



Michał Chrobak



Liwia Minch

Implantacja w strefie estetycznej – opis przypadku

Implantation in the esthetic zone – a case report

Słowa kluczowe:

Implantacja w strefie estetycznej

Key words:

Implantation in the esthetic zone

Afiliacja:

Michał Chrobak, dr n. med. MSc, Diplomate ICOI
Liwia Minch, dr n. med. specjalista ortodoncji, Msc.

Adres do korespondencji
Limed Klinika Ortodoncji i Implantologii
Ul. Ołtaszyńska 37
53-010 Wrocław
Email: michalchrobaklimed@gmail.com

IMPLANTOLOGIA W PRAKTYCE

Wstęp

Implantacja odroczonego pojedynczego implantu w strefie estetycznej jest tematem zainteresowań stomatologów już od wczesnych lat 90-tych. Wtedy też pojawiły się w piśmiennictwie pierwsze opisy przypadków implantacji w strefie estetycznej wspomaganej zabiegami sterowanej regeneracji tkanek twardych (GBR) [1, 2, 3]. Rosnące oczekiwania estetyczne pacjentów oraz ciągły rozwój metod augmentacji tkanek twardych i miękkich sprawiają, że wskazania do implantacji w strefie estetycznej

są coraz częstsze. Strefa estetyczna jednak stawia przed stomatologiem wyjątkowe wyzwania, gdyż sama stabilizacja implantu nie jest już uznawana za sukces. Duże ryzyko powikłań estetycznych ze strony tkanek miękkich sprawia, że dodatkowy zabieg augmentacji tych tkanek wydaje się dziś koniecznością [4]. Ponadto w zależności od anatomii okolicy oraz jakości tkanek twardych i miękkich implantacja przeprowadzana jest w różnym czasie i stąd podzielona na różne typy [5].

Streszczenie

Rosnące oczekiwania estetyczne pacjentów oraz ciągły rozwój metod augmentacji tkanek twardych i miękkich sprawiają, że wskazania do implantacji w strefie estetycznej są coraz częstsze.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie metody postępowania w implantacji w strefie estetycznej na podstawie opisu przypadku.

Zaprezentowana strategia terapeutyczna umożliwiła uzyskanie satysfakcjonujących efektów zarówno pod względem czynnościowym jak i estetycznym.

Abstract

The growing aesthetic expectations of patients and the continuous development of hard and soft tissue augmentation methods mean that indications for implantation in the aesthetic zone are more and more frequent.

The aim of this study is to present the method of implantation in the aesthetic zone based on a case report. The presented therapeutic strategy made it possible to obtain satisfactory results in terms of both function and aesthetics.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie metody postępowania w implantacji w strefie estetycznej na podstawie opisu przypadku.

Opis przypadku

29-letnia pacjentka A.R. została skierowana do implantologa przez swojego lekarza prowadzącego. Ząb 11 został zakwalifikowany do ekstrakcji w wyniku powikłań leczenia endodontycznego. W badaniu klinicznym stwierdzono, że ząb 11 jest po leczeniu endodontycznym i resekcji oraz zaopatrzony koroną ceramiczną (ryc. 1). Na podstawie CBCT wykazano ubytek tkanek twardych okołowierzchołkowych oraz brak ciągłości blaszki przedsionkowej, fenotyp tkanek miękkich był pośredni (ryc.2). W okolicy szyjki zaobserwowano przebarwienie tkanek miękkich. W pozycji zęba 21 znajdował się implant zębowy zaopatrzony przykręcaną koroną porcelanową na podbudowie metalowej. Implant z wywiadu funkcjonujący 12 lat (ryc. 2). Znacząca różnica w długości brzegów siecznych – ząb 11 był dłuższy – oraz diastema zaburzały estetykę uśmiechu pacjentki (ryc. 3). W związku z ubytkiem tkanek twardych zaniechano implantacji natychmiastowej, a wykonano zabieg wczesnej implantacji typu 2.

