיה לך לעזר להבנת הנושא, לקביעת  
עמדתך המקצועית בנושא וכלי עזר שימושי בהסברת הנושא למטופליך.

אני מבקש להודות לפרופ' איילה שטבהולץ, יו"ר הוועדה וליתר חברי  
ועדת ההסכמה על העבודה הרבה שהשקיעו בהכנת המסמך  
החשוב המוגש לך בזאת.

המועצה המדעית תמשיך ותשקוד, לטפל בנושאים נוספים השנויים  
במחלוקת או בטכנולוגיות חדישות, שניתן ליישמן ברפואת השיניים.

אשמח לקבל הערותיכם לחוברת זו ו/או רעיונות נוספים לברור נושאים  
היכולים להתאים לאחת מועדות ההסכמה הבאות.

בברכה,  
פרופ' אדם שטבהולץ  
יו"ר המועצה המדעית.

## מטרת הועדה

מטרת ועדת ההסכמה לנושא "קווים מנחים לטיפול במחלות חניכיים" הייתה להציג בפני הקהילה הרפואית את הקריטריונים המקובלים הנדרשים לטיפול בחולים עם מחלות חניכיים. הקובצמוס שהושג לאחר דיון אינטנסיבי בנושאים שהועלו מייצג את המסקנות אליהן הגיעו בהסכמה רחבה כל חברי הועדה לאחר שדנו בכובד ראש הן בפרטי הנושאים והן בניסוחם. אנו משוכנעים שיתכנו גישות שונות של חברים שלא נטלו חלק בוועדה, אך כידוע, טבעה של הסכמה הינה לייצג את המרכז והמשותף, ולא את האקסצנטרי והשנוי במחלוקת. אעפ"כ, נראה לחברי הועדה כי נייר זה מייצג נכונה את הגישות הטיפוליות הרווחות בקרב הקהילה המדעית והקלינית, והוא ניסמך בעיקר על הספרות המקצועית הרלוונטית, על נייר העמדה האחרון של ה-AAP ועל ניסיונם הרב של חברי הועדה שנבחרו על פי קריטריונים מנחים.

אנו מקווים שהקווים המנחים הללו ישמשו 'אבני דרך' בפני רופאי השיניים בבואם לטפל (בעצמם או עם רופאי החניכיים) במתפראים עם מחלה פרודונטלית. קווים מנחים אלה, לאחר שאומצו על ידי המועצה המדעית, ייקבעו את אמות המידה לטיפולים (standard of care) שעל פיהם יתפקד ויתנהג המקצוע בשנים הקרובות לנוחות הרופאים וחשוב מכל לרווחת המטופלים.

### הנושאים המובאים:

- הרקע להתפתחות מחלות חניכיים.
- גורמי סיכון למחלות חניכיים.
- אמצעים לבדיקה ואבחון מחלות חניכיים וחשיבותם.
- סיווג עדכני של מחלות החניכיים.
- מטרות, דרכי מניעה והטיפול במחלות חניכיים.
- דרכים להערכת הצלחת הטיפול במחלות חניכיים.
- נגעים מוקוג'ינג'יבאליים.

## משתתפים

בועדת ההסכמה השתתפו 10 חברים מומחים בפרודונטיה החברים בוועדה המקצועית לפרודונטיה של המועצה המדעית של הר"ש וחברי וועד האיגוד המקצועי לפרודונטיה ואוסטאואינטגרציה:

- פרופ' איילה שטבהולץ - יו"ר הוועדה
- ד"ר משה גולדשטיין
- ד"ר שלמה ויה
- ד"ר איל ונציה
- ד"ר דוריאן חטואל
- פרופ' אלי מכטיי
- פרופ' קרלוס נמקובסקי
- פרופ' אוברי סוסקולני
- ד"ר אביטל קולובסקי
- פרופ' ליאור שפירא

## רקע

הגורם העיקרי לאובדן שיניים במבוגרים מעל גיל 40 בעולם המערבי הוא מחלת חניכיים.<sup>1</sup> הטיפול במחלת חניכיים הינו מרכיב חשוב ביותר במרפאת השיניים הכללית ומהווה בסיס לכל טיפולי השיניים. בהעדר שליטה במחלת החניכיים, כל שאר הטיפולים בפה נדונים לכישלון. רוב מחלות החניכיים הן כרוניות ואינן מלוות בדרך-כלל בכאב או באי נוחות שתעורר במתרפא את הצורך לבקש טיפול מיידי. על כן, באחריות רופא השיניים להפנות את תשומת לב המתרפא להמצאות מחלת חניכיים. הצלחת טיפול החניכיים או כשלון בו תלויה במידה רבה במחויבות ההדדית וארוכת הטווח של המטופל והמטפל. העדר טיפול במחלת חניכיים עלול להביא לאבדן שיניים ולליקוי תפקודי ואסתטי של מערכת הלעיסה. לאחרונה, מתרבים הדיווחים אודות השפעת נוכחות מחלת חניכיים על התפתחות או התקדמות מחלות סיסטמיות מסכנות חיים כגון מחלות קרדיווסקולאריות, שבץ מוחי, סוכרת, מחלות ריאה, וסיבוכי הריון. בנוסף, בשנים האחרונות, אחת הסיבות העיקריות לתביעות של רשלנות רפואית היא חוסר אבחנה וטיפול במחלות חניכיים. מטרת נייר עמדה זה הינה להעלות את רמת בריאות החניכיים בקרב הציבור בארץ והתווית קווים מנחים לרופאי השיניים בטיפול במחלות החניכיים השונות.

