

Przypadki **trudne** i **pozornie** beznadziejne

Autor _ lek. dent. Tomasz Śmigiel, tech. dent. Robert Michalik



Ryc. 1



Ryc. 2



Ryc. 3

„Bene dignoscitur, bene curatur – dobra diagnoza podstawą dobrego leczenia – ta stara sentencja, przy obecnym stanie wiedzy i współczesnej technologii nie traci na aktualności. Przeciwnie – tym bardziej powinna być respektowana podczas planowania leczenia. Nie jest ważne, czy mamy do czynienia ze złamanym zębem po urazie, głęboką próchnicą, czy też skomplikowaną rekonstrukcją protetyczną – aby doskonale leczyć, trzeba doskonale diagnozować. Błędy popełnione podczas planowania lub – co gorsze – terapia bez planowania będą powodowały, że leczenie albo zakończy się porażką, albo już w jego przebiegu napotkamy nieprzewidziane sytuacje i problemy.

W każdym przypadku należy zebrać precyzyjny wywiad z uwzględnieniem określenia oczekiwań pacjenta, a następnie przeprowadzić badanie zewnętrzne i wewnętrzne oraz ostatecznie potwierdzić diagnozę zdjęciem rtg. Szczególnie w przypadkach planowania rehabi-

litacji protetycznej bardzo ważnym elementem jest wykonanie modeli diagnostycznych i pomiar łukiem twarzowym, aby ustalić indywidualne dla każdego pacjenta parametry pracy. W mojej praktyce najczęściej czasu poświęcamy na przedstawienie pacjentowi różnych możliwości leczenia – niezwykle ważne jest, aby pacjent doskonale zrozumiał, jakie są możliwości, perspektywy i które rozwiązania protetyczne można zastosować. Sukcesem całej terapii jest odzyskanie przez pacjenta pełnego komfortu i zadowolenia z dobrze wykonanego leczenia, które z pełną świadomością wybrał spośród kilku możliwości.

Staram się nie narzucać ostatecznego rozwiązania, prowadząc jednak długą i rzetelną rozmowę obiektywnie przedstawiam zalety i wady każdego z omawianych rozwiązań. Chcę, aby to pacjent sam dokonał wyboru. Postawiłem sobie za cel tak przeprowadzać terapie, żeby do zakończonego leczenia nie wracać przez wiele lat.



Oczywiście, nie można skutecznie leczyć, nie mając nowoczesnego wyposażenia. Z drugiej jednak strony najlepszy nawet sprzęt nie zastąpi wiedzy i doświadczenia lekarza, bo to nie sprzęt i materiały decydują o sukcesie, ale ręce, wiedza i doświadczenie dentysty – dlatego tak dużą wagę przykładam do stałej edukacji. Przez doskonałe leczenie chcę się związać z pacjentem i objąć go stałą opieką, którą nazywam serwisem gwarancyjnym i pogwarancyjnym. Nie wyobrażam sobie, aby pacjent po wyleczeniu na stałe zniknął z mojego gabinetu. Obligatoryjnie zalecamy wizyty kontrolno-higienizacyjne, w zależności od sytuacji, co najmniej co 6 miesięcy. Wszystko po to, żeby na bieżąco monitorować stan naszej pracy. Z tego powodu uważam także, że niezmiernie ważna jest rola higienistki w gabinecie stomatologicznym.

Najgorszym elementem w trakcie procesu leczenia jest zbyt ni pośpiech, pacjenci często próbują wywierać presję. Trzeba sobie jednak uzmysłwić, że droga do sukcesu to nie szybkość, tylko przewidywalność terapii. Spiesząc się, można popełnić wiele błędów. Nie boję się więc powiedzieć pacjentowi, że w określonej sytuacji wyleczenie jest możliwe i wspólnie osiągniemy sukces, ale terapia będzie trwała 6, 12 lub 18 miesięcy. Jako przykład opisuję na wstępie 2 przypadki.

