

Augmentacja tkanek miękkich w strefie estetycznej za pomocą wielu warstw membrany kolagenowej



Lek. stom. Radosław Jadach

W dzisiejszych czasach zachowanie estetyki jest kluczowym kryterium dla pacjenta w ocenie efektu terapii prowadzonej przez lekarza. Brak estetyki jest defektem tak silnie oddziaływującym na percepcję leczenia przez pacjenta, że można ten defekt porównać nawet do choroby. Pacjent często stawia znak równości pomiędzy estetyką a zdrowiem.

Pacjent zgłosił się w dniu urazu. W jego wyniku złamany został korzeń siekacza przyśrodkowego prawego (rys. 1-3). Z powodu dużego łęku przed zabiegami z zakresu chirurgii jamy ustnej, pacjent odstąpił od proponowanej ekstrakcji złamanego zęba z jednoczesnym zabiegiem augmentacji i regeneracji kości przed przyszłą implantacją. W związku z tym usunięto jedynie ząb wraz ze złamanym korzeniem i zabezpieczono ujście zębodołu za pomocą mostu adhezyjnego z przeszłem wykonanym z korony utraconego zęba (rys. 4 i 5).

Po upływie ok. 7 miesięcy, pacjent ponownie pojawił się w Klinice celem kontroli, zgłaszał dyskretne dolegliwości ze strony siekaczy górnych po stronie lewej (rys. 6). Wyraził gotowość do zabiegu implantacji, jednakże całkowicie odmówił wykonywania dodatkowych procedur, takich jak augmentacja lub regeneracja kości oraz przeszczep tkanki łącznej z podniebienia celem augmentacji od strony przedsionka. Łęk pacjenta budził konieczność wytworzenia rany-dawcy tkanki przeszczepianej. Nadmienić warto, iż zęby sieczne w szczęcie lewej wyleczono endodontycznie i wspomniane dolegliwości ustąpiły.

Z powodu widocznego ubytku w wymiarze wargowo-podniebiennym od strony przedsionka w projekcji brakującego zęba siekaczego prawego przyśrodkowego (rys. 6-8), pacjent wyraził zgodę jedynie na augmentację z użyciem błon kolagenowych.



Rys. 1



Rys. 2



Rys. 3



Rys. 4



Rys. 5



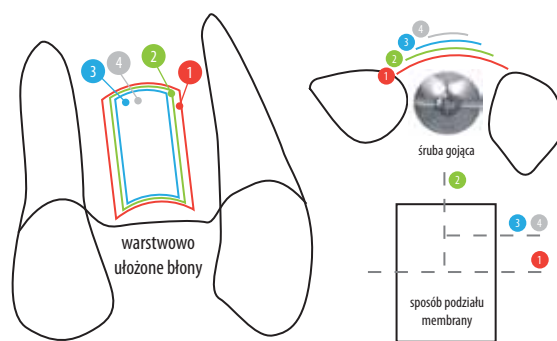
Rys. 6



Rys. 7



Rys. 8



Technika użycia membrany kolagenowej OsseoGuard®



Rys. 9



Rys. 10



Rys. 11



Rys. 12



Rys. 13



Rys. 14



Rys. 15



Rys. 16



Rys. 17



Rys. 17a

Uwzględniając zgodę pacjenta na jeden tylko zabieg, zastosowano procedurę jednoetapową. Wszczepiono implant Biomet 3i o średnicy platformy 4,1 mm, co widać po oznaczeniu na śrubie gojącej umocowanej jedynie na krótki czas w trakcie zabiegu (rys. 12). W czasie, gdy śruba gojąca utrzymywała kontur tkanek miękkich, wykonano płat dzielony, pozostawiając okostną w nienaruszonym stanie (rys. 12) i w tak stworzoną kieszeń włożono cztery płatki błony **OsseoGuard**[®]. Wielowarstwowe jej ułożenie generuje bliznę między okostną a błoną śluzową. Blizna jest „wieczna” i jej objętość jest przez wiele lat prawie niezmienna.

