

PLANOWA REPLANTACJA ZĘBA 37

DR N. MED. JACEK BILBIN

UL. ROMUALDA MINKIEWICZA 13

16-400 SUWAŁKI

WWW.BILBINMED.COM

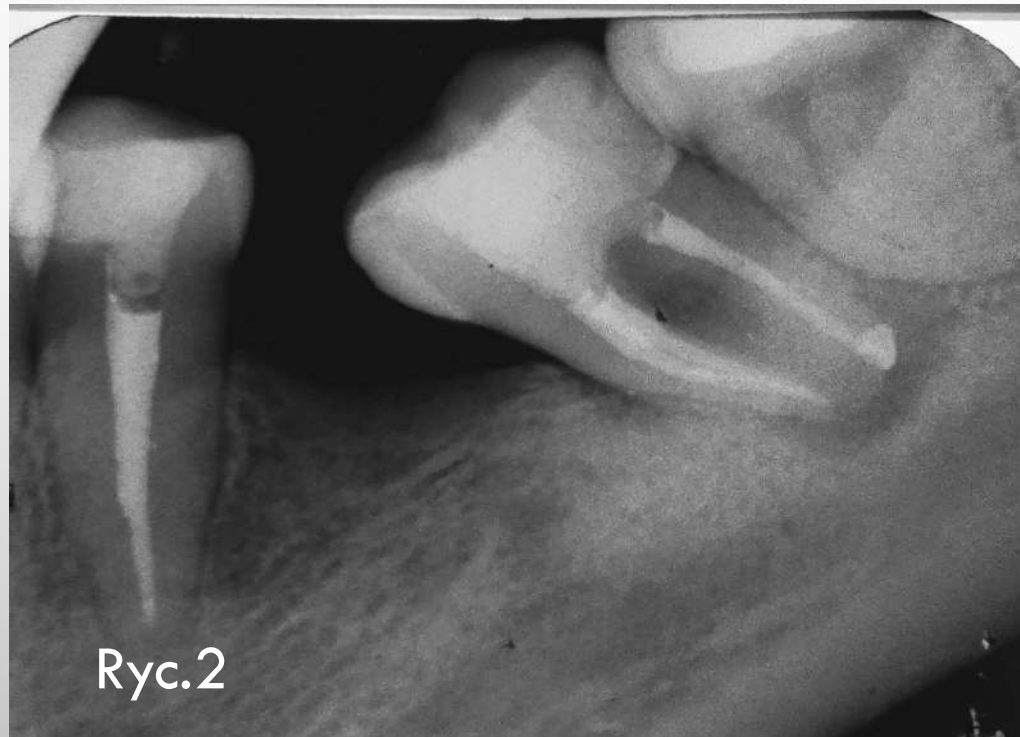
Pacjentka lat 56 zgłosiła się do gabinetu z powodu dolegliwości zęba 37 , utrzymujących się od tygodnia. Występował ból przy nagryzaniu i samoistny, tępy, ciągły, promieniujący, który nasilał się pod wpływem ciepła. Błona śluzowa zaczerwieniona na wysokości wierzchołka zęba, węzły chłonne podżuchwowe wyczuwalne, bolesne i przesuwalne. Badanie RTG ujawniło duży ubytek próchnicowy na powierzchni stycznej dalszej, drążący do komory miazgi. Duże przejaśnienie w okolicy okołowierzchołkowej sąsiadujące z kanałem nerwu żuchwowego(Ryc.1). Postawiono rozpoznanie- Periodontitis periapicalis chronica exacerbata.



Ryc.1

Wykonano znieczulenie przewodowe preparatem 4% Ubistesin Forte. Opracowano ubytek próchnicowy i odbudowano ząb materiałem kompozytowym. Prawidłowo odbudowany ząb umożliwia założenie klamry koferdamu i szczelne odizolowanie zęba od jamy ustnej. Dostęp do komory zęba uzyskano od strony powierzchni żującej. Na tej wizycie opracowano kanały na długość roboczą 19mm do rozmiaru 40 narzędziami RT Files. W trakcie opracowania płukano obficie kanały podchlorynem sodu 5,25%. Na koniec wypłukano kanały EDTA i alkoholem izopropylowym. Po osuszeniu kanałów sączkami papierowymi założono do kanałów pastę nietwardniejącą $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Założono jałową watkę i zamknięto ubytek materiałem tymczasowym Cavit.

