

5.2. Postępowanie interdyscyplinarne po urazie u pacjenta młodocianego

Żaneta Kusyk-Kalinowska
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Urazy zębów są bardzo częstym zjawiskiem, szczególnie wśród aktywnych dzieci i nastolatków. Najczęściej dochodzi do urazu zębów przednich górnych. Złamania koronowo-korzeniowe obejmujące szkliwo, zębinę i miazgę stanowią do 5% wszystkich urazów. Taki rodzaj urazu wymaga multidyscyplinarnego podejścia ze strony stomatologa, ponieważ musi on zapewnić odpowiednie leczenie miazgi, a najczęściej przeprowadzić leczenie endodontyczne bez negatywnego wpływu na często już uszkodzone przyzębie. Następnie lekarz dentysta powinien odbudować utracone tkanki zęba z uwzględnieniem szerokości biologicznej, a także przyszłej funkcji i estetyki uzupełnienia protetycznego. W celu poszanowania szerokości biologicznej granica preparacji powinna być przesunięta na 2,5-3 mm dokoronowo od granicy kości wyrostka zębodołowego. W złamaniu korony zęba w okolicy szyjki zęba (VIII klasa wg Ellisa) często dochodzi do złamania poniżej przyczepu dziąsłowego. Odbudowa takiego zęba bez wcześniejszej ekstruzji naruszyłaby jego biologiczną szerokość, powodując chroniczny ból, przewlekłe zapalenie dziąseł i nieprzewidywalną utratę kości wyrostka zębodołowego. Postępowanie po urazie składało się ze skojarzonego leczenia zachowawczego, chirurgicznego, ortodontycznego oraz protetycznego. Omówiono etapy leczenia złamania poddziąsłowego prawego siekacza bocznego w szczęcie u piętnastoletniego pacjenta.

Celem omówienia przypadku jest przedstawienie przywrócenia estetyki i funkcji narządu żucia u pacjenta młodocianego, u którego ze względu na niezakończony okres wzrostu nie było możliwości wykonania mostu czy przeprowadzenia leczenia implantoprotetycznego. Mimo iż można spotkać doniesienia o możliwości stosowania implantów już po 12. roku życia, najbardziej uzasadniona jest reguła stosowania wszczepów filarowych dopiero po zakończeniu rozwoju kostnego, zazwyczaj po ukończeniu 16.-18. roku życia. Opcją leczenia poza ekstruzją i późniejszą odbudową stałą była ekstrakcja korzenia złamanego zęba i uzupełnienie braku

protezą częściową ruchomą aż do zakończenia wzrostu pacjenta. Na wybór metody leczenia miał wpływ także aspekt psychologiczny, gdyż pacjent cierpi na zespół Aspergera, zaś badania wykazały, że urazowe uszkodzenia zębów mogą wywołać silny i długotrwały wpływ na emocje i samopoczucie społeczne u dzieci.

Przed przystąpieniem do leczenia ortodontycznego korzeń złamanego zęba 12 został poddany leczeniu endodontycznemu. Kanał korzeniowy został wypełniony metodą bocznej kondensacji zimnej gutaperki, aby uniknąć dalszych urazów ozębnej. Techniki kondensacji ciepłej gutaperki mogą wywołać uraz termiczny już uszkodzonego przyzębia i zapoczątkować stan zapalny, co może doprowadzić do resorpcji lub ankylozy uszkodzonego korzenia zęba.

Następnie została przeprowadzona ekstruzja zęba przy użyciu elementów aparatu stałego zakotwiczonego na sąsiadujących zębach oraz zaczepu zamocowanego w kanale korzenia złamanego zęba. Do zacementowania zaczepu wybrano cement cynkowo-polikarboksylowy, który zapewnił wystarczającą retencję na cały okres leczenia ortodontycznego, a później był w miarę łatwy do usunięcia z kanału korzeniowego za pomocą ultradźwięków. Okres aktywnego leczenia ortodontycznego trwał trzy miesiące, po czym zastosowano dwumiesięczny okres stabilizacji. W przypadku ekstruzji ostateczne położenie brzegu dziąsła często jest nieprzewidywalne. W takich okolicznościach często wymagana jest korekta konturu dziąsła. W celu uzyskania pełnego zarysu powierzchni nośnej korzenia wykonano gingioplastykę, co warunkowało dalszą prawidłową odbudowę protetyczną.

