

Dr. Róka Antal

# Moláris régióban végzett azonnali implantáció vékony implantátummal

## Esettanulmány

### Bevezetés

Immediát implantáció a moláris területeken is kitűnő eredményekkel alkalmazható (Momen A., 2010). A szakirodalom ezen a területen a legtöbb esetben széles implantátumokkal számol, a hipotézis szerint csak így biztosítható a primer stabilitás, illetve a rágóerőből adódó terhelést csak ilyen átmérőjű implantátummal lehetséges ellensúlyozni (Fugazzotto és Penarrocha-Diago, 2008).

Ma már nem kizárólag a széles átmérőjű implantátumokkal lehet sikert elérni, hiszen kapható olyan implantátum, amely ötvözi a sebészeti és protetikai előnyöket. Jelen esetben bemutatom, hogy a vékonynak tekinthető (3,5 mm) implantátummal jól,

biztonságosan kivitelezhető egy ilyen művelet, melyet régebben még kétségesnek is nevezhattünk.

Inspirációt a dél-afrikai dr. Howard Gluckmantól kaptam, aki az elmúlt években több száz kezelést végzett hasonló feltételekkel, 98 százalékos sikerarányal.

### Célok és nehézségek

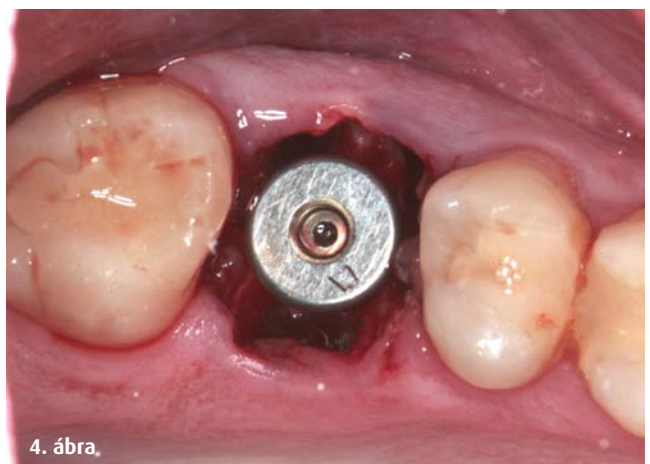
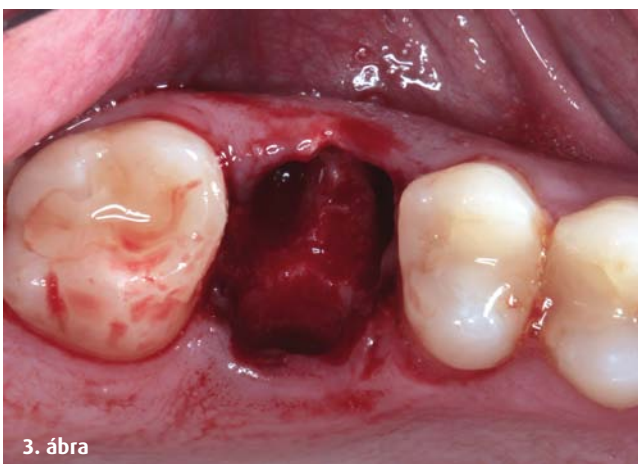
A fogeltávolítást követő azonnali implantáció esetén számos előnyt megfogalmazhatunk, melyek érvényesek a moláris régióra is: a kemény- és lágy-szövetek prezervációja, a kezelési idő rövidülése hat hónapról akár két-három hónapra is, a második sebési feltárás mellőzése, a kezelések számának csökkenése.

1. ábra:  
Reménytelen, mélyen  
frakturálódott fog.

2. ábra:  
Preoperatív  
röntgenfelvétel.

3. ábra:  
Az extrakciót követően  
a septum intakt.

4. ábra:  
A8 jelű implantátum be-  
helyezése a septumba. Ezt  
követően: sem lebenykép-  
zés, sem augmentáció nem  
történt; csupán egy széles  
(frontrészre kifejlesztett)  
gyógyulási csavar alkalmaz-  
zása elősegítette a sebszél-  
lek gyorsabb záródását.