### מחקרים מדעיים הראו כי:

- א. הגורם העיקרי להתפתחות דלקת חניכיים (Gingivitis) הינו הרובד הדנטאלי.<sup>2</sup>
- ב. ל- 80% עד 90% מאוכלוסיית המתבגרים בארה"ב,<sup>3</sup> ולאחוז גבוה מזה באזורים אחרים בעולם, יש סימני דלקת חניכיים ודימום חניכי.<sup>3-6</sup>
- ג. אחד מכל שלושה מבוגרים בארה"ב סובל ממחלת חניכיים.<sup>7</sup>
- ד. למעלה מ-50% מהשיניים שאובדות בקרב מבוגרים מעל גיל 40 הן תוצאה של מחלות חניכיים.<sup>1</sup>

מחקרים אשר בוצעו בארץ הראו שכיחות מחלות חניכיים גבוהה ביותר: בקרב 97.6% מהמתבגרים בגילאי 13-14 נמצא דימום חניכי,<sup>8</sup> ולמעלה מ-50% מעובדי בית חולים בירושלים ואנשי צבא קבע סבלו ממחלת חניכיים.<sup>9-10</sup>

מחלת חניכיים אינה תוקפת את כל השיניים באופן זהה וקצב התקדמותה שונה באנשים ובאתרים מסוימים. מאחר ואין ביכולתנו לאבחן או לנבא אלו אתרים המראים כיום סימני דלקת חניכיים יתקדמו לשלב של אובדן עצם תומכת (פריודונטיטיס), יש לטפל בכל מקרה בו מאובחנת דלקת חניכיים, ויתרה מכך, יש לדאוג למניעת הופעתה.

### גורמי סיכון למחלות חניכיים:

הגורמים למחלת חניכיים מתמיינים ל-2:

#### א. גורמי סיכון הניתנים לשליטה:

1. חיידקים ספציפים שמצליחים להתרבות בסביבת כיס החניכיים.<sup>11</sup>
2. עישון.<sup>12-21</sup>
3. גורמי סיכון מקומיים המעודדים הצטברות רובד (שחזורים לקויים וכד').

4. מחלות סיסטמיות אשר ניתנות לשליטה כגון סוכרת.<sup>24-22</sup>
5. מצבי דחק, מצוקה נפשית וקשיי התמודדות.<sup>26,25</sup>
6. שימוש בתרופות שמשפיעות על מצב החניכיים (חוסמי תעלות סידן מהדור הישן<sup>27</sup>, תרופות אנטי-אפילפטיות<sup>28</sup>, וציקלוספורין<sup>29</sup>).

### ב. גורמי סיכון אשר אינם ניתנים לשליטה:

1. גנטיקה.<sup>32-30</sup>
2. מחלות סיסטמיות אשר אינן ניתנות לשליטה מלאה ונוכחותן עלולה להאיץ את מהלך מחלת החניכיים או להחמיר מחלת החניכיים קיימת (אוסטיאופורוזיס, פגיעה בנויטרופילים ועוד).<sup>34,33</sup>

### חשיבות האבחון והטיפול

מעבר לסכנה של אובדן שיניים וכשלון טיפולים משקמים למיניהם, מהוות מחלות חניכיים לא מטופלות גורם סיכון לכישלון שתלים דנטאליים עקב התפשטות זיהום מהשיניים הנגועות לשתלים.<sup>37-35</sup>

כיוון שיש כיום חשד לקשר בין מחלת חניכיים לבין התקדמות מחלות סיסטמיות מסוימות (מחלות קרדיווסקולאריות וצרברואסקולאריות<sup>40-38</sup>, סוכרת<sup>42-41</sup>, דלקת ריאות<sup>43</sup> ולידה מוקדמת<sup>45-44</sup>), יש לדאוג שחלל הפה יהיה חופשי מזיהום ודלקת, והחשוב מכל הוא בריאות החניכיים ועליה יש לשים דגש.