Dolegliwości bólowe ustąpiły następnego dnia. Po 3 tygodniach kanały zostały wypełnione gutaperką, metodą kondensacji pionowej na ciepło i dopełnione Obturą. Jako uszczelniacz zastosowano materiał AH-Plus. Ubytek zęba wypełniono materiałem kompozytowym (Ryc. 2).



Pomimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia kanałowego, po 2 latach od leczenia pierwotnego pacjentka nadal odczuwała dolegliwości ze strony tego zęba. Były to bardzo nieznaczne ale okresowo nasilające się dolegliwości. Badanie RVG wykazało prawidłowo wypełnione kanały materiałem kontrastowym jednak widoczne było też przejaśnienie w okolicy okołowierzchołkowej co wskazywało że nadal występuje Periodontitis periapicalis chronica granulosa (Ryc.3). Ponieważ pierwotne leczenie było przeprowadzone prawidłowo dlatego ponowne leczenie zachowawcze nie miało sensu. W tym wypadku lepszym rozwiązaniem jest resekcja mikrochirurgiczna. Jednak w tej okolicy dostęp do wierzchołków jest znacznie utrudniony ze względu na dużą odległość od kości wyrostka zębodołowego i sąsiedztwo kanału nerwu żuchwowego. Dlatego zdecydowano się na zabieg planowej replantacji.



Pacjenka została znieczulowa przewodowo preparatem 3% Scandonest (bez środka naczynioskuczowego).
Następnie bardzo delikatnie, nie przekraczając dziobami kleszczy granicy szkliwno-cementowej uchwyciono ząb i ostrożnie go usunięto.