Po usunięciu zaczepu z kanału korzeń opracowano pod indywidualny metalowy wkład koronowo-korzeniowy. Wkład został wykonany metodą bezpośrednią. Następnie wykonano koronę porcelanową na podbudowie metalowej. Zarówno wkład, jak i korona zostały zacementowane przy użyciu cementu glijonomerowego.

W wyniku skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego udało się wyraźnie odsłonić kontur złamanego korzenia zęba 12 oraz odtworzyć utracone tkanki zęba za pomocą wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej. Uzupełnienie po ekstruzji ortodontycznej może stanowić bardziej zachowawczy wybór leczenia u młodych pacjentów w porównaniu z odbudową protetyczną po ekstrakcji. Ekstrakcja zęba i zastąpienie go implantem zębowym to powszechny wybór leczenia. Jednak wskaźnik przeżycia implantów jest gorszy niż zębów, nawet jeśli są poważnie uszkodzone, ale odpowiednio leczone. Z biomechanicznego punktu widzenia długoczasowe przetrwanie rekonstrukcji z wykorzystaniem wkładu koronowo-korzeniowego i korony rokuje dobrze, jeśli zdrowe tkanki korzenia



Fot. 1. Stan po leczeniu endodontycznym



Fot. 2. Korzeń zęba 12 w trakcie ekstruzji ortodontycznej



Fot. 3. Stan po zabiegu gingiwoplastyki



Fot. 4. Stan po zacementowaniu indywidualnego wkładu koronowo-korzeniowego



Fot. 5. Zacementowana korona na zębie 12

są objęte przynajmniej na 2 mm koroną. W celu przywrócenia fizjologicznego przyczepu i uzyskania efektu obejmy (*ferrule effect*) można rozważyć następujące opcje: chirurgiczne wydłużenie korony i ekstruzję ortodontyczną. Ekstruzja ortodontyczna jest korzystniejszą metodą leczenia złamań zębów w przeciwieństwie do chirurgicznego wydłużania korony. Najważniejszą zaletą ekstruzji ortodontycznej jest brak utraty masy kostnej. W badaniach na psach stwierdzono, że ekstruzja ortodontyczna jest bardziej zachowawcza i fizjologiczna niż ekstruzja chirurgiczna. Z drugiej strony, ekstruzja ortodontyczna wymaga wielu wizyt i doskonałej współpracy pacjenta, podczas gdy ekstruzja chirurgiczna jest zabiegiem prostszym i mniej czasochłonnym. W przypadku odbudowy zębów ze złamaniem koronowo-korzeniowym czynniki takie jak rozległość i głębokość złamania, okluzja, estetyka oraz wiek pacjenta i chęć współpracy mogą decydować o rodzaju wybranej metody leczenia.

Poddziąsłowe złamania zębów stanowią ogromne wyzwanie dla lekarza dentysty. Ekstruzja ortodontyczna może być częścią ostatecznego planu leczenia, ale jest też odpowiednia do rozwinięcia struktury dziąseł i kości przed implantacją. Typowe wskazania do ekstruzji ortodontycznej obejmują: wyłanianie zębów zatrzymanych, odsłonięcie zębów z uszkodzeniami strukturalnymi (złamania poprzeczne korzenia, próchnica, perforacje, resorpcje zewnętrzne), leczenie ubytków kostnych i tkanek przyzębia oraz rozwój miejsca dla przyszłej implantacji. Niestety, brakuje ustalonych protokołów i wytycznych dotyczących ich stosowania w praktyce klinicznej. Interdyscyplinarne postępowanie ortodontyczno-protetyczne umożliwiło zachowanie własnego zęba, eliminując potrzebę wykonania protezy ruchomej, co było nie bez znaczenia dla dorastającego pacjenta cierpiącego na zespół Aspergera. Dzięki podjętym działaniom zadbano o dobre warunki ewentualnej przyszłej implantacji w miejscu zęba 12.