Przebieg leczenia

W znieczuleniu miejscowym nasiękowym przeprowadzono ekstrakcję zęba 11 i pozostawiono zębodół do spontanicznego wygojenia. Pacjentkę zaopatrzono szyną termoformowaną z dostawionym zębem, odciążoną w okolicy poekstrakcyjnej. Po 8 tygodniach od ekstrakcji zaobserwowano poprawne gojenie (ryc. 4 i 5). Następnie wykonano zabieg implantacji z zastosowaniem implantu Anyridge o średnicy 3,5mm i długości 10 mm oraz sterowanej regeneracji (ryc.6,7,8,9,10). Wykorzystano mieszaninę materiału allogennego i ksenogennego oraz kolagenową membranę zaporową pochodzenia osierdziowego (ryc. 11,12,13). W celu zniesienia nacisku wargi i okolicznych mięśni na okolicę platformy implantu, zastosowano śrubę gojącą jako śrubę namiotową (ryc.10,14). Implant spozycjonowano w oknie estetycznym (ryc. 8) i 2 mm subkrestalnie w stosunku do kości blaszki podniebiennej (ryc. 9).

Po 4 miesiącach od zabiegu implantacji obciążono implant przykręcaną koroną tymczasową w celu modelowania profilu wylania (ryc. 15). W związku z niedoborem tkanki miękkiej przy implancie w pozycji 21 oraz nieprawidłowym profilu wylania korony opartej na tym implancie (ryc. 16 i 17) wykonano zabieg augmentacji tkanki miękkiej wolnym deepitelizowanym przeszczepem dziąsłowym (ryc. 18) pobranym z bocznej części podniebienia (ryc. 19). Po wykonaniu płata dzielonego (ryc. 20) przeszczep umieszczono zarówno nad implantem w pozycji 11 i 21 (ryc.

21 i 22). Pierwotną koronę protetyczną, o nieprawidłowym profilu wylania (ryc. 23), przekonturowano (ryc. 24) w celu modelowania tkanki miękkiej po zabiegu augmentacji (ryc. 25). Po 3 miesięcznym okresie gojenia i uzyskaniu zadowalającej objętości i jakości tkanek miękkich (ryc. 26, 27) wykonano ostateczne przykręcanie prace protetyczne (ryc. 28). Finalnie uzyskano satysfakcjonujący efekt estetyczny zarówno przy nowym implancie w pozycji 11 jak i przy implancie w pozycji 21 (ryc. 29). 9 miesięczna terapia przyniosła zadowalające efekty zarówno pod względem czynnościowym jak i estetycznym. Uzyskano znaczną poprawę estetyki uśmiechu (ryc. 30).