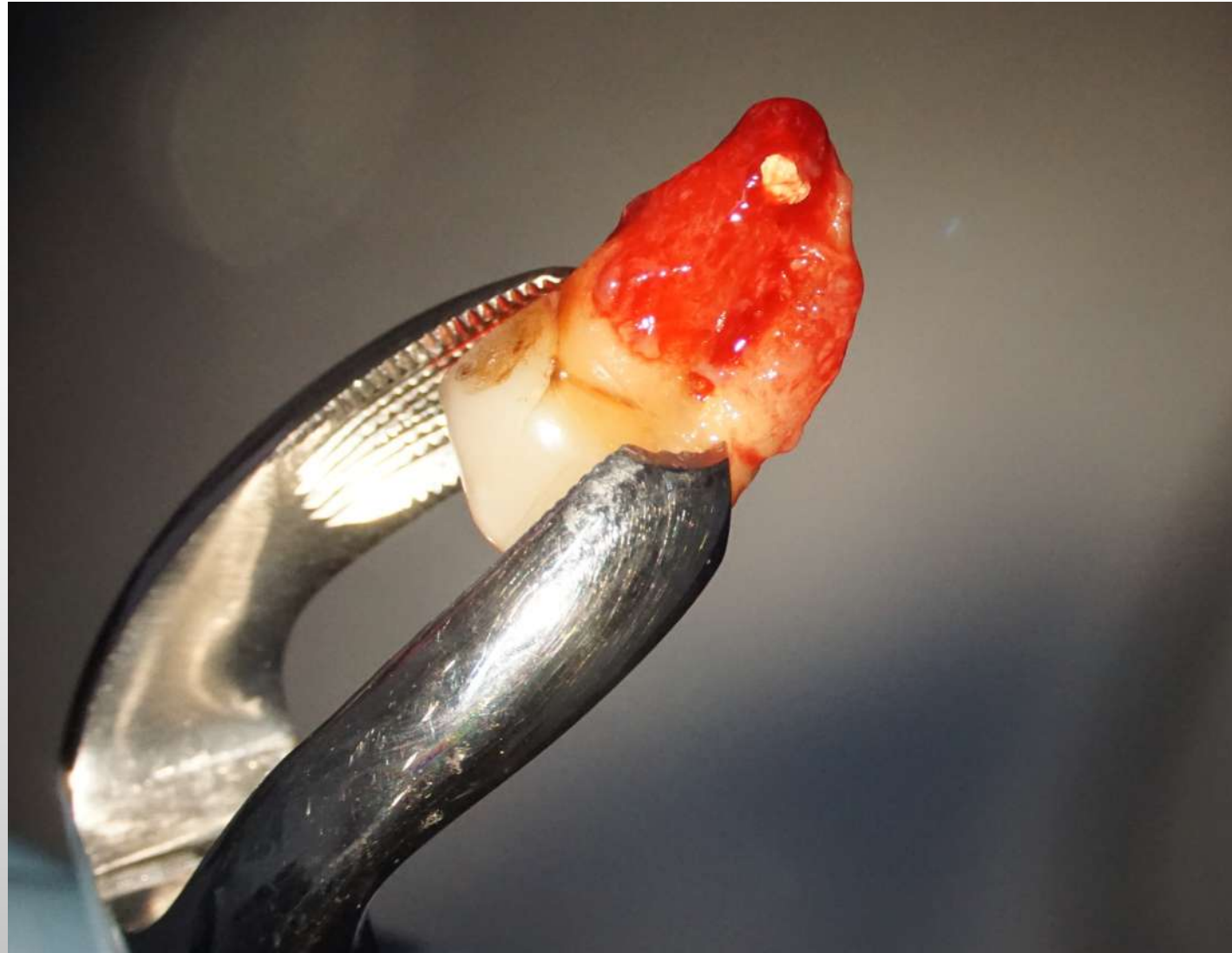


Ryc.4



Ryc.5

Najczęściej udaje się usunąć ząb ze zmianą okołowierzchołkową i przepchniętym materiałem do wypełniania kanałów. Jeżeli nie uda się tego osiągnąć, to nie należy próbować wyłyżeczkować zmiany okołowierzchołkowej z zębodołu ponieważ uszkodzimy nieodwracalnie komórki ozębnej. Po usunięciu zęba zakładamy delikatnie bez ucisku opatrunek Tubulex - preparat ten nie przywiera do skrzepu i działa miejscowo przeciwbakteryjnie.



Ryc.6

Cały zabieg przeprowadzamy poza jamą ustną, dlatego należy zadbać o prawidłowe nawilżenie i odżywienie komórek ozębnej, które nadal są na powierzchni korzenia. Najlepszym preparatem jest Hank's Balanced Salt Solution(Ryc.7). Jednak nie jest on dostępny w naszym kraju, dlatego można go zastąpić płynem wieloelektrolitowym Pedialyte(Ryc.8). Bardzo istotny jest czas, jaki ząb jest poza jamą ustną, dlatego cały zabieg trwa nie dłużej niż 5 minut. Turbinową końcówką chirurgiczną(Ryc.9) odcinamy 3mm wierzchołka korzenia.



