

Implantacja natychmiastowa siekacza górnego (2)

Jak poradzić sobie w przypadku rekonstrukcji z częściowo brakującą policzkową blaszką kostną?

źródło: archiwum prywatne (15)



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

Kontynuujemy przegląd **przypadków rekonstrukcji implantologicznej siekaczy górnych w zależności od warunków kostnych w miejscu braku.**

Tym razem prezentujemy przypadek 65-letniego pacjenta, z brakiem zęba 21, który został utracony wiele lat wcześniej. Pacjent użytkował protezę częściową osiadającą. W tym okresie następowała powolna pozioma resorpcja kości. Zmniejszenie pionowej wysokości jest w takich przypadkach fizjologicznym procesem. Ze względu na częściowy brak blaszki przedśionkowej leczenie musiało zostać zaplanowane wieloetapowo (fot. 1, 2, 3).

Implantacja

Pierwszy etap obejmuje wykorzystanie sterowanej regeneracji kości do rekonstrukcji wyrostka zębodołowego z równoczesną implantacją wszczepu. Po odwarstwieniu płyta śluzówkowo-okostnowego dokonano wszczepienia implantu MIS 3.75/13 oraz założono śrubę zamykającą. Podczas chirurgicznej preparacji wyjątkowo uważano na przedśionkowe ścianki kostne. Traumatyzacja mogłaby spowodować dalszą resorpcję, przez co, przy małej ilości kości, prognozy powodzenia znacznie by się pogorszyły. Pomimo podniebiennego pozycjonowania implantu część jego gwintów została odsłonięta (fot. 4, 5, 6).

Augmentacja

Do miejscowej augmentacji użyto preparatu do alloprzeszczepów. Dzięki umieszczeniu naturalnego materiału kostnego zawierającego kolagen udało się skompensować zanik policzkowej blaszki kostnej. W tym celu użyto granulatu Maxgraft (o wymiarach 0,5-2,0), produktu pochodzącego z ludzkiej kości. Według piśmiennictwa wysoka zdolność do regeneracji biologicznej produktu Maxgraft skutkuje przewidywalnymi rezultatami, a łożo kostne jest lepiej przygotowane do integracji z implantem. Przed ostatecznym zaszcieniem implant i augmentat pokryte zostały kolagenową membraną pochodzenia zwierzęcego (*Jason membrane*). Jest ona resorbowalna, nie zachodzi więc konieczność wyjmowania membrany podczas drugiego zabiegu. Jak wynika z licznych doniesień, spełnia ona długotrwałą funkcję bariery, dzięki czemu można oczekiwać zachowania konturu kostnego w tym obszarze. Pozwala na uniknięcie włóknistej organizacji materiału augmentacyjnego i osiągnięcie ulepszonej

Opis przypadku

kostnej przebudowy bez utraty objętości. Kolagen szczególnie nadaje się jako materiał na membranę, ponieważ wykazuje wysoką biokompatybilność i jest przyswajany przez organizm (fot. 7, 8, 9, 10, 11). Przez okres gojenia pacjent użytkował starą protezę częściową. Proteza została skorygowana w taki sposób, aby nie dotykała miejsca augmentacji oraz była wyłączona ze zgryzu.

Poprawa estetyki

Po okresie sześciu miesięcy odsłonięto implant. Badanie wykazało kostną organizację alloprzeszczepu, całkowitą integrację implantu i korzystną architekturę kostną w miejscu implantacji (fot. 12).

W czasie odsłonięcia wykonano plastykę dziąsła w celu odtworzenia brodawek międzyzębowych. Sporą ilość tkanki miękkiej przemieszczono przedśionkowo z podniebienia. Odsłonięcie implantu jest bardzo dobrym momentem do tego typu działań służących poprawie estetyki. W celu kształtowania indywidualnego profilu wylaniania oraz treningu implantu zastosowano koronę tymczasową. Została wykonana na łączniku plastikowym z materiału kompozytowego. Jest przykręcana do implantu oraz wyłączona ze zgryzu (fot. 13, 14).

Po sześciu tygodniach efekt estetyczny był zadowalający (fot. 15). Wzięto wyciski masą polieterową (fot. 16). Na zdjęciu widać, jak bardzo indywidualne formowanie profilu wylaniania przeważa nad stosowaniem standardowych śrub gojących.

Ze względu na ograniczone wymagania pacjenta zastosowano koronę porcelanową na metalu cementowaną na łączniku metalowym. Uzyskany efekt jest jak najbardziej satysfakcjonujący (fot. 17, 18).

