



Dr n. med. Jolanta Nowakowska-Socha, specjalista chirurgii stomatologicznej, prywatna praktyka chirurgiczno-implantologiczna w Szczecinie-Przeclawiu

# Implantacja pod presją czasu

Brak współpracy ze strony pacjenta przedłuża leczenie implantologiczne i niesie ze sobą duże ryzyko powikłań

**M**łody kapitan w czasie krótkiego urlopu schodzi ze statku, aby odwiedzić swoją dziewczynę. Zostaje napadnięty i pobity. Następnego dnia zaczyna odczuwać dolegliwości podczas jedzenia, zgłasza się więc do stomatologa...

## Ekstruzja korzenia?

Historia mało prawdopodobna, jednak się wydarzyła. Stomatolog skierował owego pacjenta na konsultację do chirurga. Pacjent, lat 27, trafił do mojego gabinetu. W badaniu stwierdziłam niewielkie wydłużenie korony klinicznej zęba 22, zmianę barwy korony na ciemniejszą oraz jej wzmoczoną ruchomość (ryc. 1). Pacjent odczuwał również ból podczas zwierania



1

zębów. W badaniu klinicznym zęby sąsiadujące z lewym bocznym siekaczem szczęki oraz wyrostek zębodołowy w tej okolicy nie wykazywały zmian. Zdjęcie RTG wyjaśniło ostatecznie, jaka była przyczyna dolegliwości (ryc. 2).



2

Stwierdziłam poprzeczne złamanie korzenia zęba 22 około 2 mm poniżej brzegu wyrostka zębodołowego. Poinformowałam pacjenta o konieczności ekstrakcji, dla której jedyną alternatywą mogłaby być ekstruzja ortodontyczna złamanego korzenia.

## Implant jednoczłonowy

Ze względu na tryb życia pacjenta leczenie zachowawczo-ortodontyczne okazało się niemożliwe do przeprowadzenia. Ponadto przy

tak małym korzeniu celowość ekstruzji jest podawana przez specjalistów w wątpliwość. Na wyprodukowanie mostu typu Maryland czy mikroprotezy nie było czasu, ponieważ pacjent za trzy dni rozpoczynał kolejny czteromiesięczny rejs, ale przede wszystkim obawiał się funkcjonowania takiego rozwiązania. Most mógłby się odcementować, a proteza złamać lub zgubić. Powszechnie znane są również konsekwencje użytkowania mikroprotezy, jak zanik tkanek miękkich i twardych prowadzących w konsekwencji do ich deformacji. Most konwencjonalny nie był brany pod uwagę.

Przedstawiłam pacjentowi możliwości leczenia implantoprotetycznego. Metoda klasyczna, czyli wszczepienie implantu dwuczłonowego i zaopatrzenie prowizoryczne oparte na zębach sąsiednich np. wykonanym w gabinecie mostem kompozytowym wzmocnionym włóknem szklanym, również nie do końca przekonała pacjenta. Dopiero możliwość wszczepienia implantu jednoczłonowego z zaopatrzeniem prowizorycznym opartym na wszczepie w odczuciu uszkodzonego dawała największe bezpieczeństwo w dalszym funkcjonowaniu.

Wyjaśniłam pacjentowi wszystkie aspekty dotyczące zabiegu łącznie z brakiem możliwości jego przeprowadzenia w przypadku komplikacji w czasie ekstrakcji. Udzieliłam informacji o ograniczeniach pozabiegowych, jak konieczność przyjmowania płynnych pokarmów przez następne dwa miesiące. Przede wszystkim jednak poinformowałam pacjenta o braku 100-proc. przewidywalności efektów implantacji natychmiastowej. Pacjent jednak świadomie zdecydował się na podjęcie próby. A oto jak ona przebiegała:

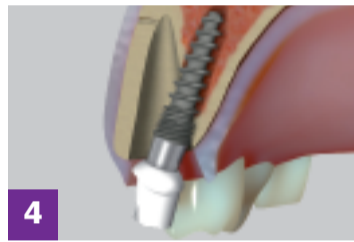
W znieczuleniu nasiękowym atraumatycznie usunęłam część koronową zęba 22 wraz z fragmentem korzenia, a następnie pozostała jego część.

Po dokładnej rewizji zębodołu nie stwierdziłam pęknięć ani luźnych fragmentów kości. Ciągłość zębodołu, a szczególnie blaszki przedsionkowej, była zachowana.

Dopodniebiennie wypreparowałam łożo dla implantu, a następnie

wprowadziłam implant jednoczłonowy o przekroju 3 mm i długości 16 mm (ryc. 3). Stabilizacja pierwotna wyniosła 60 Nem. Implant został wprowadzony około 2 mm subkrestalnie.