5. ábra



6. ábra



7. ábra



8. ábra

5. ábra:  
Posztoperatív felvétel:  
a sinus intakt.

6. ábra:  
Három hónap gyógyulás  
után az emergenciaprofil  
szépen megtartott.

7. ábra:  
Vastag, érett, feszes hámu  
tölcsér.

8. ábra:  
A fémkerámia korona in  
situ: megtartott papillák.

A frontterületen érvényes szabályok mellett azonban a moláris régióban további anatómiai kihívásokkal kell számolni. Maxilla esetén a sinus közelsége és a csont denzitása, mandibulánál a n. alv. inf. lefutása okozhat nehézségeket.

### Széles vagy vékony implantátum

Romanos és Nentwig 2000-ben közölt tanulmánya megalapozta a vékonyabb implantátum használatát ebben a régióban is. Lényeges hangsúlyozni ugyanakkor, hogy az átmérő mellett lényeges volt maga az implantátum-felépítmény kapcsolat is, hiszen a legtöbb probléma a hagyományos külső vagy belső hexagonos implantátumoknál mindig a rögzítőcsavarra jutó túlzott terhelés volt.

A széles implantátumok használatakor számolnunk kell az oszteotómiából adódó nagyobb csontvesztéssel, ami érinti a területre jellemző septumot is. Ezért egy esetleges sikertelenség esetén nagyon nehéz újabb implantátum behelyezése augmentáció nélkül.

Az Ankylos 3,5 mm átmérőjű implantátuma lehetővé teszi a vékonyabb septumok kihasználását, mindezt minimálinvazív módon. A valódi kúpos, ún. „Morse-taper connection” forma mintegy egyrészessé teszi az implantátumot, amely alkalmas a nagyobb terhelések elviselésére is. Ez az ún. „cold welding” vagy hidegsajtolás (nem az olívbogyóféle) az alapja a mikromozgásmentes zárásnak és a nagy teherbírásnak. Ezzel kiküszöbölhető a leggyakoribb problémaforrás, azaz a csavarlazulás vagy -törés.

### A kivitelezés feltételei

Minden elektív sebészi beavatkozás alapfeltétele a helyes indikáció. Ha az extrakció során a feltételek

adottak, akkor egy ilyen nehezebbnek tűnő beavatkozás is kivitelezhető, és ha ez így van, akkor miért ne tegyünk jót a páciensnek:

- atraumatikus extrakció: disszekció alkalmazása;
- interradikuláris septum maximális védelme;
- lassú és kíméletes oszteotómia a septumban (sokszor piezo- vagy kéziműszerrel);
- implantátum kézi betekerése;
- szubkresztális elhelyezés;
- széles gyógyulási csavar használata;
- lebenypreparálás és augmentáció nem szükséges, de lehetséges.

Fontos különbség, hogy míg a vastagabb (hexagonos) implantátumoknál a primer stabilitáshoz apikális túlfúrás is szükséges, addig az Ankylos implantátumoknál elég a septum oldalfalának rögzítése, hiszen akár 15 Ncm nyomaték is elegendő a gyógyulási csavar tökéletes rögzüléséhez (Gluckman, 2010).

### Esetismertetés

32 éves, egészséges ffi páciens 2.6-os fogán található koronájának leválásával jelentkezett. Tekintettel a fog menthetetlen állapotára a fog eltávolítását javasoltam, ismertetve a pácienssel, hogy amennyiben az eltávolítás után a képletek alkalmasak lesznek egy implantátum behelyezésére, akkor akár egy ülésben elvégezhetjük a beültetést. A páciens a tervet elfogadta, hiszen így gyorsabban és kíméletesebben lesz fogpótlása.

Helyi érzéstelenítést követően a fog gyökereit disszekáltam, majd óvatos luxálást követően, a gyökereket egyenként eltávolítottam. A septumok megtartása volt a lehető legfontosabb cél, hogy az implantáció elvégezhető legyen.