### אמצעים לבדיקה ואבחון מחלת חניכיים

- בנוסף לאנמנזה בריאותית ודנטאלית מפורטת, יש לבצע בכל בדיקה איסוף נתונים מפורט הכולל:
- א. בדיקה אקסטרא-אוראלית.
  - ב. בדיקת הרקמות האינטרא-אוראליות.
  - ג. בדיקת הרקמות הפריודונטאליות הרכות, כולל רקמות סביב שתלים דנטאליים וסימני דלקת (אודם, נפיחות, דימום וכו').
  - ד. מדידת עומק כיסים, הערכת נסיגת חניכיים וניידות שיניים.
  - ה. בדיקת נוכחות ופיזור הרובד החיידקי.
  - ו. בדיקת השיניים והשחזורים הקיימים.
  - ז. ביצוע צילומי רנטגן מקבילים והערכת רמת התמיכה הגרמית.
  - ח. בדיקת נוכחות, מיקום וחומרת מעורבות מסעפי השורשים (פורקציות).
  - ט. במידת הצורך יש להיעזר בשיטות אבחון נוספות כגון תבניות לימוד ובדיקת סגר, בדיקות מעבדה ועוד.

בהתאם לסיכום ממצאי הבדיקות תיקבע האבחנה וממנה תיגזר תוכנית הטיפול שאותה יש להציג למטופל. יש להסביר למטופל את מהלך המחלה, את אפשרויות הטיפול, סיבוכים אפשריים, תוצאות מצופות וכן את תפקידו ואחריותו בטיפול. כמו כן, יש להסביר למטופל מה יהיו השלכות העדר טיפול.

## מחלות חניכיים והטיפול בהן

בשנת 1999 פורסם סיווג מחלות ומצבים פריודונטאלים מעודכן מטעם האקדמיה האמריקאית לפריודונטיה (AAP).<sup>46</sup> בהתייחס לסיווג זה מובא מגוון הטיפולים המקובלים כיום, מטרתיהם, שיטות הטיפול, והגדרת הצלחת הטיפול.<sup>47</sup>

### 1. דלקת חניכיים (Gingivitis)

**הגדרה:** דלקת של הרקמות הרכות של החניכיים ללא אובדן תאחיזה קלינית ועצם תומכת. **סימנים קליניים:** בצקת, אודם ודימום של החניכיים בעת החדרת מודד כיסים (פרוב פריודונטאלי). לעתים רחוקות תתלווה תלונה על כאב. **מטרות הטיפול:** השגת חניכיים ללא סימנים קליניים של דלקת ומניעת התקדמות המחלה לפריודונטיטיס.

#### שיטות טיפול:

- א. הדרכת המתרפא לשמירה על היגיינה ובריאות הפה.
- ב. הסרת רובד ואבנית על- ותת-חניכית.
- ג. ניתן לגבות את הטיפול המכאני לעיל בשימוש זמני בתכשירים בעלי פעילות אנטי-בקטריאלית במטרה לשפר את תוצאות הטיפול.
- ד. הסרת גורמים צוברי רובד על-ידי תיקון שחזורים לקויים, סילוק מוקדי עששת וגורמי סיכון הניתנים לשליטה (ראה סעיף גורמי סיכון למחלות חניכיים עמ' 3).

#### הערכת הצלחת הטיפול:

- א. **בטוח הקצר:** הצלחה תתבטא בהעלמות סימניה הקליניים של הדלקת וירידה ברמות הרובד החיידקי.
- ב. **בטוח הארוך:** שמירה על מצב הבריאות אשר הושג (הדבר מחייב טיפול תומך לאורך זמן והיגיינה אוראלית טובה של המתרפא).

### 2. פריודונטיטיס כרונית (Chronic Periodontitis)

**הגדרה:** דלקת חניכיים המלווה באובדן תאחיזה קלינית **Clinical attachment loss** (הגדלת המרווח בין צוואר השן לעומק הכיס הנמדד), בנוכחות כיסים פריודונטאלים וספיגת עצם אלבאולרית.

מקובל לסווג פריודונטיטיס כרונית על בסיס היקפה (מקומית או ממושטת) ועל בסיס חומרת המחלה (מידת אובדן תאחיזה קלינית, עומק כיסים ואובדן עצם רנטגני).

**סימנים קליניים:** א. נוכחות כיסים פריודונטאלים (עומק 5 מ"מ ומעלה).

ב. עדות רנטגנית לספיגת עצם אלבאולרית.

**יתכנו גם:** א. דימום ו/או הפרשה מכיס החניכיים בעת החדרת מודד כיסים (פרוב פריודונטאלי).

ב. נידודת שיניים.

ג. סימני דלקת חניכיים סביב השן (אודם ובצקת).

**מטרות הטיפול:** א. עצירת התקדמות אבדן תאחיזה.

ב. מניעת חזרת המחלה.

ג. היעלמות סימני דלקת.

ד. במקרים מסוימים יש לשאוף לשחזור מערכת התאחיזה.

