



lek. dent. Jarosław Matuszak  
www.jaroslawmatuszak.pl

## Mój egzamin Międzynarodowej Umiejętności Implantologicznej Fellowship

### My Fellowship examination

Zamierzając przystąpić do Egzaminu Umiejętności Implantologicznej Fellowship PSI/DGOI/ICOI podczas Kongresu PSI 2009 w Wiśle nie spodziewałem się, że sam egzamin wzbudzi takie emocje i stres.

Wszak od mojego ostatniego poważnego egzaminu minęło kilkanaście lat, a wszystko, co przygotowałem, wydawało się spełniać wszelkie kryteria określone przez egzaminujących.

Okazuje się jednak, że implantoprotetyka nie jest wyjątkiem wśród innych dziedzin stomatologii, i zawsze można coś zrobić lepiej, sprawniej, szybciej etc.

Jak się ostatecznie okazało, sam egzamin był nie tylko formą sprawdzenia naszych wiadomości, ale także okazją do przekazania nam nowych.

Jednym z przypadków prezentowanych przeze mnie była implantacja natychmiastowa z odbudową natychmiastową niefunkcjonalną.

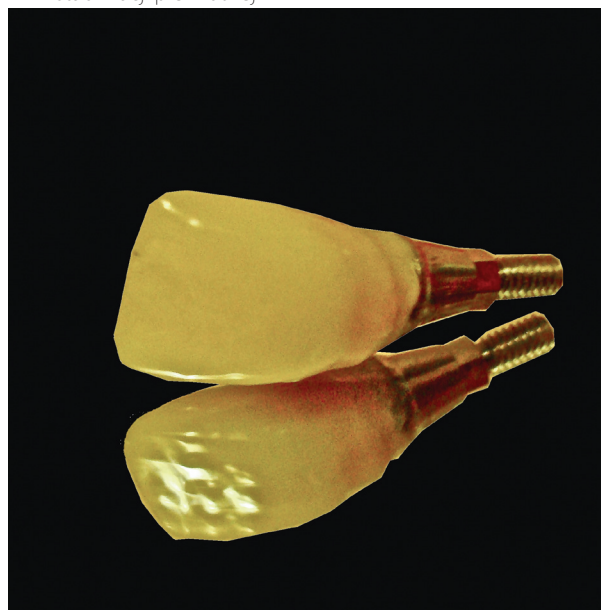
Pacjentka, lat 30, zgłosiła się z powodu nieprzerwanego od miesiąca bólu zęba 11 o różnym nasileniu. Na podstawie wywiadu, badania i zdjęcia RTG (RYC. 1) okazało się, że ząb po nieudanym leczeniu kanałowym został dwukrotnie poddany resekcji, po której następowała czasowa poprawa.

Z powodu proporcji długości korzenia do korony nieakceptowalnej dla zęba naturalnego, a także utrzymujących się zmian okołowierzchołkowych, podjęto decyzję o natychmiastowej implantacji z odbudową natychmiastową niefunkcjonalną [1], z zastrzeżeniem, że warunki kostne po ekstrakcji będą to umożliwiały. Implantacja taka pozwala ochronić kość wyrostka zębodołowego przed zanikiem [2,3], a jej wskaźnik sukcesu nie różni się od uzyskiwanej w sposób tradycyjny [4].

Po usunięciu zęba z użyciem periotomu dla zachowania blaszki przedsionkowej w nienaruszonym stanie, sprawdzono jej stan za pomocą zgłębnika periodontologicznego.

Po pozytywnej weryfikacji podjęto ostateczną decyzję o wykonaniu implantacji techniką bezpłatową. W przypadku implantacji natychmiastowej należy pamiętać o kilku zasadach:

- implant należy wprowadzić nieco dopodniebnie w stosunku do ułożenia korzenia - pozwoli to na maksymalizację stabilizacji pierwotnej
- implant dłuższy niż korzeń zęba pozwoli na dalszy wzrost stabilizacji pierwotnej



RYC. 4

- pozycja implantu spowoduje zwykle, że pomiędzy wewnętrzną powierzchnią blaszki przedsionkowej a powierzchnią implantu pozostanie wolna przestrzeń - przyjmuje się, że przestrzeń do 2 mm nie wymaga dodatkowej augmentacji

Implantację wykonano z użyciem implantu Astra Tech OsseospeedTM 5,0/15 mm, który cechuje się szybką osteointegracją, co za

tym idzie, skróceniu ulega czas narażenia implantu na mikroruchy, które mogą doprowadzić do jego utraty.

Po wprowadzeniu implantu wykonano odbudowę z materiału kompozytowego z użyciem łącznika Temporary Design™ (RYC. 2), a następnie wykonano kontrolne RVG (RYC. 3).