W przypadku pierwszym (Ryc. 1) sytuacja wyjściowa była bardzo trudna: stan starych uzupełnień protetycznych był tragiczny, a przyzębie (które jest jednym z elementów estetyki we współczesnej stomatologii – tzw. estetyka różowa) totalnie niestabilne. Stan zębów przedstawiał się fatalnie, ale nie zniechęciło mnie to do dążenia w trakcie terapii do osiągnięcia perfekcyjnej estetyki białej. Co ciekawe, pacjentka zgłosiła się do gabinetu nie z powodu chęci zmiany starych mostów, chciała tylko naprawić ząb 22 który, właśnie uległ złamaniu. Leczenie trwało 18 miesięcy. Przez cały czas pacjentka była zaopatrzona estetycznymi mostami i koronami tymczasowymi wykonanymi w laboratorium protetycznym na podbudowie metalowej

(Ryc. 2). Wszystko po to, aby zapewnić najwyższy komfort, bezpieczeństwo i poczucie zmiany estetyki jako zapowiedź jeszcze lepszego efektu w pracy docelowej. Tak długi czas leczenia zmuszał mnie do zabezpieczenia zębów przed ryzykiem próchnicy wtórnej, co osiągnąłem dzięki wykonaniu bardzo szczelnych koron tymczasowych na metalu. Szczelność i precyzja uzupełnienia tymczasowego gwarantowała wygojenie przyzębia i uzyskanie stabilnej sytuacji. Długoczasowe uzupełnienia tymczasowe pozwalają wyleczyć endodontycznie zęby, które tego wymagają, wygoić i poprawić girlandę dziąsłową, ale też wyrobić u pacjenta prawidłowe nawyki higieniczne, aby docelowa praca miała lepsze szanse na przetrwanie. Ostatecznie pacjentka otrzymała korony i mosty w górnym łuku na podbudowie z tlenku cyrkonu, w żuchwie korony i zasuwy na tlenku cyrkonu (Ryc. 3) oraz bezklamrową protezę szkieletową. Zawsze tłumaczę pacjentowi, że stan, w którym się zgłosił to efekt dwóch, trzech, pięciu, a czasem nawet dziesięciu lat zaniedbań, dlatego nie jesteśmy w stanie poprawić tej sytuacji w kilka dni lub tygodni – to wymaga czasu.

W drugim przypadku pacjent zgłosił się do gabinetu z powodu źle wykonanej protezy całkowitej górnej szczęki. W efekcie miał (co doskonale widać zewnątrz) duże zaburzenie estetyki tkanek miękkich, zwłaszcza górnej wargi (Ryc. 4). W starej protezie akrylowej zęby były ustawione w zgryzie prostym, a brak podparcia w odcinku bocznym spowodowany brakiem bocznych zębów w żuchwie doprowadził do zachwiania równowagi płaszczyzny protetycznej i starcia zębów przednich w protezie (Ryc. 5). Ze względu na destrukcję i stan zapalny przyzębia w żuchwie, wskazane było wydłużenie czasu leczenia i ustabilizowanie stanu przyzębia. Pacjent ostatecznie otrzymał całkowitą protezę górną i protezę szkieletową opartą na zasuwach oraz korony porcelanowe na podbudowie metalowej w odcinku przednim (Ryc. 6). Leczenie trwało 6 miesięcy.



Ryc. 7



Ryc. 8



Ryc. 9

Opisane przypadki prezentuję, aby udowodnić, że nie należy się bać informować pacjentów, że pośpiech to zły doradca, że leczenie trzeba bezwzględnie zaplanować w niekiedy długim przedziale czasu.

Przypadek który chcę przedstawić w niniejszym artykule krok po kroku to pozornie sytuacja, która nie wymaga wiele pracy. Kiedy jednak przyjrzeć się jej bliżej, wydaje się prawie beznadziejna. Do gabinetu zgłosił się młody, 42-letni, elegancki mężczyzna doskonale dbający o swój wygląd. Absolutnie nie można mu zarzucić braku dbałości o zęby, nie można mówić o zaniedbaniach higienicznych, ale pacjent stosował dość agresywne metody czyszczenia zębów, sprzyjające recesji dziąseł. Pacjent regularnie odwiedzał gabinet stomatologiczny, aby poddawać się bieżącym terapiom. Na fotelu dentystycznym spędził już wiele godzin, a powodem utraty tak wielu zębów był... strach! Dowodem na to, że pacjent dba o swoje zęby był fakt, że gdy trafił do naszego gabinetu w r. 2006 przyniósł zdjęcie panoramiczne z 1998 r. (Ryc. 7) – od tego czasu nie stracił żadnego zęba. Miał wówczas uzupełnione braki zębów w szczęce, ale w żuchwie istniały rozległe braki. W r. 1998 wszystkie jego zęby, z wyjątkiem 15 i 45, były żywe. Wtedy nie było też widać żadnych ognisk próchnicy.