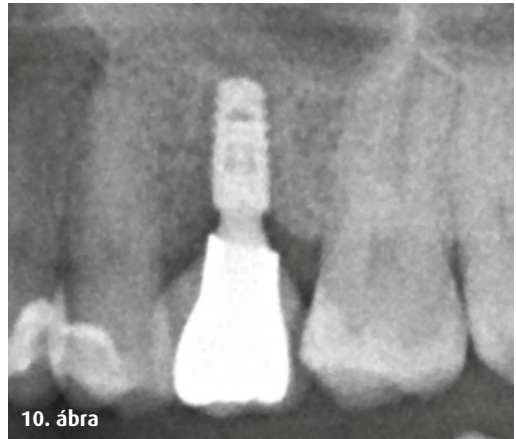
A következő lépés maga az oszteotómia volt: a kezdő lándzsafúró és a pilótafúró (600 rpm) után

9. ábra:  
A bukkális fal is minimálisan húzódtott vissza, ételbeékelődés kizárt.

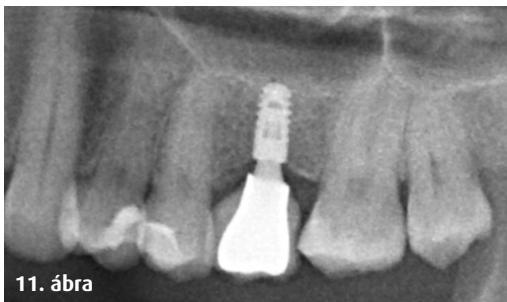


9. ábra

10. ábra:  
Vastag lágyszárzárás. A korona vs. felépítmény hossza nem mérhető, hiszen az implantátum kvázi egyrész. A csontfelszín az implantátum nyakán is látható.



10. ábra



11. ábra

11. ábra:  
1 évvel az implantáció után készült rtg-felvétel.

nagyon óvatosan kézi osteotomot használtam. A betekerés előtt a csontos falat a kónikus maróval tömörítettem. Ez az eszköz a sebészi tálca tartozéka és nagyon hálás, hiszen multifunkciós, attól függően, hogy az órajárással megegyező-

en, vagy ellentétesen használjuk.

Az implantátumot kézzel a septumba tekertem be, jellegzetesen a (crestalis csontnívó alá) majd egy kétrészes, kifejezetten frontrészre kifejlesztett inyformázóval

láttam el. Kritikus volt a sinus közelsége, de a sinus végig intakt maradt. A minimálinvazivitásnak megfelelően a behelyezéskor sem lebenypreparálás sem augmentáció nem történt, hiszen szükség nem volt rá.

A sebgyógyulás per primam történt, majd 8 hét gyógyulási időszakot követően a zárt kanalas lenyomatot vettem poliéterrel. A felépítmény az ínkonturnak megfelelően, 3 mm-es standard fej volt, amire egy klasszikus fémkerámia korona készült.

Az eset egy éve készült, a készített rtg. felvételen jól látható az implantátumnak megfelelő kemény és lágyszárzárás profil, illetve az, hogy a csont az implantátum nyakán is megtalálható, kialakítva a tökéletes mikróbamentes zárást. ■



## A látható különbség!

Az ANKYLOS® több mint kónusz  
- az ANKYLOS® a TissueCare!

- **Platform switching:**  
több hely a periimplantális szövet részére
- **Szubkresztális behelyezés:**  
előre tervezhető vörös-fehér esztétika
- **Nincs mikromozgás:**  
hosszútávú kemény- és lágyszövetstabilitás
- **Kónuszos kapcsolat:**  
több mint két évtizedes klinikai tapasztalat igazolja

Szeretne többet látni?

[www.ankylos.dentsply-friadent.com](http://www.ankylos.dentsply-friadent.com)

Szakmai tanácsadás:

Bruckner Bea +36 30 269 7802

Rédei Attila +36 20 229 3802

Vaslaki Krisztián +36 30 222 6392

Forgalmazza:

Front-Dent Kft. - [www.frontdent.hu](http://www.frontdent.hu)



**ANKYLOS®** | DENTSPLY  
FRIADENT

Implanting TissueCare