

Skojarzone leczenie **ortodontyczne** i **implantoprotetyczne** jako rehabilitacja hipodoncji i mikrodoncji

Autorzy _ Jan Pietruski i Małgorzata Pietruska



Ryc. 1



Ryc. 2

_Wrodzone wady zębów, dotyczące ich liczby i kształtu występują w 1,6-10% populacji. Kliniczny obraz tego typu wad może manifestować się w różny sposób, odzwierciedlając różnorodność genetyczną i fenotypową. Badania genetyki molekularnej wykazały, że w rodzinach, w których występują tego rodzaju wady zmutowane są geny MSX1, PAX9 i AXIN2.

Często wady zębowe występują równolegle do innych zespołów genetycznie warunkowanych. Rehabilitacja tego rodzaju pacjentów jest zawsze

wyzwaniem dla lekarza. Są to z reguły młodzi pacjenci, dla których zmiana wyglądu zębów jest niezwykle ważna, bowiem bezpośrednio przenosi się na to, w jaki sposób odbierani są w swoim środowisku. Z kolei młody wiek tych pacjentów zobowiązuje do poszukiwania takich metod terapeutycznych, które z jednej strony zapewniłyby długoczasową stabilność funkcji narządu żucia, z drugiej zaś w minimalny sposób wymagałyby preparacji tkanek twardej zębów. Współcześnie za najlepszy sposób uzupełnienia braku pojedynczych zębów należy uznać implant.



Ryc. 3



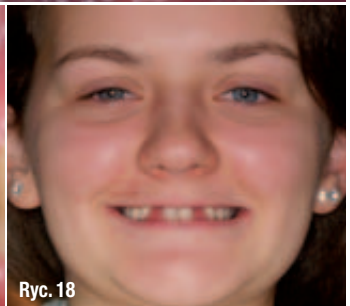
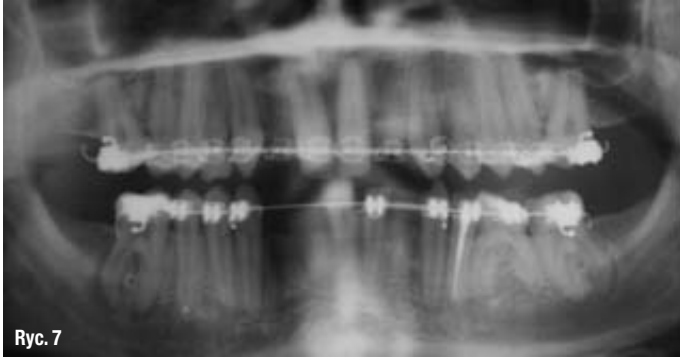
Ryc. 4