Przeźren między implantem a blaszką zbitą przedsionkową wypełniłam luźno gąbką kolagenową, a następnie na implancie zacementowałam cyrkonową czapkę Prep-Caps 10° -1/+2, (ryc. 4) i doszlifowałam implant



4

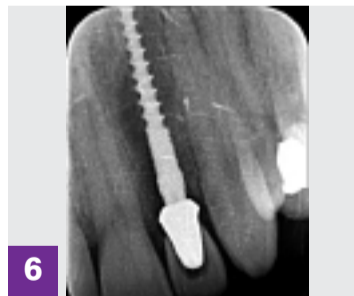
(ryc. 5). Czapeczka cyrkonowa oprócz zmiany kąta ustawienia części zewnątrzustnej implantu pełni wiele innych funkcji, np.: uszczelnia zębodół, poprawia estetykę filaru, kształtuje dziąsło.



5

Do wykonania uzupełnienia tymczasowego wykorzystałam niezniszczoną koronę usuniętego zęba pacjenta.

Po odpowiednim przygotowaniu korona została osadzona na cementie implantologicznym i wyłączona z kontaktu zwarciowego. Kontrola na zdjęciu RTG (ryc. 6). Po zabiegu zaleciłam antybiotyk



6

i płukanie 2-proc. roztworem chlorheksydyny. Zwróciłam również uwagę na wzmoczone przestrzeganie zasad higieny, stosowanie szczotki elektrycznej, pasty antibakteryjnej, a po miesiącu od implantacji pacjent miał zacząć używać irygatora.

## Brak kontroli, bo nie boli

Pacjent zgłosił się na wizytę kontrolną w przededniu swojego

wyjazdu (ryc. 7). W badaniu stwierdziłam brak dolegliwości bólowych, obrzęku i jakichkolwiek innych niepokojących objawów.



7

Koronę tymczasową osadzoną na implancie zablokowałam dodatkowo z zębami sąsiednimi 2-mm taśmą z włókna szklanego i kompozytem. Zadowolony pacjent podziękował i umówił się na kontynuację leczenia po powrocie z rejsu za cztery miesiące. Niestety słowa nie dotrzymał i do kolejnego spotkania upłynął prawie rok. Na moje pytanie, dlaczego zaniebdał wizytę kontrolną, odpowiedział, że implant sprawuje się dobrze, więc uznał, że nic się nie stanie, jak zgłosi się trochę później. W badaniu klinicznym implantowana okolica nie wykazywała zmian. Zdjęcie RTG potwierdziło pozytywny przebieg gojenia. Kość brzeżna wyrostka uległa przebudowaniu, a blaszka zbita ukształtowała się na poziomie pierwszego gwintu (ryc. 8). Estetyka i funkcjonalność korony tymczasowej nastęrczyła mi wielu problemów,



8

zanim uzasadniłam pacjentowi konieczność jej wymiany. W końcu uzyskałam zgodę. Wycisk został pobrany masą precyzyjną na łyżce standardowej w identyczny sposób jak przy klasycznej procedurze odzwierciedlenia filaru zębego. W laboratorium wykonano koronę cercon-porcelana (ryc. 9). Porcelana była napalana indywidualnie, co dało możliwość uzyskania optymalnej estetyki



9

(ryc. 10, 11). Koronę zacementowałam na dualny cement kompozytowy o charakterze opakeryowym i skontrolowałam w zwarciu.



10



11

Zadowolony z efektów leczenia pacjent opuścił gabinet, umawiając się na wizytę kontrolną za pół roku. Oczywiście słowa nie dotrzymał i pojawił się dopiero po ponad dwóch latach. W tym czasie pozostawał bez kontroli stomatologicznej oraz profesjonalnej higienizacji, za to rzucił palenie i zaczął stosować irygator. Pacjent tłumaczył zaniebdywanie wizyt kontrolnych faktem, że implant nie sprawia żadnych dolegliwości, funkcjonuje doskonale, jak naturalny ząb, więc można o nim zapomnieć i o wizytach też... Na szczęście po dwóch latach od osadzenia korony funkcjonalnej okolica implantu zarówno zewnątrzustnie, jak i na RTG wygląda dobrze (ryc. 12, 13, 14).



12



13



14

Implantacja natychmiastowa z obciążeniem niesfunkcyjnym jest jedną z możliwości leczenia implantoprotetycznego. Zapobiega destrukcji i zmianie kształtu struktur anatomicznych. Daje pacjentowi poczucie komfortu, czasem nawet zbyt duże...