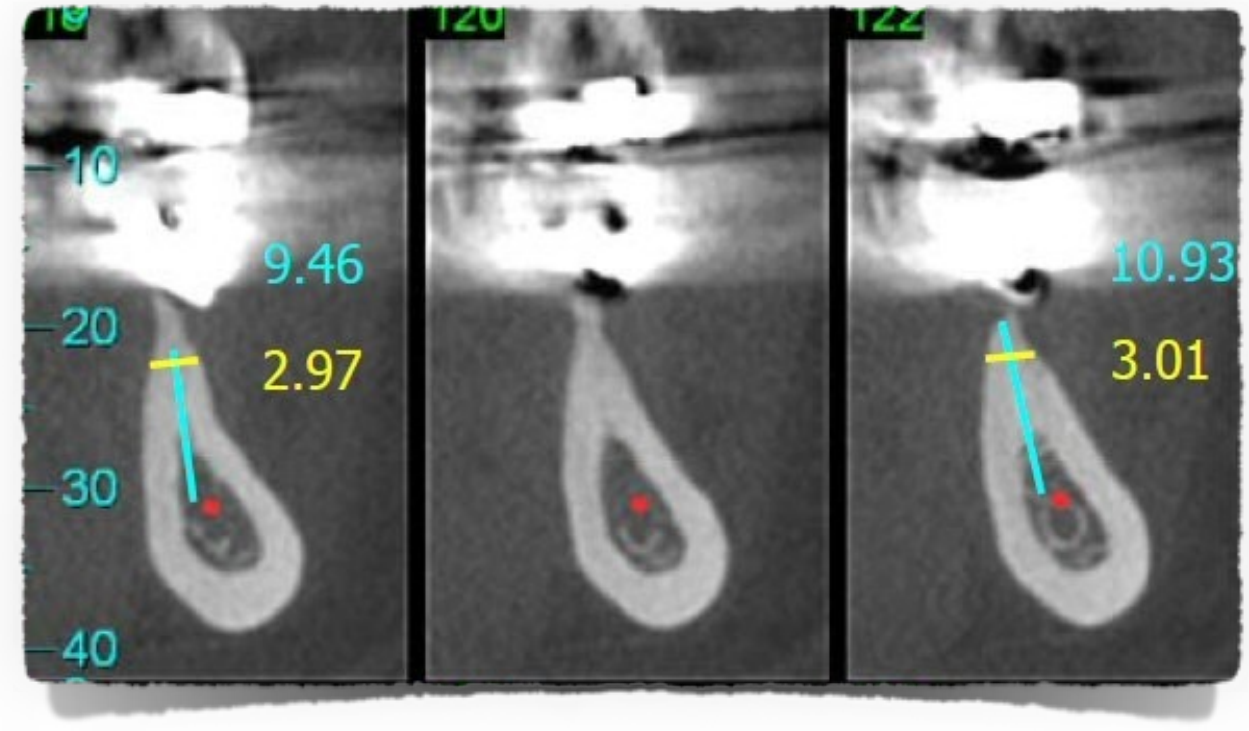


# עיבוי רכס אלוואולרי צר והתקנת שתלים סימולטנית

ד״ר ערן גבאי, מומחה לרפואת חניכיים




## הקדמה:

טיפול מוצלח באמצעות שתלים תלוי בכמות עצם מספקת באתר ההשתלה. כמות עצם אשר אינה מספקת עלולה להשפיע על שרידות השתל לאורך זמן (Lekholm et al. 1986).

לצורך השגת נפח עצם מספק יש לעשות שימוש בטכניקות לעיבוי הרכס האלוואולרי השארי. Guided bone regeneration, (GBR), הינה השיטה המתועדת ביותר להשלמת חוסרים גרמיים בעצמות הלסת. בדרך כלל נעשה שימוש בטכניקת ה GBR במקרים של חסר עצם הוריזונטלי המתבטא בדהיסנס או פנסטרציה כשהשתל אינו מוקף כולו במעטפת עצם מספקת. הטיפול בנגעים הוריזונטלים בטכניקת GBR הינו בעל אחוזי הצלחה גבוהים למדי המשתווים למיקום שתל בעצם הלסת המקורית (Hammerle et al. 2002). כמו כן לא נמצא

כל הזכויות שמורות למרפאת מומחים לרפואת חניכיים

הבדל ביציבות גובה העצם הקרסטלית סביב שתלים אשר מוקמו בעצם לאחר רגנרציה בהשוואה לעצם נאטיבית (Mayfield et al. 1998).