## שיטות טיפול:

### א. טיפול אנטי-זיהומי הכולל:

1. הדרכה לבקרת רובד על-ידי המטופל, סילוק אבנית על- ותת-חניכית והקצעת שורשים באזורי הכיסים הפריודונטאליים.
2. עקירת שיניים אבודות במקרים קיצונים.
3. גיבוי הטיפול המכאני באמצעות טיפול בחומרים ותכשירים אנטי-בקטריאליים. התכשירים הנמצאים כיום בשימוש כוללים שטיפות פה (לבקרת רובד על חניכי) ותכשירים המוחדרים לסביבת הכיס הפריודונטאלי (לבקרת רובד תת חניכי) ופועלים ברובם בשיטת השחרור המושהה של החומר האנטי-בקטריאלי הפעיל. החומרים הפעילים בתכשירים השונים המשמשים אותנו כיום לבקרת הרובד החידיקי מתחלקים לחומרים אנטיספטים (כלורהקסידין או תרכובות יוד) ולחומרים אנטיביוטיים (סטראציקלין לסוגיו ומטרונידזול).

### אין התוויה לשימוש באנטיביוטיקה סיסטמית כטיפול נוסף בפריודונטיטיס כרונית.

4. סילוק גורמים מקומיים התורמים לפריודונטיטיס כרונית:
  - החלפה או תיקון שחזורים לקויים (שוליים ו/או מתאר בולטים, נקודות מגע פתוחות וכו').
  - סילוק עששת וביצוע שחזורים.
  - טיפול בטראומה סיגרית.

### ב. שליטה בגורמי הסיכון הנוספים למחלות החניכיים:

הפסקת עישון, ניטור ואיזון מחלות סיסטמיות ועוד (ראה עמ' 3).

### הערכת הצלחת הטיפול האנטי - זיהומי

הערכת תוצאות הטיפול האנטי-זיהומי תבוצע לאחר כ-2-3 חודשים מכיוון שזה פרק הזמן המתאים להערכת ריפוי והיעלמות סימני דלקת. הערכה כזו תכלול בדיקה פריודונטאלית והשוואת ממצאיה לממצאי הבדיקה הראשונית.

תוצאות הטיפול המצופות הן:

1. הפחתה בעומק כיסים.
2. היעלמות סימנים קליניים של דלקת חניכיים.
3. שיפור או יציבות תאחיזה קלינית.
4. עדות רנטגנית לשיפור או ליציבות הנגעים הגרמיים.
5. ירידה או יציבות בניידות שיניים.
6. ירידה ברמת רובד בקטריאלי שתאפשר קבלת חניכיים בריאות.

\*מכיוון שכל סוגי הפריודונטיטיס הינן מחלות כרוניות שעלולות לחזור יש לנטר את תוצאות הטיפול לאורך כל חיי המטופל.

במידה והטיפול האנטי-זיהומי מוביל להטבה במצב החניכיים, על הרופא לקבוע תוכנית תחזוקה במרווחי זמן מתאימים. אם לא מתקבל ריפוי, יש צורך בטיפול נוסף: המשך הטיפול האנטי-זיהומי או החלת הטיפול הכירורגי. חשוב להבין כי לא כל המטופלים או האתרים יגיבו לטיפול בצורה שווה או רצויה. טיפול נוסף יותאם בצורה פרטנית לכל מקרה, תוך התחשבות בגורמים הקשורים במטופל, באזור הזקוק לטיפול ובתנאים האנטומיים.



### ג. כירורגיה פריודונטאלית

יש לשקול טיפול פריודונטאלי כירורגי במטרה להביא לריפוי ו/או לתיקון פגמים אנטומיים. **טיפול פריודונטאלי כירורגי יבוצע אך ורק במטופלים בעלי בקרת רובד טובה.** לשיטות הכירורגיות המומלצות במקרים השונים מטרות שונות ויש להתאים את סוג הכירורגיה לכל מקרה: ניקוי השורשים והנגעים הפריודונטאליים בשיטת הראיה הישירה, צמצום כיסים פריודונטאליים, בנייה מחדש של מערכת התאחיזה אשר אבדה על-ידי שימוש באמצעים גרנטריבים שונים על פי שיקולי הרופא ועוד.

### ד. תחזוקה פריודונטאלית (ראה עמ' 11).

#### טיפול בעזרת תרופות המיועדות לשינוי תגובת המאכסן

במצבים בהם הטיפול המקובל לא הביא לתוצאה הקלינית הרצויה ובמקרים בהם למטופלים גורמי סיכון רבים למחלות הניכיים, יש יתרון לשילוב תרופות המשפיעות על תגובת המאכסן עם הטיפול הקובנציונאלי. עם זאת, דרוש מחקר נוסף על מנת לבחון את התוצאות לטווח הארוך ואת תופעות הלוואי על מנת לבסס תפיסה טיפולית זו.<sup>48</sup>

### 3. מורסה פריודונטאלית (Periodontal Abscess)

**הגדרה:** זיהום מוגלתי מקומי בתוך רקמת החניכיים הגובלת בכיס פריודונטאלי העלול להוביל להרס מהיר של רקמות התמיכה של השן (ליגמנט פריודונטאלי ועצם אלבאולרית).

