

*Debreceni Orvostudományi Egyetem, Stomatológiai Klinika
(igazgató: dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár)*

Sorvégi hiány pótlása dentoossealis autotransplantatum segítségével

DR. SZILÁGYI ZOLTÁN és DR. REDL PÁL

A sorvégi hiányok pótlása ma még — a fogászati implantológia széles körű elterjedésének korában is — nehéz feladat elé állítja a gyakorló fogorvost. A feladat még nehezebb, ha a páciens fiatal kora miatt ez jelentős pszichés megterhelést is okoz. A probléma klasszikus és rutinszerű megoldása a kivehető fogpótlás [4]. Ez azonban még ha a legmodernebb rejtett elhorgonyzással készül is, sok esetben ellenérzést vált ki a betegekből.

Az utóbbi évek kutatásainak az implantológia terén elért eredményei teremtették meg az ilyen esetek fix pótlással való ellátásának lehetőségét [4]. Ugyanakkor az implantatio a csont fokozatos és annak főleg fiatal korban intenzívebb leépülése miatt, nem minden esetben a legjobb megoldás. A gondos mérlegelés gyakran a beavatkozás időbeni eltolását követeli [8]. Egyes esetekben az implantatio körül idegentest-reakciót is megfigyeltek. Igen ritkán bizonyos implantatumanyagokkal szembeni allergia is előfordulhat [10]. A helyzetet néha még a sajátos anatómiai viszonyok is nehezíthetik, mint a sinus maxillaris erőteljes pneumatizációja, ami az üreg alsó falának fokozott elvékonyodásában jelentkezhet [3]. A szóba jöhető megoldások közül a subperiostealis implantatio főként a bonyolultabb technikája, és a kevésbé jó eredményei miatt széles körben nem terjedt el [8].

Az intraossealis implantatiós módszerek nem kecsegtetnek sikerrel, amennyiben az implantatum megtámasztására kevés csont, illetve csak a vékony sinusalap áll rendelkezésre. A sinuselevatio mint preimplantatiós módszer nem tartozik a rutinbeavatkozások közé, és a hosszú távú vizsgálatok eredményeire is csak a későbbiekben számíthatunk [3]. Kézenfekvő a gondolat, hogy a legjobb pillér mégiscsak a beteg saját ép parodontiumú foga lenne. A fog autotransplantációja az orthodontiában szinte rutinszerűen alkalmazott módszer, melyet szabályozó eljárásokkal kombinálva alkalmaznak [7].

Egy premolaris felhasználása, foghiányos területre átültetése az irodalomban is ismert, és reális megoldásnak tűnik [2]. A saját fog transplantációja esetében viszont a rögzülés majdnem mindig ankyloticus, és ez néhány év alatt a gyökér felszívódásához vezet [9].

A szabad csonttransplantatum kiterjedtebb csonthiányok esetében is egy kezdeti reszorpció után jó pótló anyagnak bizonyul, és beépül a szervezetbe

Érkezett: 1991. október 4.
Elfogadva: 1992. március 2.

[6]. A hasonló szövetek egymással problémamentesen integrálódnak. Ezért a fogat esetünkben az őt körülvevő csonttal együtt távolítottuk el, és a maxillában a megtervezett helyre ültettük át. Ez az úgynevezett dentoossealis szabad transplantatio.

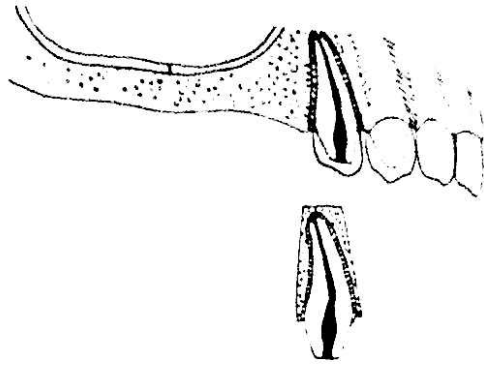
A következőkben két esetünkről számolunk be.

1. *B. M.* 23 éves nőbeteg fogstatusa: Bal oldalon a 24-től, a jobb oldalon a 43-tól terminális hiány. Szájban viszonylag magas cariesintenzitás (1. ábra). A harapás süllyedésének következtében a 37-es fog majdnem érintette a felső proc. alveolarist, a 17-es pedig az alsót. OP felvételen látható a bal oldali sinus maxillaris elvékonyodott alsó fala, a jobb oldalon a mandibula processus alveolarisa, mely lehetővé tenné pengeimplantátum elhelyezését.



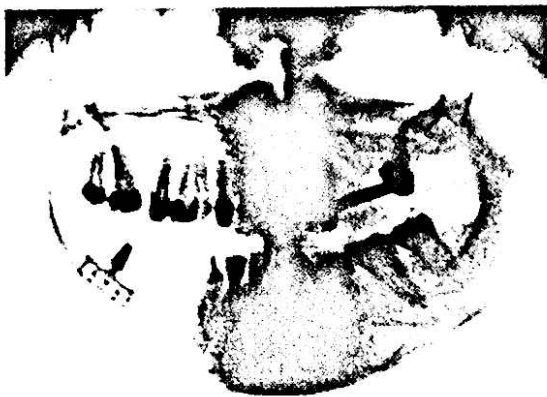
1. ábra. A páciens jelentkezésekor készült OP-felvétel.