Po 7 latach pacjent uzupełnił braki zębów w żuchwie. W 2005 r. (Ryc. 8) pojawiło się też 5 martwych zębów – wszystkie pod koronami w żuchwie! Należy sobie zadać pytanie, dlaczego właśnie te zęby pod koronami nowych mostów – 100% opracowanych zębów i 100% dewitali-

zacji. Przypadek czy efekt działania jatrogennego? Dlaczego w zdrowych zębach 44 i 45 po 7 latach pojawiają się 2 potężne wkłady koronowokorzeniowe? Dlaczego mosty zostały wykonane i dopasowane do istniejących od wielu lat źle wykonanych, nieprawidłowych mostów w szczęce? Efektem jest złamana płaszczyna protetyczna i dolne mosty w kształcie siodła.

Taka była sytuacja wyjściowa. Trudno rozmawiać z pozornie wyleczonym pacjentem i używać nawet najbardziej słusznych argumentów, gdy pacjent niezupełnie nas rozumie. Zawsze w tym miejscu pojawia się kolejny problem, ponieważ trzeba pacjentowi powiedzieć: „Panie XY... jest pan bardzo sumiennym i dbającym o zęby pacjentem, ale żeby Pana wyleczyć wszystkie mosty, korony i cała dotychczasowa praca protetyczna wymaga wymiany”. Dla wielu lekarzy, ale też dla wielu pacjentów jest to trudna do zakomunikowania i zaakceptowania prawda, bo czas, bo pieniądze itd. Prawda jest taka, że albo robimy wszystko albo nic. Są sytuacje, w których aby osiągnąć trwałą i dobry efekt należy wszystko rozpocząć od nowa.

Na szczęście, możemy skorzystać z pomocy kamery wewnątrzustnej i modeli diagnostycznych. Dzięki nim obrazowo i precyzyjnie wyjaśnimy pacjentowi stan obecny, a także cel, do którego chcemy dążyć.

Diagnostykę rozpoczynamy zawsze od rozmowy i badania zewnątrzustnego. Patrząc na pacjenta z przodu, już podczas rozmowy dostrzegamy wiele detali, które informują, w jaki sposób wargi układają się dynamicznie w stosunku do zębów. Warto więc już na tym etapie kontaktu obserwować dyskretnie, w jaki sposób



Ryc. 10



Ryc. 11



Ryc. 12



Ryc. 13



Ryc. 14



Ryc. 15

pacjent pokazuje zęby. W trakcie takiej rozmowy możemy zaobserwować, czy pacjent mimowolnie nie zasłania ust ręką podczas śmiechu, czy nie ściąga nienaturalnie ust, aby ukryć zęby podczas śmiechu lub mówienia. Te odruchy przyniosą odpowiedź na wiele pytań:

– Gdy pacjent ma wargi w spoczynku, nie widać brzegów siecznych zębów przednich górnych, widoczne są jednak mocno starte siekacze dolne i bardzo mocno starte zęby 33 i 43. Sugeruje to istnienie dużych zaburzeń w artykulacji i prawdopodobieństwo obniżonej wysokości zgryzu, co skutkować może nocnym zgrzytaniem zębami (Ryc. 9).

– Podczas niewielkiego uśmiechu widać zęby 13 i 23 (Ryc. 10).

– W czasie szerszego uśmiechu obserwujemy wszystkie zęby, widoczna jest też girlanda dziąsłowa. Na zębach stwierdzić można ubytki klinowe, abfrakcyjne będące wynikiem urazu zgryzowego, ale też – jak się później okazało – zbyt agresywnego szorowania zębów. Ponadto nad zębami 22 i 23 występują silne recesje dziąsła brzeżnego, brak też symetrii siekaczy górnych do wargi dolnej. Zauważamy diastemę i tremy między siekaczami i kłami w górnym łuku (Ryc. 11).

– Przy lekkim otwarciu ust można zaobserwować cechy symetrii między łukiem dolnym i górnym. Widać, że dolny łuk układa się jak fala wysoko od przodu, obniża do boków, aby znów wznieść się na ostatnich zębach 38 i 48. Otrzymujemy więc kolejną informację o obniżeniu i załamaniu płaszczyzny protetycznej w odcinku bocznym. Widoczne jest ogromne starcie zębów 33 i 43 oraz trema między 41 i 42 (Ryc. 12).

