

Ida Novak¹
Dr. sc. Mato Sušić²

¹Studentica 5. godine

²Zavod za oralnu kirurgiju, Stomatološki fakultet
Sveučilišta u Zagrebu

UVOD

Ekstrakcija zuba obično dovodi do jake resorpcije alveolarnoga grebena, koja započinje šest mjeseci nakon ekstrakcije i nastavlja se tijekom idućih godina.

Donedavno se primjenjivala isključivo odgođena implantacija, dok se u novije vrijeme sve češće primjenjuje imedijatna postekstrakcijska implantacija.

Imedijatna postekstrakcijska implantacija postupak je kod kojeg se ekstrakcija zuba, implantacija i regenerativna terapija provode u jednom posjetu stomatologu.

Protetski rad (privremeni ili trajni) možemo postaviti na implantat imedijatno (u isto vrijeme kad se obavlja implantacija ili unutar 48 sati od implantacije) ili u odgođenom postupku (nakon više od 48 sati od implantacije). Oseointegracija je moguća i ako se istodobno nosi imedijatni protetski rad te ako se izbjegnju mikropomaci veći od 100 (µm) u međuprostoru između implantata i kosti.

PREDNOSTI IMEDIJATNE POSTEKSTRAKCIJSKE IMPLANTACIJE:

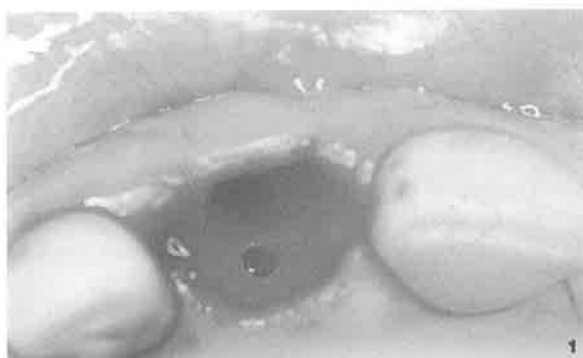
- idealno pozicioniranje protetskog rada, zahvaljujući kirurškom vođenju alveole i zadržanoj bukalnoj stijenci koja je najpodložnija resorpciji tijekom postekstrakcijskog cijeljenja
- prevencija resorpcije alveolarnoga grebena
- skraćeno vrijeme terapije jer se postekstrakcijsko cijeljenje i oseointegracija zbivaju istodobno
- bolja oseointegracija zbog većeg potencijala cijeljenja svježih rana
- smanjenje fizičkog i psihičkog stresa za pacijenta

INDIKACIJE ZA IMEDIJATNU POSTEKSTRAKCIJSKU IMPLANTACIJU

Imedijatna postekstrakcijska implantacija najčešće se provodi u slučajevima u kojima je veoma važan estetski učinak, s očuvanim integritetom mekih tkiva i potpunom ili djelomičnom očuvanošću integriteta tvrdog tkiva te u slučajevima kad postoji potreba ili želja za smanjenjem broja kirurških zahvata i skraćenjem trajanja terapije.

Indikacije za imedijatnu postekstrakcijsku implantaciju su:

- vertikalna fraktura korijena zuba
- resorpcija korijena zuba
- ekstrakcija zuba zbog periodontnih ili endodontnih razloga



- traume zuba s nepovoljnom frakturom
- postojanje mliječnog zuba bez zametka trajnog

KONTRAINDIKACIJE ZA IMEDIJATNU POSTEKSTRAKCIJSKU IMPLANTACIJU:

Apsolutne su kontraindikacije:

- Nemogućnost postizanja dobre primarne stabilnosti implantata zbog prevelike destrukcije stijenci zubne alveole.

IMEDIJATNA POSTEKSTRAKCIJSKA IMPLANTACIJA JEDNOG ZUBA

- Postojanje radiografski vidljivih endodontnih lezija i/ili akutnih infekcija (endodontnih ili periodontnih). U ovom slučaju postoji indikacija za odgođenu implantaciju.
- Gingivni defekti koji čine meka tkiva nepogodnima za imedijatnu postekstrakcijsku implantaciju. U tom slučaju postoji indikacija za ekstrakciju zuba te ugradnju implantata u odgođenom postupku.
- Nemogućnost izvođenja atraumatske ekstrakcije zuba zbog njegova anatomskog oblika koji zahtijeva osteotomiju.
- Slučajevi u kojima položaj zuba ili morfologija alveole čini postekstrakcijsko mjesto nepovoljnim za ugradnju implantata.

Relativne su kontraindikacije:

- Slučajevi kod kojih je udaljenost između dna alveole i anatomskih struktura (kanal n.alveolaris inferior, dno maksilarnog sinusa) premlena.

