

Plastisk, partikuleret knogle



Ved mindre defekter, og ofte i forbindelse med immediat indsættelse af implantater anvendes hyppigt de plastiske knogleopbygninger. Knogle fra patienten høstes med knoglesug (opsamling af borestøv fra filter på suget) knogleskraber (Safescraper), knogletang og trepanbor, som evt. blandes med det non-resorberbare knogleerstatningsmateriale BioOss. Lidt større stykker knogle kan enten anbringes i defekten in toto, eller knuses i knoglemølle. En resorberbar membran (Bio-Guide) kan anpliceres over knogleopbygningen, såfremt der er behov for mekanisk at stabilisere den plastiske knoglemasse.

Membranen forsvinder indenfor 3-4 uger. Anvendelsen af membran er en afvejning, idet den nedsætter den vigtige blodforsyning til den opbyggede knogle.

Der er ikke helt klare retningslinier for, hvornår membraner anvendes og ikke anvendes, med forskellige

rutiner til følge hos forskellige kirurger. Nogle stifter membranerne fast, stifter hertil fås hos Dentsply, og derved stabiliserer den partikulerede yderligere. Ulemper er, at man enten skal fjerne de små stifter igen, eller acceptere deres permanente tilstedeværelse, som nogen gør. Ved tynd slimhinde kan de være til irritation for patienten efterfølgende, og på vores klinik anvendes de kun ved særligt behov i udvalgte tilfælde. Andre, f.eks. Prof. Fouad Houry, Münster anvender aldrig hverken membraner eller knoglesubstitution (Bio-oss), men klarer sig alene med høstet knogle.

Indikationer for plastiske knogleopbygninger:

Mindre, min. 3-væggede knogledefekter, samt

Extraktionsalveoler: I visse tilfælde kan alveolen udfyldes med Bio-Oss. På præmolarer, hjørnetænder og insciver med tynd facial knoglelamel har vi god erfaring for, at der ses bevaret mere af den faciale knogle 3-4 måneder efter ekstraktionen. Ved immediat implantatindsættelse udfyldes defekter i den occlusale del af alveolen altid med Bio-oss og lidt høstet knogle. OBS må aldrig kondenseres – kompromiterer blodforsyningen. Såvidt muligt anvendes Bio-Oss med store granula, som bedre opnår blodforsyning. Det er vigtigt desuden af hensyn til blodforsyningen at ekstrahere så a-traumatisk som muligt, og om muligt uden opklapning. Der ilægges knoglesvamp (ex: Spongostan) over alveolen, og der lægges madrassutur uden stress på

lappen i 9 dage, med det primære formål at holde på knoglesvampen og beskytte knogleopbygningen. Ved suturfjernelsen er opheling næsten altid påbegyndt, og knogleopbygningen ikke synlig.

Vor protokol ved molarer: Kun sjældent immediat implantatindsættelse, da slimhindedække kun vanskeligt kan etableres, og skånsom belastning/ hygiejne for patienten vanskeligere. Knogle-opbygning med Bio-oss i mange tilfælde, især ved tynde knoglelameller og tynd facial knogle. Der ventes 3-4 måneder til implantatindsættelse.

Ved Infektion: Ved mindre, kronisk apical opklaring uden akut betændelse (symptomer, hævelse, fistel eller pus) escaveres omhyggeligt, og den valgte behandling (implantat indsættelse eller knogleopbygning) udføres. Ved akut infektion behandles denne (antibiotika, skylning, udrensning) hvorefter den valgte behandling udføres 1-2 uger efter. Mindre, kronisk apical opklaring er ingen absolut kontraindikation for immediat indsættelse.

Ovennævnte er ikke fast consensus. Forskellige kirurger og implantatklinikker har forskellige protokoller. Ikke alle laver knogleopbygninger i ekstraktionsalveoler, og anvendelsen af immediat indsættelse af implantat efter ekstraktion har varieret anvendelse.

Den her beskrevne fremgangsmåde er den hos Implantatlinik Bagsværd således har valgt

BAGSVÆRD
TANDLÆGE
CENTER

BAGSVÆRD TANDLÆGE CENTER

Bagsværd Hovedgade 99 - DK 2880 Bagsværd

telefon: 4498 3420 - e-mail: tand@gutte.dk - web: www.tandgutte.dk