– Gdy zajrzemy do ust, dostrzegamy recesje dziąsła również przy siekaczach dolnych i rozległe odbudowy porcelanowe w odcinkach bocznych. Dlaczego podczas wykonywania mostów dolnych nie zmieniono mostów górnych? Dlaczego nie wyprowadzono pacjenta z tak fatalnego układu zgryzowego, tylko pogłębiono nieprawidłową sytuację zgryzową? (Ryc. 13)

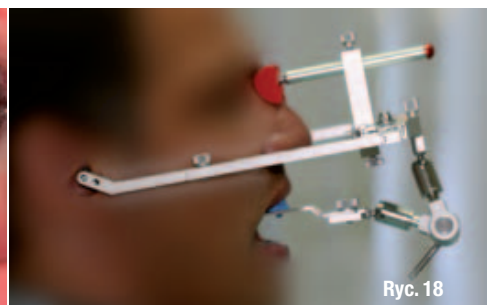
– Obserwując łuk górny od strony powierzchni żującej, zauważamy duże starcie powierzchni podniebiennych siekaczy 12-22. Z wywiadu wynika, że pacjent nie cierpi na bulimie, refluks żołądkowo-przetykowy, nie pije napojów zawierających kwas ortofosforowy, które mogą rozpuszczać szkliwo, a jego zawód nie predysponuje do tak znacznej destrukcji szkliwa – jaka jest zatem przyczyna takiego stanu? Podczas analizy w artykulatorze z indywidualnymi ustawieniami krzywej SPEE i kątów Benetta można było wykonać symulację ruchów żuchwy i stwierdzić, że pacjent startł te powierzchnie, zgrzytając w nocy siekaczami dolnymi. Uzupełnienia protetyczne były zbyt niskie i zęby przednie musiały się do tej sytuacji dostosować. Na modelach widać też, jak ogromna była siła działania, skoro doszło także do wychylenia zębów 12-22 w kierunku dowargowym. W moście, po stronie prawej, na przęśle (ząb 14) został odkruszony guzek podniebny, a korona 13 sperfiorowana do leczenia endodontycznego. Po stronie lewej istniała zniszczona powierzchnia żująca 27. Z powodu dystalnego przesunięcia zęba 23 powstały tremy w kierunku doprzodnim, zabrakło też miejsca na ząb 24 (Ryc. 14).



Ryc. 16



Ryc. 17



Ryc. 18

W łuku dolnym widać ingerencję po zacementowaniu mostów w zębach 48 i 33, tzn. że leczenie endodontyczne było konieczne po ostatecznym osadzeniu mostów. Ponadto została odkruszona ceramika z zęba 38 (przecięcie?), stwierdzono także brak jakiegokolwiek zarysu guzków na powierzchni żującej zębów trzonowych (Ryc. 15).

Po stronie prawej ząb 48 prawie dotyka górnego wyrostka zębodołowego, konieczne wydają się implanty zębów 16,17 (Ryc. 16).

Po stronie lewej obserwujemy recesję dziąseł. Rachityczny ząb został dowieszony w moście 24, a licowa część porcelany na zębie 38 odkruszona. Widoczne też jest dystalne przesunięcie zęba 23 (Ryc. 17).

Aby stworzyć koncepcję leczenia, najpierw pobrano wyciski do modeli diagnostycznych, które niezależnie od lekarza ocenia technik w laboratorium dentystycznym. Wykonano pomiar łukiem twarzowym (Ryc. 18), rejestrację prowadzenia kłowego w stronę prawą, lewą i do zgryzu prostego, aby uzyskać indywidualne nastawienia artykulatora oraz deprogramację mięśni żwaczy do ustawienia centralnego żuchwy za pomocą sliding guide 2 mm. Wszystkie te informacje wysłano do laboratorium protetycznego w celu analizy przez technika możliwości protetycznych i wykonania wax-up zębów górnych i dolnych, aby przedstawić pacjentowi symulację możliwości protezyczno-estetycznych.

Ryc. 19,20,21_Model roboczy szczęki.

Ryc. 22_Model roboczy żuchwy.

Ryc. 23,24_Montaż modeli w artykulatorze z ustawieniami indywidualnymi.