PRIJEOPERATIVNA PROCJENA

- **POVIJEST BOLESTI** (medicinska, stomatološka, psihološka) s posebnim osvrtom na postojanje parafunkcija i navika koje mogu ugroziti uspjeh terapije.
- **IMAGING** - potrebna je cjelokupna radiografska procjena u svrhu dobivanja trodimenzionalnih podataka o kosti koja će biti tretirana (OPT, periapikalne intraoralne slike, konvencionalna tomografija, CT).
- **KLINIČKI PREGLED** - nužan je za procjenu stanja kliničke krune zuba koji se ekstrahira (intaktna, karijesno promijenjena, ispuni, protetski radovi) i za procjenu čvrstoća i gingivu susjednog zuba, postojanje keratiniziranih tkiva, biotip gingive i položaj muko-gingivne spojnice. Treba isključiti i postojanje infekcije (fistule) jer je ona kontraindikacija za imedijatnu postekstrakcijsku implantaciju. Parodontno sondiranje pokazat će postoji li gubitak pričvrstka ili rezidualni koštani defekt. Potrebno je procijeniti stupanj oralne higijene jer je loša oralna higijena kontraindikacija za izvođenje ovog zahvata te je nužna potpuna sanacija svih lezija u usnoj šupljini.

KIRURŠKI POSTUPAK:

1. Intrasulkularna incizija u području zuba koji se ekstrahira, ekstrakcija zuba te podizanje režnja. Alveola se mora pažljivo kohleirati zbog uklanjanja ostataka periodontnog ligamenta i ostataka granulacijskog tkiva, u svrhu sprečavanja infekcije i postizanja što bolje oseointegracije (Slika 1).
2. Preparacija alveole i idealno pozicioniranje implantata. Morfologija alveole mora se prilagoditi obliku implantata koji će biti postavljen. Implantat mora biti postavljen oko 3 mm apikalnije od buduće periimplantne marginalne gingive. Katkad je potrebno izvršiti transplantaciju vezivnog tkiva zbog kontrakcije marginalnih mekih tkiva. Često je prisutna destrukcija bukalne stijenke alveole, što zahtijeva postavljanje implantata palatinalnije (lingvalnije) i postavljanje aloplastičnih materijala, ksenotransplantata ili autologne kosti u područje oko implantata. Pritom važnu ulogu ima i

odabir odgovarajućeg implantata, uzimajući u obzir oblik i veličinu ekstrahiranog zuba (Slika 2).

3. Postavljanje provizornoga protetskog rada i šivanje mekih tkiva (Slika 3).
4. Postavljanje konačnoga protetskog rada (Slika 4).

MOGUĆE KOMPLIKACIJE:

- Manjak oseointegracije - ta se komplikacija jednako učestalo pojavljuje i kod odgođene implantacije. Ako se pojavi, implantat se mora ukloniti i zamijeniti novim.
- Periimplantitis - može prouzročiti smanjenje ili izostanak oseointegracije te se može pojaviti kao posljedica ostataka inficiranog tkiva na postekstrakcijskom mjestu nakon postavljanja implantata. U slučaju periimplantitisa treba započeti antibiotsku terapiju te je nakon povlačenja akutne faze potrebno vrednovati periimplantni defekt. Potrebno je odlučiti u slučaju velikog gubitka periimplantne potpore ili smanjenja/gubitka oseointegracije zamijeniti implantat ili ga sačuvati ako je gubitak koštanoga potpornog tkiva minimalan.
- Dehiscijencija mekih tkiva - primjena kirurških postupaka bez flepa ili bez potpunoga primarnog zatvaranja dovodi do cijeljenja s potpunom ili djelomičnom izloženosti pokrovnog režnja. U takvim slučajevima preporučljivo je u drugoj kirurškoj fazi ili nakon protetske terapije upotrijebiti plastične kirurške tehnike poput presađivanja vezivnog tkiva ili slobodnih gingivnih režnjeva s koronarnim postavljanjem flepa nakon tri mjeseca.

ZAKLJUČAK:

Imedijatna postekstrakcijska implantacija postupak je kod kojeg se ekstrakcija zuba, ugradnja implantata i regenerativna terapija provode u istom posjetu stomatologu. Taj postupak ima svoje prednosti kao što su: idealno pozicioniranje protetskog rada, prevencija resorpcije alveolarnoga grebena, bolja oseointegracija, skraćeno vrijeme terapije te smanjenje fizičkog i psihičkog stresa za pacijenta. Najčešće se provodi kad postoji potreba ili želja za redukcijom trajanja implantološke terapije. Pritom je nužno potrebna detaljna prijeoperativna procijena kako bi se izbjegle moguće komplikacije koje se pri pažljivom odabiru pacijenata pojavljuju približno jednakom učestalošću kao i kod odgođene implantacije.

Zahvaljujem dr. sc. Mati Sušiću na recenziji i stručnim savjetima.

LITERATURA:

1. Abundo R, Corrente G. Immediate post-extraction implants, Sinus floor elevation by crestal approach, Milano; RC LIBRI SRL, 2004.
2. Jiménez-López V. Immediate Loading In Implant Dentistry: Surgical, Prosthetic, Occlusal, and Laboratory Aspects, Barcelona; Editorial Quintessence, SL, 2005. (slike su preuzete iz ove knjige)
3. Misch C.E. Contemporary Implant Dentistry, 2nd Edition, St.Louis, Missouri; Mosby, 1999.