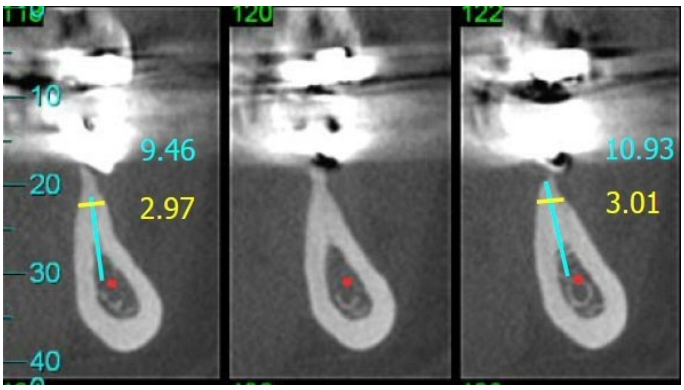
קיימים מספר פקטורים קריטיים להצלחת הפרוצדורה:

1. יציבות הממברנה.
2. אורך זמן שבו הממברנה משמשת לחסימה.
3. חדירה מואצת של תאי עצם ומח עצם לאתר הרגנרציה.
4. מילוי דם בחלל.
5. מניעת דהיסנס של רקמה רכה.
6. יצירה והעברת פקטורים המעודדים יצירת רקמה.

ההחלטה לגבי מיקום השתל במהלך הפרוצדורה נקבעת על סמך היכולת להשיג יציבות ראשונית טובה ומיקום אידאלי לשיקום. במידה ולא ניתן להשיג תנאים אלה קיים צורך בביצוע GBR בשלב ראשון ורק לאחר החלמת האתר, למקם את השתל.

## הצגת המקרה:

מתרפאה בת 47 בקליטתה. בריאות כללית תקינה. שן 37 המשמשת כמאחזת לגשר X-37-X-33 הינה מיועדת לעקירה בשל עששת עמוקה מתחת לכתר החודרת לעומקו של השורש המזיאלי ומגיעה עד לפורקציה.



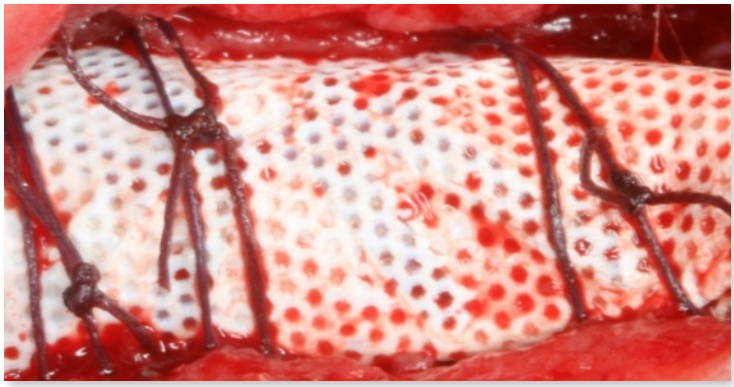

בבחינת צילום ה CT נראה רכס שמור במימד הורטיקלי אך צר מאוד, דמוי סכין, בחלקו הקורונלי.

כמו כן ניתן להתרשם כי מרכיב העצם הקורטיקלית הינו רחב ותופס את רוב נפח העצם האלוואולרית שמעל לתעלת העצב המנדיבולרי וניתן לסווגה כעצם מסוג type I על פי Lekholm & Zarb. 1985.



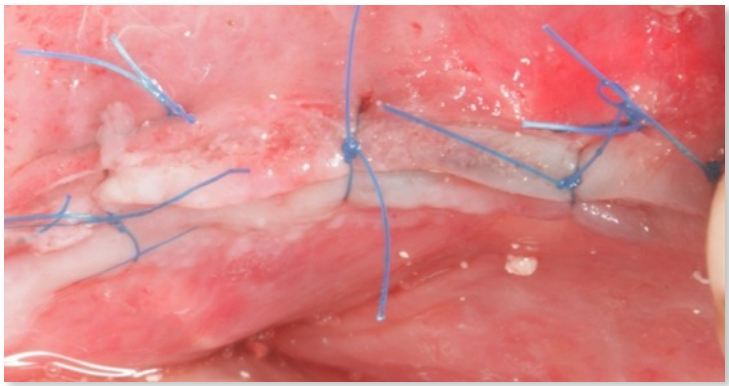
העצם הקורטיקלית העבה מאפשרת במקרה זה השגת יציבות ראשונית גבוהה אשר מאפשרת את ביצוע עיבוי הרכס בעזרת ממברנת d-PTFE מחוזקת טיטניום כאשר השתלים משמשים אף הם כתומכים מתחת לממברנה כמעין tenting effect.