Ryc. 7

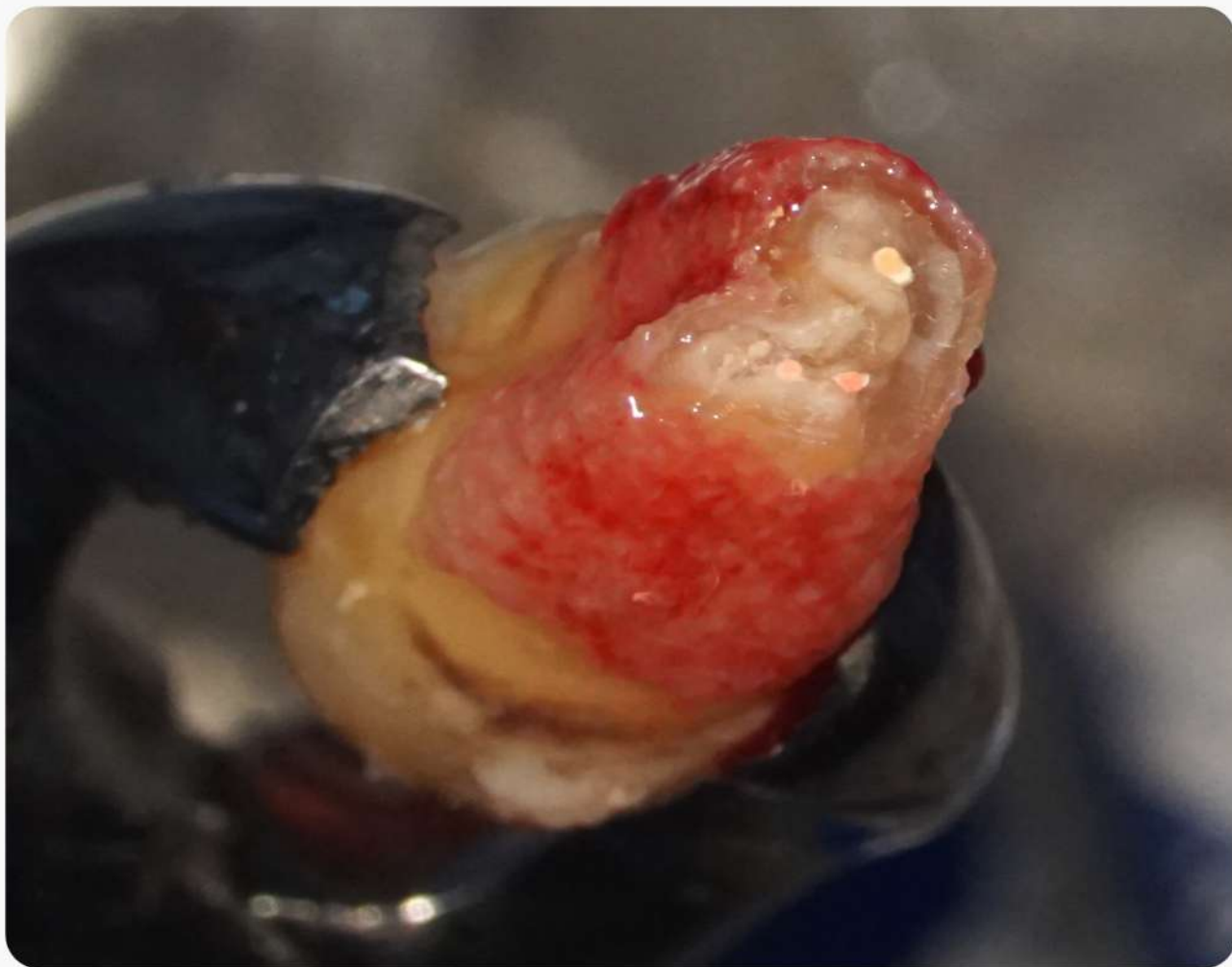


Ryc.8



Ryc.9

Na przekroju widoczna cieść –C-shape(Ryc.8,9).



Ryc.10

Powiększenie 7,5 X



Powiększenie 12 X

Ryc.11

Powiększenie 20 X



Ryc. 12

Przekrój poprzeczny korzenia uwidocznili bardzo skomplikowany system kanałowy w kształcie litery C. Przy tak ukształtowanym systemie kanałowym ponowne leczenie zachowawcze nie przyniesie poprawy. Tylko opracowując wstecznie wierzchołek zęba jesteśmy w stanie nadać odpowiedni kształt i szczelnie wypełnić ubytek.



Ryc.13



Ryc.14

Ząb przez cały czas utrzymywany był kleszczami. Dzioby kleszczy nie przekraczały granicy szklino-cementowej. Opracowano kanały wraz z cieśnią , cały czas obficie zwilżając korzeń preparatem Pedialyte(Ryc.13,14)



Ryc. 15

Na zdjęciu widoczny jest opracowany system kanałowy gotowy do wypełnienia wstecznego.



Ryc.16



Ryc.17

Opracowany wierzchołek wypełniono materiałem bioceramicznym Total Fill RRM(Ryc.16,17). Ząb natychmiast, bardzo ostrożnie wprowadzono z powrotem, do zębodołu. Założono opatrunek -Tubulex pokrywając nim ząb i wyrostek zębodołowy od strony językowej i policzkowej. Polecono pacjentowi zamknięcie ust i lekkie zaciśnięcie zębów.

Pre-op

Post-op



Nie zastosowano unieruchomienia zęba, gdyż z wcześniejszych doświadczeń autora, dochodziło wówczas do przejściowej resorpcji zapalnej. W kolejnych zabiegach autor skracał czas unieruchomienia zęba aż całkowicie zaniechał tego postępowania. Pacjentka została pouczona na temat diety miękkiej i zabiegów higienizacyjnych. Przepisano Amotaks a 1g doustnie i Eludril do płukania jamy ustnej. Wizyty kontrolne zaplanowano na następny dzień, później po tygodniu i za miesiąc. Następnego dnia pacjentka nie odczuwała żadnych dolegliwości bólowych. Po tygodniu ruchomość zęba była nieznacznie większa w porównaniu z sąsiednimi zębami, po miesiącu nie było żadnej różnicy.



Na kolejnych wizytach kontrolnych wykonano badanie RVG. Na zdjęciach widoczne jest prawidłowe gojenie. Rok po zakończonym leczeniu widoczne jest całkowite wygojenie kości. Pacjentka nie odczuwała żadnych dolegliwości ze strony zęba. Ruchomość fizjologiczna i głębokość kieszonki dziąsłowej 2-3 mm.



12 miesięcy

Film 1