Część laboratoryjna



Ryc. 19



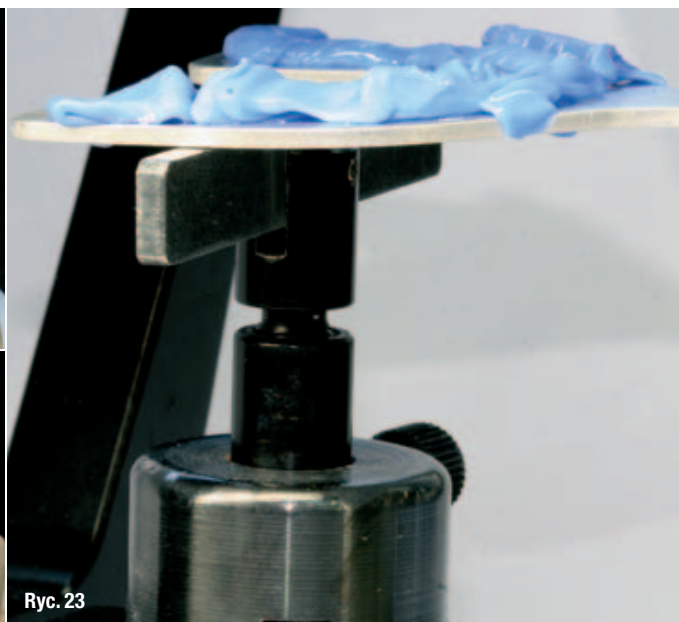
Ryc. 20



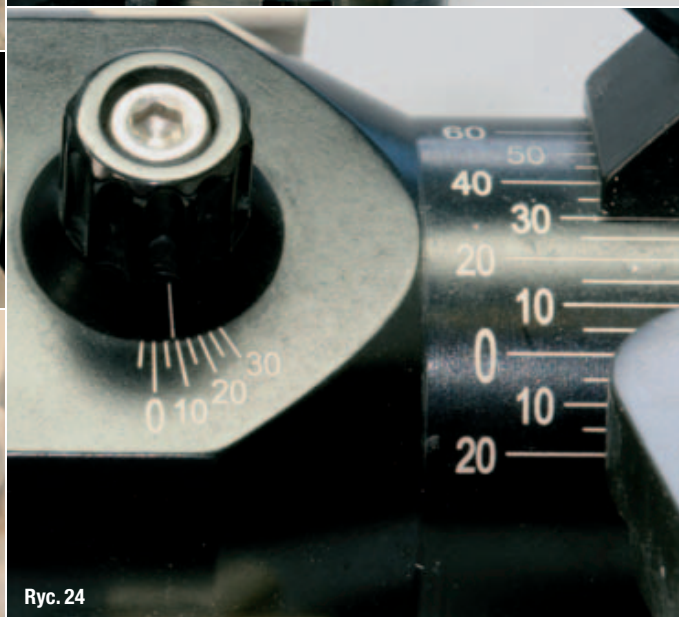
Ryc. 21



Ryc. 22



Ryc. 23



Ryc. 24

_Część laboratoryjna (tech. dent. Robert Michalik)

Opisywany przypadek, wymagał wnikliwej analizy wstępnej estetyki i funkcji przyszłego uzupełnienia protetycznego, które miało przywrócić prawidłowy przebieg linii zgryzowej, pośrodkowej i krzywej SPEE. Po analizie modeli i osadzeniu ich w artykulatorze (Girbach) ustaliłem kąty Benetta i nachylenia żuchwy za pomocą kęsków zwarciovych, otrzymanych z gabinetu, wraz z transferem łuku twarzowego. Kolejny etap wymagał wykonania wax-up żuchwy i szczęki w celu uzyskania pełnego obrazu estetyki i funkcji koron ostatecznych. Ustaliliśmy wspólnie z lekarzem, że w tym przypadku trzeba zacząć od wykonania koron żuchwy, by szybko uzyskać prawidłową płaszczyznę zgryzową oraz linię Monsona. Istotny problem stanowiła także różnorodność prac protetycznych: korony pojedyncze i na implantach, mosty oraz związany z tym dobór materiału podbudowy, na który napala się ceramikę.

Najlepszą z rozważanych możliwości okazało się połączenie ceramiki prasowanej w odcinku przednim z koronami na tlenku cyrkonu w odcinku bocznym. Zastosowanie kapsuły opakerowej w technice press nie spowodowało drastycznej różnicy w rozproszeniu światła. Korony przednie żuchwy i szczęki napalono na podbudowie Press – (kapsuła Ioda firmy Wieland), natomiast korony boczne napalono na konstrukcję z tlenku cyrkonu firmy Robocam.