Po okresie osteointegracji (8 tygodni) wykonano kolejną koronę tymczasową, tym razem w laboratorium (RYC. 4) z ukształtowaniem powierzchni styknych w taki sposób, aby chronić brodawki międzyzębowe, a jednocześnie kształtować brzeg dziąsła od strony wargowej (na RYC. 5 widoczne niedokrwienie dziąsła od strony wargowej). Zarządzanie profilem wyłaniania i ochrona brodawki międzyzębowej w strefie estetycznej jest czynnikiem krytycznym sukcesu [6].

Po okresie kolejnych 4 tygodni wykonano odbudowę ostateczną na standardowym łączniku TiDesign™ (RYC. 6), wykonując cementowaną koronę ceramiczną na podbudowie metalowej (RYC. 7, 8).

W trakcie użytkowania uzupełnienia wizyty kontrolne odbywały się w następującym porządku:

1. po 3 miesiącach
2. po 6 miesiącach
3. po 12 miesiącach
4. po 18 miesiącach

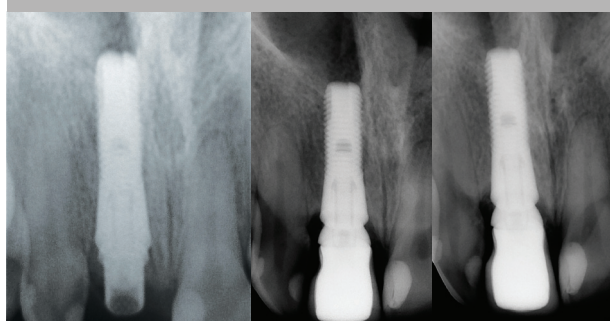
W trakcie wizyt kontrolnych oceniano:

- głębokość kieszonek dziąsłowych
- krwawienie na zgłębnikowanie
- stan higieny



RYC. 5

RYC. 7



RYC. 3

RYC. 8

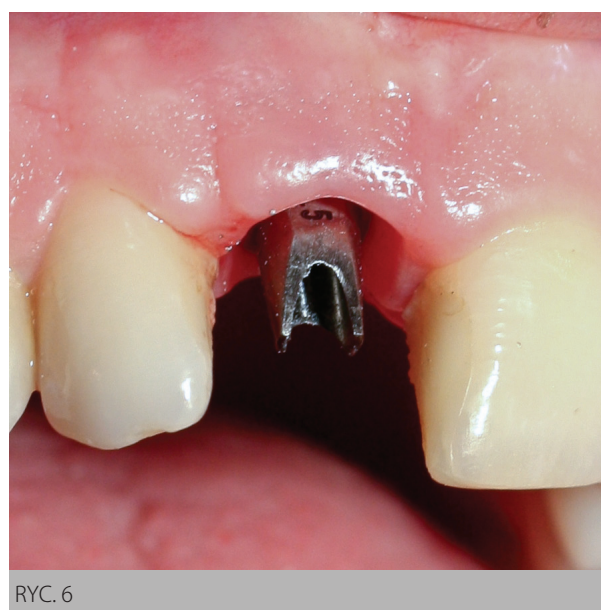
RYC. 10



RYC. 9



RYC. 2



RYC. 6

- na podstawie RVG oceniano poziom kości brzeżnej

W okresie 18 miesięcy nie zaobserwowano jakichkolwiek odchyleń od normy.

Stan końcowy przedstawiają RYC. 9, 10.

#### Piśmiennictwo

[1] NORTON, M.: A short-term clinical evaluation of immediately restored maxillary TiOblast single-tooth implants - *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19: 274-281

[2] SANZ, M. et al: A prospective, randomized-controlled clinical trial to evaluate bone preservation using implants with different geometry placed into extraction sockets in the maxilla - *Clin Oral Impl Res* 2010; 21(1): 13-21

[3] VALENTINI, P. et al: Immediate provisionalization of single extraction-site implants on the esthetic zone: A clinical evaluation - *Int J Periodont Rest Dent* 2010; 30(1): 41-51

[4] GÖKÇEN-RÖHLIG, B. et al: Clinical and radiographic outcomes of implants immediately placed in fresh extraction sockets - *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 2010; 109(4): 1-7

[5] ISA, Z.M. et al: Effects of fluoride-modified titanium surfaces on osteoblast proliferation and gene expression - *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006; 21, 203-211

[6] ZLOPS, D. et al: Incidence of inter-proximal papilla between a tooth and an adjacent immediate implant placed into a fresh extraction socket: 1-year prospective study - *Clin Oral Impl Res* 2008; 19(11): 1135-40