#### סימנים קליניים:

- א. נפיחות מקומית חלקה ובוהקת המוגבלת בדרך-כלל לאזורי הניכיים מקורנת ליד מסעף השורשים או כיסים עמוקים.
  - ב. תפליט מוגלתי שפורץ מפתח הכיס הפריודונטאלי בתגובה ללחץ.
  - ג. יתכנו כאב, רגישות לניקוש, נידות שיניים ואובדן עצם אלבאולרית רנטגני.
- מטרות הטיפול:** סילוק הסימנים והסימפטומים החריפים במהירות האפשרית.
- שיטות טיפול:** ניקוז כירורגי מידי של הכיס הפריודונטאלי וניקויו על-ידי הסרת הרובד, האבנית וגורמי גירוי נוספים במידה וקיימים. **אין התוויה לשימוש באנטיביוטיקה סיסטמית הערכת הצלחת הטיפול:** הצלחה תתבטא בהעלמות הסימנים והסימפטומים של הנגע.

### 4. נגעים משולבים פריודונטאליים-אנדודונטאליים (Combined periodontal-endodontic Lesions)

**הגדרה:** נגע המשלב פתולוגיות של רקמות התאחיזה ומוך השן גם יחד. התהליך יכול לבוע מזיהום ראשוני ממקור רקמת מוך השן החודר דרך הליגמנט הפריודונטאלי או דרך העצם האלבאולרית אל חלל הפה, או לחילופין זיהום ראשוני ממקור הכיס הפריודונטאלי החודר דרך תעלות לטרליות ואקססוריות, טובולי הדנטין והפורמן האפיקלי, וגורם לשינויים דלקתיים במוך השן.

**סימנים קליניים הכרחיים:** אובדן תאחיזה או כיס עמוק המלווה בנגע אנדודונטאלי כמו זיהום ודלקת או נמק של מוך השן או בנגע סב-שורשי.

**סימנים קליניים אפשריים:** א. נפיחות חלקה ובוהקת של החניכיים או הרירית.

- ב. כאב, רגישות למגע באזור הנפיחות ו/או הפרשה מוגלתית.
- ג. רגישות לניקוש או נידת השן.
- ד. התפתחות Sinus tract.
- ה. אובדן מהיר של תאחיזה פריודונטאלית סביב השורש.
- ו. צלוליטיס.

**מטרות הטיפול:** ריפוי הנגע והיעלמות הסימנים והסימפטומים.  
**שיטות טיפול:** טיפול משולב הכולל טיפול אנדודונטאלי פריודונטאלי לפי הצורך, כשהמקור לנגע הינו אנדודונטאלי, טיפול שורש יכול להביא לריפוי הנגע.  
**הערכת הצלחת הטיפול:** הצלחת הטיפול תתבטא בריפוי הנגע ובהיעלמות הסימנים והסימפטומים.

## 5. פריודונטיטיס אגרסיבית (Aggressive Periodontitis)

**הגדרה:** קבוצת מחלות חניכיים ייחודית המאופיינת בקצב התקדמות מואץ ובעלת מאפיינים תורשתיים.

**סימנים קליניים:** ראה סימנים קליניים של פריודונטיטיס כרונית ובנוסף:

- א. קצב אובדן עצם ותאחיזה מהיר (על סמך בדיקות עוקבות רנטגניות וקליניות).
- ב. חומרת מחלה שאינה תואמת לגיל המטופל.
- ג. מרכיב תורשתי.

### מאפיינים נוספים אפשריים:

- א. כמות הרובד אינה תואמת את חומרת הרס הרקמות הפריודונטאליות.
  - ב. פלורה חיידקית ייחודית.
  - ג. לסוג מחלה זו שני סיווגים:
    1. מקומית (Localized) - הפגיעה ממוקדת לחותכות וטוחנות קבועות וצורת נגעים רנטגניים אופיינית.
    2. מפושטת (Generalized) - אובדן תאחיזה מפושט הכולל שיניים נוספות לחותכות וטוחנות קבועות ואינו מראה צורת נגעים רנטגניים אופיינית.
- לא כל המאפיינים חייבים להופיע על מנת לאבחן את המחלה או לסווגה. האבחנה יכולה להתבסס על נתונים קליניים, רנטגנים והיסטורים.