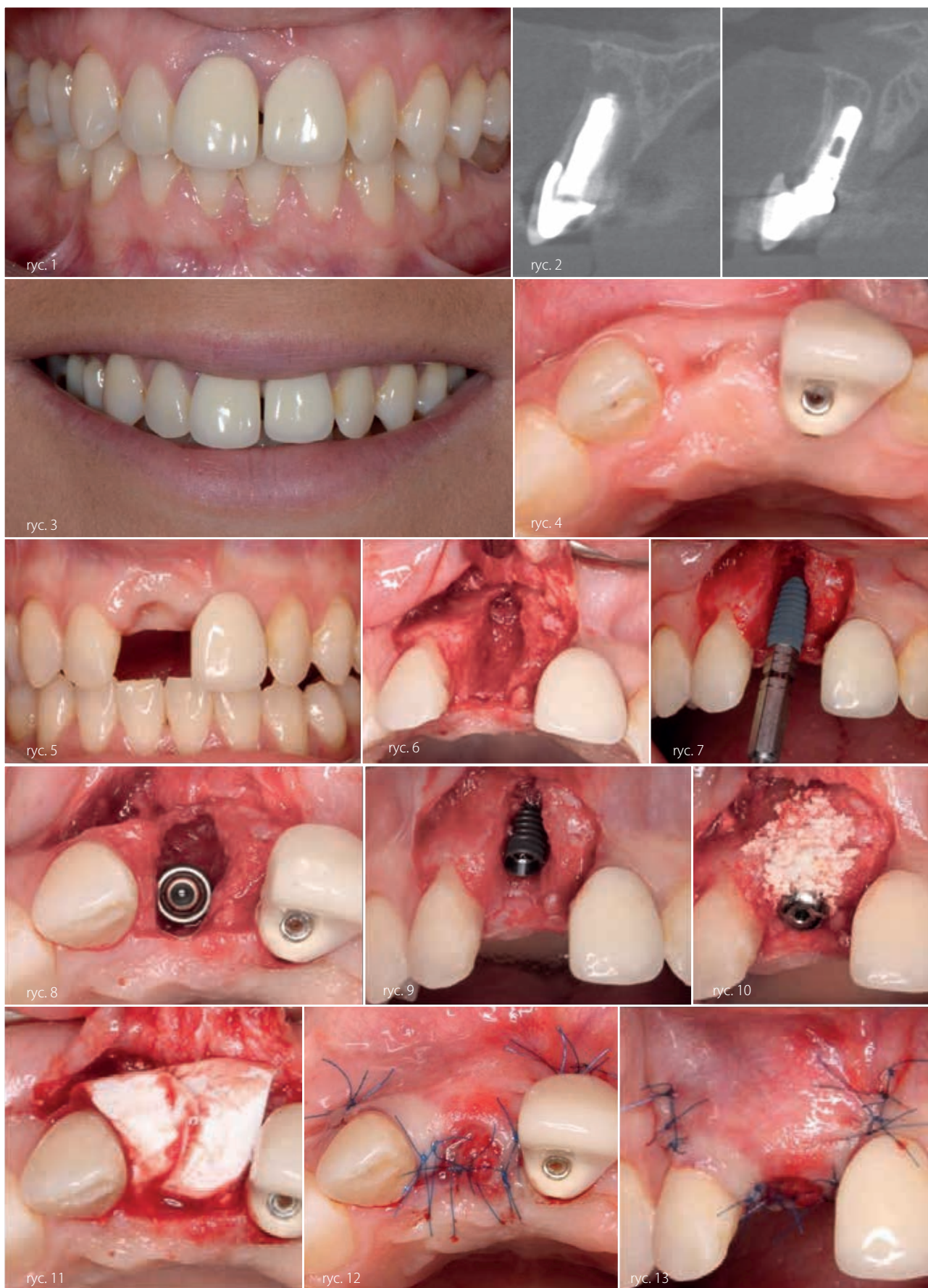
Dyskusja

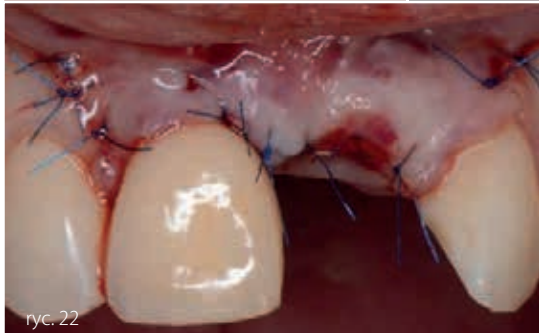
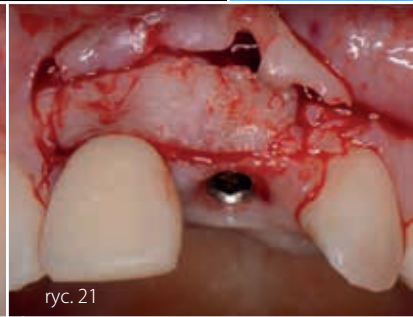
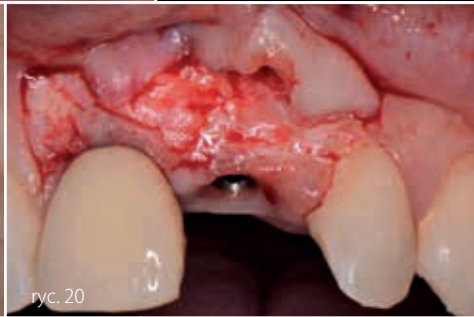
Zaprezentowany przypadek kliniczny przedstawia efektywny sposób leczenia sytuacji, w których pojedynczy ząb w strefie estetycznej powinien być zastąpiony implantem z powodów powikłań leczenia endodontycznego.