Część uzupełnień opierała się na implantach, dlatego w odcinku, gdzie wygląd estetyczny jest bardzo ważny, zastosowałem łączniki z tlenku cyrkonu wycinane indywidualnie. Łączniki przygotowane w ten sposób mają idealną linię wyłaniania się ze stopnia dziąsła przyszłej korony protetycznej. Korony, jak i łączniki sporządzono systemem CAD/CAM.

Praca zakończyła się sukcesem, bo cały zespół wykonał wiele analiz wstępnych, wax-up oraz symulację z użyciem koron tymczasowych, która posłużyła badaniu i odtworzeniu funkcji gryzowych i artykulacji. Wybrano materiały o zbliżonym stopniu rozproszenia światła, co dało znakomity efekt estetyczny.

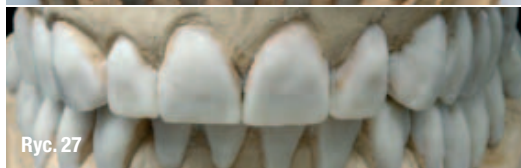
_Plan leczenia

Na podstawie diagnostyki i dyskusji z technikiem dentyścym, przy uwzględnieniu potrzeb pacjenta powstał następujący plan leczenia:

1. Higienizacja oraz zmiana nawyków higienicznych.
2. Sinus lift po stronie prawej, następnie implantacja 16, 17 oraz w miejsce zęba 14.
3. Leczenie ortodontyczne, tzn. przesunięcie zęba 23 doprzednio na właściwą pozycję i uzyskanie miejsca do prawidłowego odtworzenia zęba 24.
4. Most 24-27 w łuku górnym po stronie lewej.
5. Korony pełnoceramiczne 13-23 po leczeniu ortodontycznym i stabilizacji.
6. W łuku dolnym implanty 35, 36, 46, 47.

1/2 Pierre Fabre

Ryc. 25,26,27,28_ Wax-up.
 Ryc. 29_ Krążki do techniki press.
 Ryc. 30,31_ Gotowe czapeczki z ceramiki tłoczonej.



_Autorzy **cosmetic**
dentistry



Lek. dent. Tomasz Śmigiel

Prywatna Praktyka
 Stomatologiczna
 ul. Rymarska 5
 Katowice - Nikiszowiec
 E-mail: tomaszsmigiel@tlen.pl

tech. dent. Robert Michalik

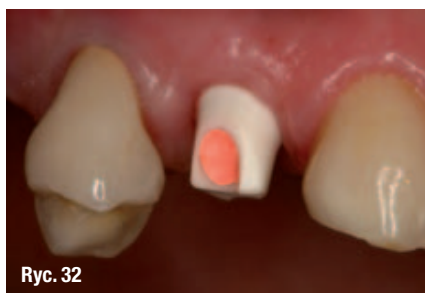
Laboratorium INTER-DENT
 ul. Pustufeczki 23
 Warszawa
 Tel.: 0 (22) 651 56 45
 E-mail: info@inter-dent.pl

7. Poprawa leczenia endodontycznego 38 i 48 oraz odbudowa zębów.
8. Korony pełnoceramiczne 33-43.
9. Korony porcelanowe na zęby pojedyncze 38, 34, 44, 45, 48.

W pierwszym etapie leczenia zostały zdjęte stare uzupełnienia protetyczne i wykonane uzupełnienia tymczasowe. Celem takiego postępowania było odtworzenie prawidłowej płaszczyzny zgryzowej z prowadzeniem kłowym, uzupełnienie zębów brakujących za pomocą implantów i utworzenie w szczęce po

stronie lewej mostu na podbudowie z tlenku cyrkonu. W przednim odcinku 13-23 oraz 33-43 wykonano korony porcelanowe na podbudowie z prasowanej ceramiki, ponieważ technika ta daje ogromne możliwości estetyczne i wytrzymałościowe. Priorytetem było, aby zęby decydujące o jakości uśmiechu miały przezierność i charakter zębów naturalnych, a jednocześnie wygląd adekwatny do wieku i temperamentu pacjenta.

W kolejnej części artykułu przypadek ten zostanie szczegółowo opisany od strony klinicznej.



Ryc. 32,33,34_ Sytuacja kliniczna w trakcie i po leczeniu.

Opis postępowania opublikowany zostanie w kolejnej części artykułu.