### מטרות הטיפול:

- א. עצירת התקדמות אובדן התאחיזה.
  - ב. העלמות סימני הדלקת.
  - ג. מניעת חזרת המחלה.
  - ד. במקרים מסוימים יש לשאוף לשחזור מערכת התאחיזה.
- שיטות טיפול:** הכרחי לבצע טיפול אנטי זיהומי בדומה לטיפול בפריודונטיטיס כרוני (ראה עמ' 6), ובנוסף לטיפול המתואר יש להתייחס לנקודות הבאות:
- א. טיפול אנטיביוטי סיסטמי כהשלמה לטיפול המכאני על פי פרוטוקולים מקובלים.
  - ב. יש לבצע הערכה רפואית כללית כדי לבדוק קיום מחלה סיסטמית בילדים ובמתבגרים המציגים מצב של פריודונטיטיס אגרסיבית, בעיקר כאשר המחלה אינה מגיבה לטיפול.
  - ג. בשל נטייה תורשתית לפריודונטיטיס אגרסיבית, מומלץ לבצע הערכה פריודונטאלית ולספק ייעוץ והדרכה אודות המחלה ליתר בני המשפחה.
  - ד. תוצאות הטיפול לטווח ארוך תלויות בהיענות המתרפא ובמתן טיפול תחזוקתי במרווחי זמן נכונים. אם קיימת מעורבות שיניים נשירות יש לנטר את בקיעת השיניים הקבועות בכדי לאתר אבדן תאחיזה אפשרי.
  - ה. קיים פוטנציאל טוב להצלחת טיפול רגנרטיבי במתרפאים עם פריודונטיטיס אגרסיבית.

### **הערכת הצלחת הטיפול:**

הצלחה תתבטא ב:

- א. הפחתה בעומק כיסים.
- ב. היעלמות סימנים קליניים של דלקת חניכיים.
- ג. שיפור או יציבות תאחיזה קלינית.
- ד. עדות רנטגנית לשיפור או ליציבות הנגעים הגרמיים.
- ה. ירידה או יציבות בניידות שיניים.
- ו. שיפור ברמת הרובד הבקטריאלי שתאפשר קבלת בריאות חניכיים.

הואיל וכל סוגי הפרודונטיטיס הינן מחלות כרוניות שעלולות לחזור יש לנטר את תוצאות הטיפול לאורך כל חיי המטופל.

מעבר למחלות שפורטו לעיל קיימים מצבים פרודונטאלים נוספים הדורשים טיפולים מורכבים וייחודים אשר לא יפורטו במסגרת נייר עמדה זה. בין מחלות ומצבים אלו ניתן למצוא מחלת חניכיים רפרקטורית (אשר אינה מגיבה לטיפול מקובל), מחלות חניכיים נמקיות (Necrotizing ulcerative gingivitis/periodontitis), נגעים ויראליים ועוד.

### **6. נגעים מוקולינגיבאלים**

**הגדרה:** סטייה מהיחסים האנטומיים הנורמאליים שבין גבול החניכיים החופשיות וצואר השן ובין הרירית לחניכיים המקורנות (Mucogingival junction).

#### **סימנים קליניים:**

- א. נסיגת חניכיים וחשיפת שורשים (רצסיה).
- ב. חסר ברקמה מקורנת (Keratinized tissue).
- ג. עומק כיסים המגיע מעבר לחיבור שבין הרירית לחניכיים המקורנות (Mucogingival junction).

שונות אנטומיות כגון מיקום אקסצנטרי של השן, חיבור פרנום גבוה ווסטיבולום רדוד עלולים להקשות על הטיפול במצבים אלו ודורשים לכן התייחסות.

#### **מטרות הטיפול:**

- א. עזרה בשמירת המשנן במצב של בריאות, תפקוד ואסתטיקה.
- ב. הקטנת הסיכון להחמרת נסיגת החניכיים.

#### **שיטות טיפול:**

- א. שליטה בגורמים האתילוגיים - רובד חיידקי וצחצוח אגרסיבי.
- ב. כיסוי שורשים חשופים בשיטות כירורגיות.
- ג. הרחבת או עיבוי רקמת החניכיים המקורנת בשיטות כירורגיות.
- ד. ניתוק הפרנום במקרים של משיכת החניכיים המקורנות על-ידי פרנום במנח לא רצוי (פרנקטומי).
- ה. תנועות אורתודונטיות לשיפור מתאר החניכיים.
- ו. העמקת הוסטיבולום במידת הצורך.

### **הערכת הצלחת הטיפול:**

הצלחה תתבטא ב:

- א. מתאר מוקוג'ינג'יבאלי בריא.
- ב. עצירת התקדמות נסיגת החניכיים.
- ג. חניכיים ללא סימני דלקת קלינית.
- ד. חזרה לתפקוד במצב של בריאות ונוחות.
- ה. שיפור אסתטי.

### **7. תחזוקה פריודונטאלית**

תחזוקה פריודונטאלית הינה השלב הטיפולי הבא לאחר כל טיפול דנטלי בכלל וטיפול חניכיים בפרט, טיפול זה אמור להימשך לכל אורך חיי המשכן. בשלב זה מבוצע ניטור תקופתי של מחלת החניכיים וטיפול בהתאם. שלב זה הוא שלב עצמאי, אך בלתי נפרד מהטיפול הפעיל. מטופל אשר נמצא בטיפול תחזוקתי עלול לשוב לטיפול פעיל במידה והמחלה תישנה.

יש לזכור שמתרפאים אשר סבלו בעבר ממחלת חניכיים נמצאים בסיכון גבוה לחזור ולפתח מחלת חניכיים.