Jednym z głównych determinantów wyników leczenia w strefie estetycznej jest trójwymiarowy obraz kości, która w 8 do 12 tygodni po ekstrakcji zęba sukcesywnie zanika [6, 7]. Stąd konieczne wydaje się przeanalizowanie CBCT przed zabiegiem, aby dokładnie ocenić anatomię badanej okolicy [8]. W zaprezentowanym przypadku ocena anatomii tkanek przeprowadzona na podstawie badania klinicznego i radiologicznego umożliwiła zastosowanie prawidłowej strategii terapeutycznej. W tym przypadku zdecydowano o odroczeniu implantacji natychmiastowej na rzecz implantacji odroczonej. Strategia ta zgodna jest z sugestiami Busera i Chena [5] i aktualnym consensusem ITI. Jednak w związku z faktem, że ubytek kości w zaprezentowanym przypadku był typu „self contained” biomateriał nie wymagał dodatkowej stabilizacji [9]. Wiek pacjenta, w którym wszczepiane są implanty jest niezwykle ważny. Jak sugeruje Schwarz-Arad i wsp. wertykalny wzrost wyrostka zębodołowego trwa nawet powyżej 45 roku życia, ale jest najbardziej intensywny do 20 roku życia, stąd implantacja przed ukończeniem tego wieku wydaje się nieprawidłowością [10]. W zaprezentowanym przypadku, pacjentka zgłosiła się z implantem w pozycji 21, który został wszczepiony w 17 roku życia. Korona na tym zębie była wyraźnie krótsza niż na zębie 11, co sugeruje następujący po implantacji wzrost wertykalny wyrostka zębodołowego oraz brak tego wzrostu w okolicy implantu.

Wnioski

Zaprezentowana strategia terapeutyczna umożliwiła uzyskanie satysfakcjonujących efektów zarówno pod względem czynnościowym jak i estetycznym.







Piśmiennictwo

[1] BECKER W, BECKER BE. Guided tissue regeneration for implants placed into extraction sockets and for implant dehiscences: surgical techniques and case reports. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1990; 10: 376–391.

[2] LAZZARA RJ. Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1989; 9: 332–343.

[3] NYMAN S, LANG NP, BUSER D, BRAGGER U. Bone regeneration adjacent to titanium dental implants using guided tissue regeneration: a report of two cases. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5: 9–14.

[4] THOMA DS, ET AL. Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(Suppl 15):32–49.

[5] CHEN ST, BUSER D: Clinical and esthetic outcomes of implants placed in postextraction sites. *The international journal of oral and maxillofacial implants* 2009.

[6] SCHROPP L, WENZEL A, KOSTOPOLOUS L, KARRING T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction : a clinic and radiographic 12-month postoperative study. *Int J Periodontics Restorative dent.* 2003;23:313-323.

[7] BOTTICHELLI D, BERGLUNDH T, LINDHE J. Hard-tissue alteration following implant placement in extraction site. *J Clin Periodontol.* 2004;31:820-828.

[8] Bornstein MM, Brugger OE, Janner SF, Kuchler U, Chappuis V, Jacobs R, Buser D. Indications and frequency for the use of cone beam computed tomography for implant treatment planning in a specialty clinic. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015; 30: 1076–1083

[9] BENIC GI, HAMMERLE CHF. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. *Periodontology* 2000, Aug. 2014.

[10] SCHWARTZ-ARAD D, BICHACHO N: Effect of age on single implant submersion rate in the central maxillary incisor region: a long-term retrospective study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2015