Z powodu sztywności błony **OsseoGuard**[®] zaleca się obcięcie lub zaokrąglenie jej rogów, alby nie traumatyzowały błony śluzowej i nie powodowały jej perforacji. Ze względu na planowaną jednoczesną implantację i wykonanie korony tymczasowej, zdecydowano o zastosowaniu systemu implantologicznego Biomet 3i. W trakcie zabiegu można doskonale oceniać przyszłą pozycję dzięki precyzyjnym znacznikom (rys. 9 i 10), a system plastikowych łączników tymczasowych **PreFormance**[®] (rys. 15.) doskonale sprawdza się w zastosowaniu prac kompozytowych tymczasowych, również CAD/CAM. **Tymczasowe łączniki plastikowe Biomet 3i dobrze dają się szlifować i nie brudzą rany jak np. opiłki z łączników tymczasowych tytanowych innych systemów.** Plastik ma pewną elastyczność, więc jego wykorzystanie jest bezpieczniejsze dla właśnie wszczepionego implantu, a tym samym praca tymczasowa odpadnie od łącznika w chwili zadziałania zbyt dużej siły okluzyjnej, a osseointegracja implantu nie zostanie zakłócona.

W celu zapewnienia jak najlepszej estetyki wykorzystano koronę własnego zęba z mostu adhezyjnego i przystosowano ją do umocowania na łączniku tymczasowym (rys. 13, 14, 16 i 17).

Pacjent w takim stanie wyjechał z kraju. W chwili gdy wrócił po 8 miesiącach efekt estetyczny pozostawał zadowalający (rys. 18 i 19).

Zdjęcia 20 i 21 prezentują obraz kliniczny stanu po upływie jednego roku od oddania pracy protetycznej. Zaproponowano pacjentowi wykonanie abrazji dziąsła w okolicach dyskretnych blizn pozabiegowych, jednak odmówił. Z powodu ograniczeń finansowych pacjenta wykonano koronę porcelanową na metalu na łączniku standardowym. W dniu oddania pracy protetycznej widoczna jest jeszcze dyskretna hiperkorekcja augmentowanego miejsca – łuku zębodołowego (rys. 20 i 21).

Stan kliniczny po upływie 3 lat od daty pierwszej wizyty pacjenta w Klinice przedstawiono na fotografiach 22 i 23. Kolor dziąsła, jego objętość oraz parametry anatomiczne pozostają te same po stronie operowanej oraz zdrowej. Leczenie zostało zakończone.

Zastosowanie błony kolagenowej OsseoGuard® o krzyżowym przebiegu włókien oraz długim (8 - 10 tyg.) okresie resorpcji w ciele ludzkim w połączeniu z warstwowym ułożeniem dobrze rokuje w odbudowie konturu łęków i w wyniosłości zębodołowych od strony przedstonkowej. Ponieważ jest to procedura chirurgiczna, która nie wymaga wytwarzania drugiej rany, preferowana jest przez pacjentów. Dodatkowo jest mniej stresująca dla chirurga.

Aby zastosować niniejszą technikę, muszą być spełnione następujące kryteria:

- planowana augmentacja nie może przekraczać 3 mm w wymiarze przedstonkowym,
- musi być zachowana odpowiednia ilość dziąsła (związanego, rogowaciejącego) od strony przedstonkowej, min. 3 mm,
- powinna być zachowana wystarczająca wysokość oraz szerokość kości wyrostka zębodołowego przed planowaną implantacją, tzn. brak bezwzględnych wskazań do augmentacji i regeneracji kości, aby osadzić implant o odpowiedniej platformie protetycznej.

*Leczenie: Katarzyna Siwek-Jadach (implantoprotetyka), Radosław Jadach (chirurgia)
Dodatkowe informacje: radoslaw.jadach@dental salon.pl*



Rys. 18



Rys. 19



Rys. 20



Rys. 21



Rys. 22



Rys. 23: Łącznik standardowy, korona porcelanowa na podbudowie metalowej