### **מטרות הטיפול התחזוקתי:**

- א. הקטנת ההסתברות להישנות מחלת החניכיים במתרפאים שטופלו בעבר בעקבות דלקת חניכיים או פריודונטיטיס.
- ב. הקטנת הסיכון לאובדן שיניים.
- ג. הגדלת ההסתברות לאיתור מוקדם של מחלות או נגעים אחרים בחלל הפה וטיפול בהתאם.

### **טיפול התחזוקה הפריודונטאלית כולל:**

עדכון ההיסטוריה הבריאותית והדנטאלית, בדיקת רקמות אקסטרא- ואינטרא-אוראליות, בדיקה דנטאלית/פריודונטאלית קלינית ורנטגנית, הערכת בקרת הרובד. בהתאם לממצאים, יינתן הטיפול שיקלול חיזוק בקרת חבד, הסרת חבד ואבנית וטיפול תרופתי מקומי בהתאם לצורך. טיפולי התחזוקה מבוצעים בפרקי זמן הנקבעים על-ידי המטפל במטרה לסייע למתרפא לשמור על בריאותו האוראלית.

### **במסגרת התחזוקה יבוצע:**

#### **א. חיזוקים או שינויים התנהגותיים:**

1. הוראות לחיזוק היגינית הפה.
2. שיפור היענות המטופל לתחזוקה פריודונטאלית במרווחי הזמן הנבחרים.
3. הסבר בדבר מחלת החניכיים וגורמי הסיכון (חשיבות הפסקת עישון וכדו').

#### **ב. הסרת אבנית ורובד דנטאלי על-ותת-חניכיים.**

#### **ג. שימוש בתכשירים אנטי-מיקרוביאליים לפי הצורך.**

במהלך התחזוקה יש חשיבות לגיבוי הטיפול המכאני באמצעות טיפול תרופתי מקומי. בעקבות טיפול חניכיים פעיל, נשארים במקרים רבים כיסים פריודונטאליים שלא ניתן היה לבטל. הטיפול התרופתי המקומי יכול לשפר את יעילות התחזוקה באתרים שבהם נותרו כיסים עמוקים.

**\* במצב של הישנות מחלת החניכיים יש לחזור לטיפול פריודונטאלי פעיל.**

### **כיצד יש לתכנן את תדירות הטיפול התחזוקתי:**

תדירות טיפול התחזוקה תיקבע בהתאם לממצאי הבדיקה בתום הטיפול הפעיל והערכת איכות בקרת הרובד.

מחקרים מראים כי טיפולי תחזוקה אחת ל-3 חודשים במתרפאים בעלי היסטוריה של מחלת חניכיים, נמצאו כמועילים בשמירה על בריאות החניכיים לאורך זמן.

### **הערכת הצלחת הטיפול התחזוקתי:**

הצלחה תתבטא במניעת הישנות מחלת החניכיים ומניעת התקדמות אובדן התאחיזה.

יש לזכור שנתח קטן של האוכלוסייה הסובלת ממחלת חניכיים יראה הידרדרות למרות טיפול תחזוקתי נאות והיענות טובה של המתרפא. מצב זה יתבטא בהחמרה והישנות של מחלת החניכיים, ועל כן במתרפאים כאלו יש לשקול מתן טיפול נוסף.



## References:

1. Phipps KR, Stevens VJ. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss for an HMO dental population. *J Public Health Dent* 1995;55:250-252.
2. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-187.
3. Albandar JM, Kingman A, Brown LJ, Loe H. Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset Periodontitis. *J Clin Periodontol* 1998;25:231-237.
4. Albandar JM. Periodontal diseases in North America. *Periodontol 2000* 2002;29:3169.
5. Gjermo P, Rosing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol 2000* 2002;29:70-78.
6. Petersen PE, Kaka M. Oral health status of children and adults in the Republic of Niger, Africa. *Int Dent J* 1999;49:159-164.
7. Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:13-29.
8. Bimstein E, Shanzer Y, Sgan-Cohen HD. Prevalence and severity of gingivitis in children aged 13-14 years in Jerusalem. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:331-332.
9. Sgan-Cohen HD, Donchin M, Goultschin J, Soskolne A, Brayer L. Periodontal treatment needs, by CPITN, among employees of a Jerusalem hospital. *Int Dent J* 1992;42:92-96.
10. Katz J, Peretz B, Sgan-Cohen HD, Horev T, Eldad A. Periodontal status by CPITN, and associated variables in an Israeli permanent force military population. *J Clin Periodontol* 2000;27:319-324.
11. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 1998;25:134-144.
12. Bergstrom J. Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:245-247.
13. Haber J. Smoking is a major risk factor for periodontitis. *Curr Opin Periodontol* 1994;12-18.
14. Horning GM, Hatch CL, Cohen ME. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *J Periodontol* 1992;63:297-302.
15. Machtei EE, Dunford R, Hausmann E, Grossi SG, Powell J, Cummins D, Zambon JJ, Genco RJ. Longitudinal study of prognostic factors in established periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 1997;24:102-109.
16. Preber H, Bergstrom J. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J Clin Periodontol* 1990;17:324-328.
17. Haffajee AD, Socransky SS. Relationship of cigarette smoking to attachment level profiles. *J Clin Periodontol* 2001;28:283-295.