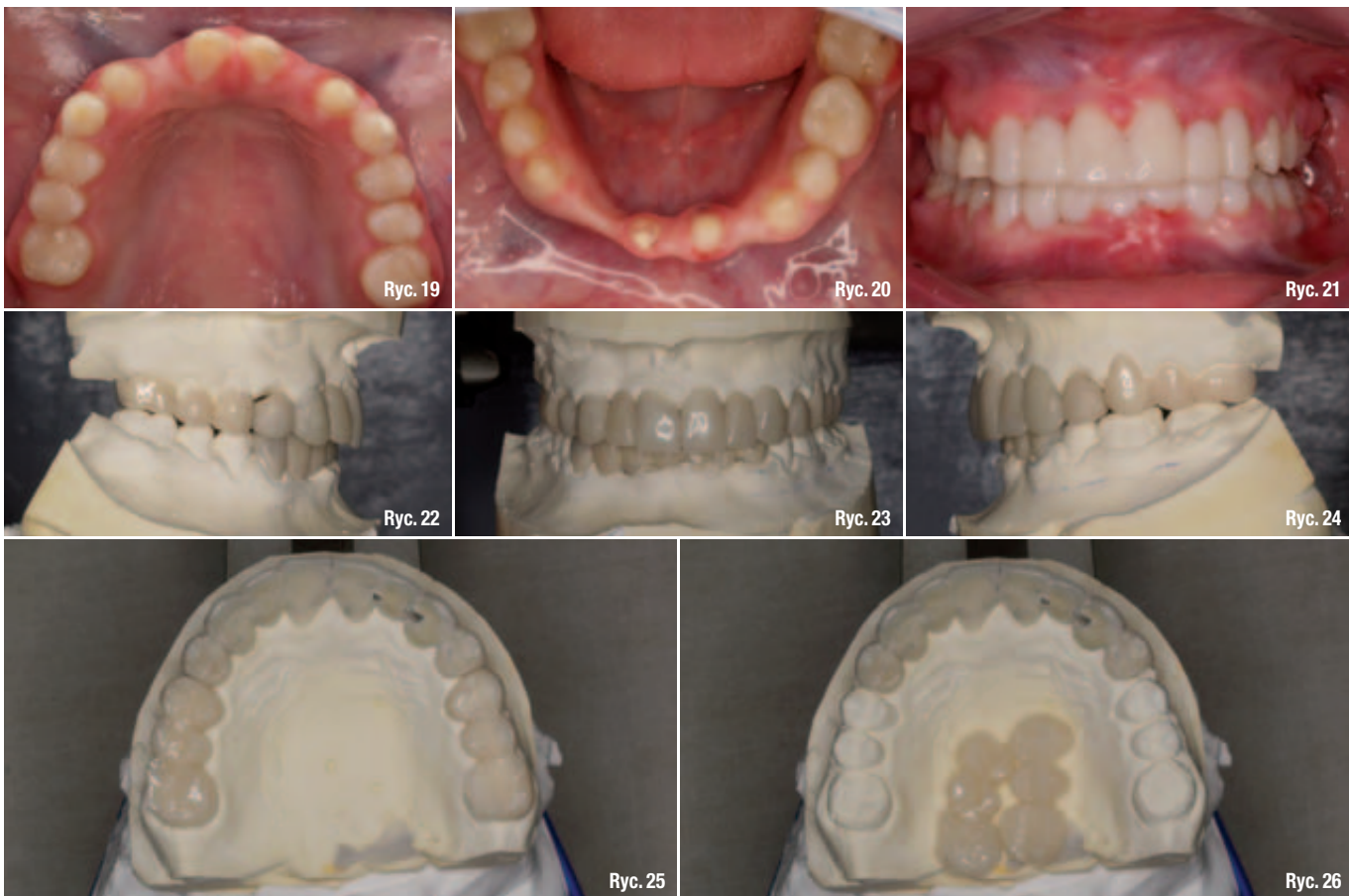


Ryc. 5



Ryc. 6





Przewidywalność, funkcjonalność i trwałość rekonstrukcji na implantach została wielokrotnie udowodniona na podstawie długoczasowych badań, podobnie znacznie lepsze długoczasowe rokowanie w porównaniu do klasycznych rekonstrukcji opartych na mostach. Nie zawsze jednak wybór takiego rozwiązania jest oczywisty. Pierwszym ograniczeniem jest młodociany wiek pacjentów, wymuszający często odroczenie docelowej rehabilitacji o kilka lat. Kolejny problem często utrudniający leczenie to deficyt objętości kości w miejscach planowanej implantacji wynikający ze słabszego wzrostu okolic bez zawiązków. W przypadkach hipodoncji z równoległe istniejącymi zaburzeniami kształtu i wielkości zębów, oprócz uzupełnienia brakujących zębów, uwzględnić należy także rekonstrukcje mające na celu odtworzenie prawidłowej anatomii.

W niniejszym artykule przedstawiono przypadek leczenia 18-letniej pacjentki z wrodzonym brakiem zębów: 18, 17, 14, 12, 22, 24, 27, 28, 38, 36, 35, 31, 41, 42, 47, 48 i przetrwałymi młocznymi zębami: 53, 63, 75 i 81. Oprócz braku zębów stwierdzono szparowatość, nierówny poziom brzegów siecznych górnych siekaczy centralnych oraz ich retruzyjne ustawienie, a także

nieprawidłowości kształtu większości zębów. W przednim odcinku żuchwy pomiędzy zębami 32 i 43 część żębodołowa żuchwy była bardzo wąska (Ryc. 1-6). W przebiegu leczenia należało uwzględnić:

- _ korektę ustawienia i pozycji zębów,
- _ zmianę kształtu zdeformowanych zębów,
- _ uzupełnienie braków żębowych,
- _ zapewnienie stabilnej sytuacji okluzyjnej i estetycznej,
- _ ograniczenie liczby i rozległości zabiegów chirurgicznych w celu zmniejszenia obciążenia i uniknięcia potencjalnego kompromisu estetycznego w odcinku przednim.

