

# Med fingrene i suppen

Af Tandlæge Søren Thorvald Kiær og tandtekniker Vaughn Rastow, Rastow Dental, Protic Kongens Lyngby

Alle tandlæger kender det, og hader det. Den traumatiserede OK front på den unge patient. Det byder på store udfordringer, for klinikerens at restaurere disse patienter på tilfredsstillende vis. Set med tandteknikerens øjne er det vanskeligt at genskabe en enkelt lys translucent forstand.

I nærværende tilfælde vil vi demonstrere, hvordan vi har valgt at løse opgaven.

Billede 1: Dorthe ca. 3 mdr. efter fald på cykel. Klinisk ses ukompliceret emaljefrakstur af 1+. +1 er let elongeret, løs af første grad og øm ved palpation.

Radiologisk ses ikke en sikker fraktur, men diagnosen fractura radix dentis blev verificeret under ekstraktionen.

At +1 skal erstattes med et implantat kan vi alle blive enige om, men hvordan skal behandlingen udføres i praksis? Hvordan bevares gingiva bedst og hvorledes fremstiller tandteknikerens en æstetisk acceptabel krone?

Den traditionelle løsning kunne være:

Ex. af +1 samt knogleopbygning af alveolen for at støtte den faciale knoglelamel. 3-4 mdr. senere - implantatindsættelse og kronebehandling.

Denne behandling er imidlertid langvarig og til stor gene for patienten hvad provisorium angår. I dette tilfælde var der ikke plads til en ætsbro. En smileprotese kunne patienten ikke acceptere. Derfor blev løsningen immediat

indsættelse af implantatet. Endelig placering af Zirkonium abutment og provisorisk krone. Efter 3 mdr. cementseres den endelige krone.

Den første udfordring var at finde det egnede implantat. Længden af radix på +1 blev målt til 16mm og diameteren cervikalt til 7mm. Da vort ønske var at opnå optimal initial stabilitet i aksial retning samt sikre implantatstabilitet mod horisontale belastninger, faldt valget på et rodformet implantat fra Nobel Biocare. Replace 6mm x 16mm.

Efter ex. +1 foretages en let præparation af alveolen, idet det er af afgørende betydning, at implantatet placeres, så der er ca. en mm luft mellem implantatets faciale koronale del og den faciale knoglelamel. Belastes



Billede 1



Billede 2



Billede 3



Billede 4

den faciale knoglelamel, er der stor risiko for knogleretraktion og uheldigt æstetisk resultat. Implantatet blev placeret med 45Ncm. På billede - 2 aftryk med lukket ske teknik. Bemærk at dette er det eneste og endelige aftryk. Behandlingen afsluttes med udlevering af en smileprotese, eller en smileprotest som patienten kaldte det.

Billede 2: Implantatet isat. Bemærk at antirotationsstrukturen er placeret facialt.

Billede 3: Aftrykshætte påsat til aftryk.

Billede 4: NobelReplace Zirconium Abutment

Billede 5: Smileprotese udleveret lige efter operation.



Billede 5

Billede 6: Klinisk kontrolfoto af den provisoriske krone 3mdr. efter implantat indsættelse. Den endelige krone er klar.

Billede 7: 7 mdr. efter implantatets indsættelse, nu med endelig krone.

Til dagen efter, har tandteknikeren præpareret et Zirconium abutment og provisorium. Abutmentet, der er det endelige, skrues på og provisoriet cementeres og for god ordens skyld, uden at deltage i okklusion og artikulation. Af hensyn til gingiva er det i denne forbindelse vigtigt, at der ikke går mere end 24 timer efter ekstraktionen, inden Zirconium abutmentet skrues på. Endelig har tandteknikeren taget et aftryk, af det præparerede Zirconium abutment, til fremstilling af den endelige krone.



Billede 6



Billede 7

Efter den ønskede observationstid cementeres den endelige restaurering med en egnet translucent cement, På billede 7 ses den endelige krone 7mdr. efter at implantatet blev placeret. Efter vores opfattelse et meget tilfredsstillende resultat.