## רשימת ספרות:

18. Salvi GE, Lawrence HP, Offenbacher S, Beck JD. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontol 2000* 1997;14:173-201.
19. Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 1993;64:16-23.
20. Stoltenberg JL, Osborn JB, Pihlstrom BL, Herzberg MC, Aeppli DM, Wolff LF, Fischer GE. Association between cigarette smoking, bacterial pathogens, and periodontal status. *J Periodontol* 1993;64:1225-1230.
21. Grossi SG, Zambon J, Machtei EE, Schifferle R, Andreana S, Genco RJ, Cummins D, Harrap G. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. *J Am Dent Assoc* 1997;128:599-607.
22. Emrich LJ, Shlossman M, Genco RJ. Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Periodontol* 1991;62:123-131.
23. Seppala B, Ainamo J. A site-by-site follow-up study on the effect of controlled versus poorly controlled insulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Periodontol* 1994;21:161-165.
24. Grossi SG, Skrepinski FB, DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ. Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. *J Periodontol* 1996;67:1094-1102.
25. Moss ME, Beck JD, Kaplan BH, Offenbacher S, Weintraub JA, Koch GG, Genco RJ, Machtei EE, Tedesco LA. Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. *J Periodontol* 1996;67:1060-1069.
26. Vettore MV, Leao AT, Monteiro Da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2003;30:394-402.
27. Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. *Crit Rev Oral Biol Med* 1991;2:103-137.
28. Klar LA. Gingival hyperplasia during dilantin therapy: A survey of 312 patients. *J Public Health Dent* 1973;33:180-185.
29. Rostock MH, Fry HR, Turner JE. Severe gingival overgrowth associated with cyclosporine therapy. *J Periodontol* 1986;57:294-299.
30. Michalowicz BS, Aeppli D, Virag JG, Klump DG, Hinrichs JE, Segal NL, Bouchard TJ Jr, Pihlstrom BL. Periodontal findings in adult twins. *J Periodontol* 1991;62:293-299.
31. Michalowicz BS. Genetic and heritable risk factors in periodontal disease. *J Periodontol* 1994;65:479-488.
32. Marazita ML, Burmeister JA, Gunsolley JC, Koertge TE, Lake K, Schenkein HA. Evidence for autosomal dominant inheritance and race-specific heterogeneity in early-onset periodontitis. *J Periodontol* 1994;65:623-630.

## רשימת ספרות:

33. Wactawski-Wende J, Grossi SG, Trevisan M, Genco RJ, Tezal M, Dunford RG, Ho AW, Hausmann E, Hreshchshyn MM. The role of osteopenia in oral bone loss and periodontal disease. *J Periodontol* 1996;67:1076-1084.
34. Genco RJ, Loe H. The role of systemic conditions and disorders in periodontal disease. *Periodontol 2000* 1993;2:98-116.
35. Lee KH, Maiden MF, Tanner AC, Weber HP. Microbiota of successful osseointegrated dental implants. *J Periodontol* 1999;70:131-138.
36. van Winkelhoff AJ, Goene RJ, Benschop C, Folmer T. Early colonization of dental implants by putative periodontal pathogens in partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 2000;11:511-520.
37. Sumida S, Ishihara K, Kishi M, Okuda K. Transmission of periodontal disease-associated bacteria from teeth to osseointegrated implant regions. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2002;17:696-702.
38. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 1996;67:1123-1137.
39. Haraszthy VI, Zambon JJ, Trevisan M, Zeid M, Genco RJ. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. *J Periodontol* 2000;71:1554-1560.
40. Grau AJ, Becher H, Ziegler CM, Lichy C, Buggle F, Kaiser C, Lutz R, Bultmann S, Preusch M, Dorfer CE. Periodontal disease as a risk factor for ischemic stroke. *Stroke* 2004;35:496-501.
41. Taylor GW, Burt BA, Becker MP, Genco RJ, Shlossman M, Knowler WC, Pettitt DJ. Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Periodontol* 1996;67:1085-1093.
42. Stewart JE, Wager KA, Friedlander AH, Zadeh HH. The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Clin Periodontol* 2001;28:306-310.
43. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003;8:54-69.
44. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, McKaig R, Beck J. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67:1103-1113.
45. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002;73:911-924.
46. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6.
47. Parameters of care. *J Periodontol* 2000;71 Suppl:847-883.
48. American Academy of Periodontology. Informational Paper. Modulation of the host response in periodontal therapy. *J Periodontol* 2002;73:460-470.





**המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל**

**טלפון: 03-5288054 פקס: 03-5283214**

**[shifra@ida.org.il](mailto:shifra@ida.org.il)**