Leczenie podzielono na następujące etapy:

1. Leczenie ortodontyczne (Ryc. 7-12): jego celem było uszeregowanie zębów, wyrównanie i zmiana wychylenia górnych siekaczy centralnych, korekta ustawienia zębów 13 i 23 w taki sposób, aby odtworzyć prawidłowe i symetryczne przestrzenie na zęby 14, 12, 22 i 24, zamknięcie szpar oraz mezialne przesunięcie zęba 32 w celu wykorzystania go jako filaru pośredniego mostu zakotwiczonego na kłach.



2. Po zakończeniu leczenia ortodontycznego (Ryc. 13-18), przygotowano zęby 13, 11, 21, 23, 33, 31 oraz 43 pod mosty tymczasowe, pobrano wyciski pod długoczasowe mosty tymczasowe i założono natychmiastowe uzupełnienia prowizoryczne (Ryc. 19-21). Ze względu na wadę wrodzoną zęby filarowe wymagały zmiany kształtu, preparacja pod korony mogła być więc wykonana w sposób bardzo oszczędzający tkanki twarde zębów. Oprócz długoczasowych mostów tym-

czasowych przygotowano również akrylowe nakłady na boczne górne zęby umożliwiające zmianę przebiegu płaszczyzny okluzyjnej i podparcie w odcinkach bocznych po podniesieniu pionowego wymiaru zwarcia (Ryc. 22-26). Dzięki przetrwaniu mlecznych zębów 53 i 63 warunki kostne w ich pozycjach były dobre, co pozwoliło po ich ekstrakcji wprowadzić natychmiastowo 2 implanty (Ryc. 27-28). Ze względu na małą szerokość szczęki uzyskane poprzez leczenie ortodontyczne miejsce na zęby 14 i 24 pozwoliło na wprowadzenie





Ryc. 38



Ryc. 39



Ryc. 40



Ryc. 41

wąskich implantów o średnicy 3mm. Braki zębów 12 i 22 postanowiono uzupełnić mostami z 2 powodów: po pierwsze, niewielka uzyskana ortodontycznie przestrzeń groziłaby przy zastosowaniu implantów kompromisem estetycznym – brakiem brodawek międzyczębowych, po drugie: zarówno nieproporcjonalne siekacze centralne, jak i soplwate

kły wymagały korekty kształtu. Wybór mostów całoceramicznych cementowanych adhezyjnie umożliwił oszczędną preparację i zastosowanie koron o cienkich ścianach.

3. Etap uzupełnień tymczasowych: czas wgajania implantów wykorzystano na korekty tkanek miękkich (Ryc. 29), deprogramację i określenie relacji centralnej oraz analizę funkcjonalno-estetyczną (Ryc. 30-33) pozwalającą na zaplanowanie i wykonanie docelowej rekonstrukcji protetycznej w stabilnej okluzji.
4. Rekonstrukcja protetyczna: wykonanie docelowej rekonstrukcji całoceramicznej (E-max, Ivoclar Vivadent. Liechtenstein. Ryc. 34-35) cementowanej adhezyjnie umożliwiło oszczędną preparację, szczególnie istotną u młodych pacjentów. Na zdjęciach wykonanych 18 miesięcy po zacementowaniu (Ryc. 36-42) widoczna jest stabilna sytuacja zarówno z punktu widzenia funkcji, jak i estetyki.

Leczenie chirurgiczne: dr hab. Małgorzata Pietruska, leczenie protetyczne: dr n. med. Jan Pietruski, leczenie ortodontyczne: dr n. med. Adam Bielaczyc, odbudowy protetyczne: tech. dent. Piotr Górski.

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.



Ryc. 42

_kontakt implants



Jan Pietruski
Praktyka Stomatologiczna
ul. Waszyngtona 1/34
15-269 Białystok



Małgorzata Pietruska
Zakład Chorób Przyzębia
i Błony Śluzowej Jamy Ustnej
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku
ul. Waszyngtona 13
15-269 Białystok.