כל הזכויות שמורות למרפאת מומחים לרפואת חניכיים



הממברנה קובעה בעזרת ברגי קיבוע מטיטניום ותפרי וייקריל העוברים דרך הפריאוסט בבסיס המתלים משמשים להורדת המתח במתלים במיקומם בעמדה קורונלית.

סגירת המתלים ללא מתח מהווה תנאי הכרחי להצלחת הפרוצדורה.

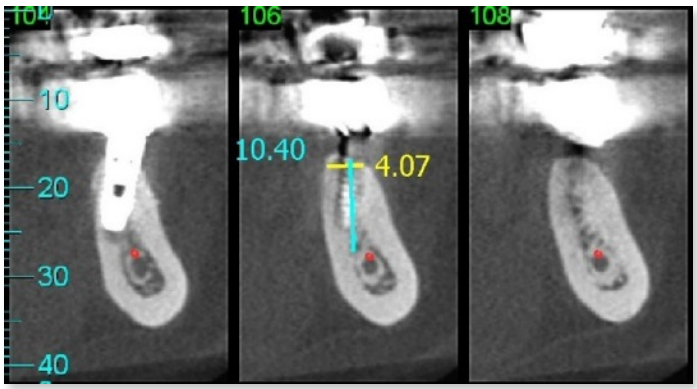


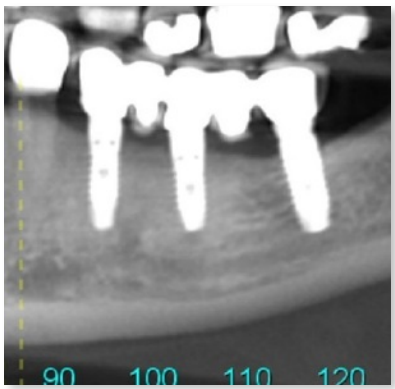
לקבלת קירוב אפטימלי של המתלים נעשה שימוש בתפרים מסוג simple ו- horizontal mattress.



לאחר שישה חדשים בוצעה חשיפה של השתלים, הסרת הממברנה והמתרפאה הופנתה לשיקום על גבי השתלים.

רופאה משקמת: ד״ר רונית ברקת




כל הזכויות שמורות למרפאת מומחים לרפואת חניכיים

בצילום CT אשר בוצע ארבע שנים לאחר השיקום ניתן להתרשם מנפח הרכס האלוואולרי לאחר עיבויו. כמו כן ניכרת יציבות התאחיזה הגרמית סביב השתלים.

בבדיקה קלינית ניכרת בריאות של הרקמות סובבות השתל והמתרפאה מדווחת על שביעות רצון גבוהה מהתוצאה מבחינה פונקציונלית ואסתטית.

## ספרות:


1. Lekholm, U., Adell, R. & Lindhe, J. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures. (II) A crosssectional retrospective study. International Journal of Oral &Maxillofacial Surgery. 1986 (15); 53–61.
2. Hammerle, C.H., Jung, R.E. & Feloutzis, A. A systematic review of the survival of implants in bone sites augmented with barrier membranes (guided bone regeneration) in partially edentulous patients. Journal of Clinical Periodontology 2002 (29, Suppl 3); 226–231.
3. Mayfield, L., Skoglund, A., Nobreus, N. & Attström, R.Clinical and radiographic evaluation, following delivery of fixed reconstructions, at GBR treated titanium fixtures. Clinical Oral Implants Research 1998. (9); 292–302.
4. Lekholm, U. & Zarb, G.A. Patient selection. In:Brånemark, P-I., Zarb, G.A. & Albrektsson, T., eds. Tissue Integrated Prostheses. Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago: Quintessence. 1985; 199–209.


כל הזכויות שמורות למרפאת מומחים לרפואת חניכיים