

Implantacja natychmiastowa siekacza górnego (3)

Na koniec cyklu przedstawiam procedurę zachowania zębodołu po ekstrakcji w przypadku braku blaszki przedsionkowej (implantacja odroczone)

źródło: archiwum prywatne (20)



Lek. med., lek. dent. Tomasz Sypień,
Stomatologia Sypień w Bielsku-Białej

Wszystkie trzy przypadki, które prezentowałem na łamach MTS, udowadniają skuteczność implantacji jako metody uzupełniania braków zębowych w strefie estetycznej bez względu na pierwotne warunki kostne. Wymogiem implantacji natychmiastowej jest między innymi brak stanu zapalnego tkanek miękkich i twardych, wystarczająca określona ilość kości (nieuszkodzony zębodół) i mierzalna stabilizacja pierwotna wprowadzonego implantu, większa niż 30 Ncm. Gdy ta nie jest osiągalna w trakcie zabiegu, powodzenie implantacji jest nieprzewidywalne. W takiej sytuacji powinno się lepiej z niej zrezygnować, zastosować techniki augmentacyjne i wybrać postępowanie dwuetapowe.

Charakterystyka pacjentki

Pacjentka, lat 28, zgłosiła się z bólem zęba nr 22. W wywiadzie uzyskano informację, że był leczony od kilku lat endodontycznie bez powodzenia. Badanie kliniczne wykazało czynną przetokę umiejscowioną w okolicy 1/3 przywierzchołkowej oraz poszarzałą koronę zęba. Opuk dodatni. Na zdjęciu przylegającym RTG widoczna perforacja korzenia. Podjęto decyzję o ekstrakcji oraz następczej implantacji.

Augmentacja

Po ostrożnym usunięciu zęba w protokole bezpłatowym dokładnie usunięto ziarninę. Ubytek kostny zbadano i oceniono zgłębnikiem periodontologicznym. Stwierdzono brak blaszki przedsionkowej, co uniemożliwiło natychmiastową implantację. Zdecydowano o zastosowaniu procedur zachowania zębodołu poekstrakcyjnego, w celu utrzymania zarysu wyrostka, przed dalszym leczeniem implantoprotetycznym. W zębodole umieszczono barierę resorbowalną Osteoguard w formie „ice cream cone” według protokołu zaproponowanego przez prof. Denisa Tarnowa (New York University). Po nawilżeniu wykazuje ona wysoką sztywność, dzięki temu umożliwia wprowadzenie do zębodołu w miejsce blaszki przedsionkowej i odpowiednie podparcie dla materiału augmentacyjnego (w tym przypadku Bio-oss) (fot. 1-5). Membrana składa się z wysoko oczyszczonych włókien kolagenu typu I uzyskanych z wołowego ścięgna Achillesa. Wspomagają one gojenie tkanki kostnej i błony śluzowej. Warstwa błony chroni kość przed wrastaniem błony śluzowej, a wewnętrzna warstwa porowata sprzyja integracji nowo powstałej tkanki kostnej. Zębodół z materiałem Bio-oss zamknięto częścią membrany, której reszta otwierała blaszkę przedsionkową. Błona zaporowa została zszyta ze śluzówką.

Opis przypadku

Jako uzupełnienie tymczasowe wykorzystano ząb akrylowy do protez, umocowany materiałem flow do zębów sąsiednich. Mocowanie zostało wzmocnione tasiemką z włókna szklanego (fot. 6, 7). Zdjęcie RVG pokazuje wypełnienie materiałem Bio-oss zębodołu po ekstrakcji (fot. 8).

Implantacja

Dopiero po około roku, ze względu na długą nieobecność pacjentki, wykonano kontrolne zdjęcie RVG, na którym widać niemal 100-proc. stopień resorpcji materiału augmentacyjnego. Widoczna jest nawet niewielka regeneracja pionowa wyrostka (fot. 9). Wszczepiono implant jednoczęściowy firmy AB i6, 3 mm średnicy, 13 mm długości. Taki implant został wybrany ze względu na ograniczenia w szerokości wyrostka pomiędzy sąsiednimi zębami (fot. 10, 11).

Na czas osteointegracji zastosowano prowizoryczną koronę kompozytową (fot. 12).

Po czterech miesiącach wykonano wyciski i koronę ostateczną cyrkonową (fot. 13-15).

Rehabilitacja jamy ustnej z implantem zęba wymaga odpowiedniego ułożenia tkanki kostnej i miękkiej, w celu zapewnienia wysokiego prawdopodobieństwa zalecenia, ale też wystarczającej stałej stabilności implantu. Utrudnieniem są tu przede wszystkim wymiarowa utrata substancji twardej po ekstrakcji zęba oraz spowodowany stanem zapalnym zanik kości. Aby poprawić odbudowę obszaru ubytku kostnego, augmentat wokół otaczającej go tkanki łącznej może zostać osłonięty przez zastosowanie membran w celu sterowanej regeneracji kości. Pozwala to na uniknięcie włóknistej organizacji materiału augmentacyjnego i osiągnięcie ulepszonej kostnej przebudowy bez znacznej utraty objętości.