A felső hiány pótlására a 24-es fogat szándékoztunk felhasználni. A 24-es nagy töméssel ellátott, nem vitális fog. A 24-es fogat gyökerkezeltük, és a 23-sal együtt protetikailag előkészítettük, lenyomatot vettünk, és sapkakoronákat készítettünk a leendő rögzítéshez. A műtét során feltártuk az érintett területet, a 24-es fogcsontot csontágyával együtt kifűrészeltük, és a 26-os helyére transplantáltuk (2. ábra). Az innen eltávolított csontot a 24-es helyére tettük. A befogadó helyen atraumatikus, óvatos preparálás mellett a sinusnyálkahártya nem nyílt meg. A transplantátumot a nyálkahártya alá, azt mintegy megemelve, a környezetben lévő csontba ékeltük. A műtégi területet csomós öltésekkel zártuk. A sapkakoronákra lenyomat után a laboratóriumban egy merevítő rudat forrasztottunk, majd a transplantátumot ennek segítségével rögzítettük. Ezen kívül egyéb fixatio nem történt (3. ábra). A beteget folyékony-pépes étrend fogyasztására vonatkozó tanácsokkal láttuk el. Hat hét után ezt a rögzítést eltávolítottuk (4. ábra). A rögzítés eltávolítását követően kerámia fogpótlást készítettünk a harapás szükséges emelésével (5. ábra). A páciens a pótlást harmadik éve elégedetten használja.



2. ábra. A műtéti és az azt követő rögzítés terve.

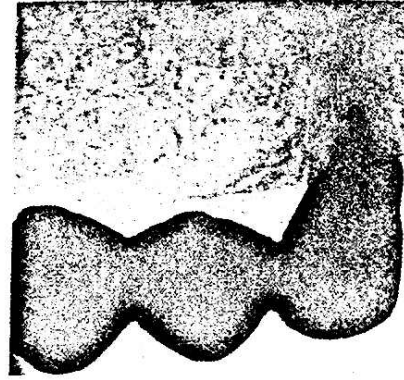
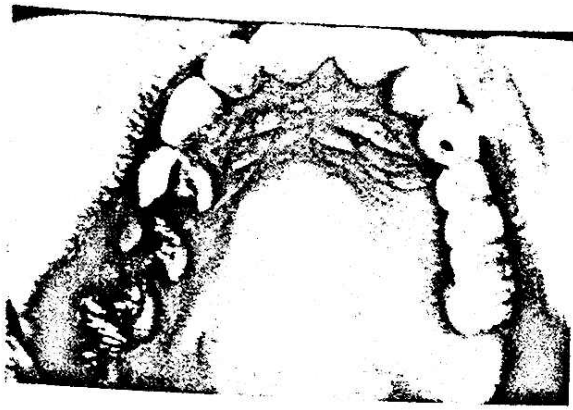
2. G. S.-né 40 éves nőbeteg fogstátusa: A jobb felső és alsó, valamint a bal alsó quadrans hiányait hídpótlással láttuk el. A bal felső quadransban a 24-es fogat gyökérkezeltük, majd csappal felépítettük, ezután csontágyával együtt kifűrészeltük, és a 27-es területére helyeztük át az előzőekben leírt módszerrel. A transplantatumot hat hétre immobilizáltuk, majd a 24-es fogat az új helyén pilléreként használva a 23-as bevonásával hídpótlást készítettünk (6. ábra).



3. ábra. Közvetlenül az átültetés után készült OP-felvétel

4. ábra. Az átültetett fogcsontok a szájban a 26-os helyén

Egy eset megoldására sokszor több lehetőség kínálkozik. A választás mindig mérlegelést kíván, melyet egyedi esettanulmányozás és gondos vizsgálat előz meg. Eseteinkben a fent leírt dentoossealis transplantatum mutatkozott jó megoldásnak, figyelembe véve a feltételeket, a beteg életkorát, a pszichés és anatómiai szempontokat.



5. ábra. Az átültetett csompra készített fogpótlás.
6. ábra. A 24-es pillérfog röntgenképe hat év után.

Az ilyen típusú autotransplantatum esetében a megtartott parodontium (gyökérhártya-rostrendszer) biztosítja azt, hogy a rágónyomás továbbra is fiziológiásan (húzóerőként) hat a transplantált fogat körülvevő csontállományra. Ennek tulajdonítható a viszonylag gyors és tartós rögzülés, valamint az is, hogy a fogat körülvevő csontállomány felszívódása csekély [9].

Mindkét esetünkkel — bár sajátos módon — de azt igazoltuk, hogy a legjobb pillér az ép parodontiumú saját fog.

IRODALOM: 1. *Kahnberg, K. E.*: Autotransplantation of teeth. *Int. J. Oral Maxillofacial Surg.* 16, 577. 1987. — 2. *Kriesterson, L.*: Autotransplantation of human premolars *Int. J. Oral Surg.* 14, 200. 1985. — 3. *Szabó Gy., Haris A., Divinyi T. és Martonffy K.*: Tapasztalatok a HTR polymer klinikai alkalmazásával. Sinus elevatio, human szövettani vizsgálatok. *Fogorv. Szle.* 84, 75. 1991. — 4. *Fábián T., Kaán M. és Szabó I.*: Klinikai Fogpótlástan *Medicina*. Budapest. 1989. 146, 319. — 5. *Sallay K. és Gera I.*: Parodontológia *Medicina*. Budapest. 1981. 36. — 6. *Krüger, E., Schilli, W. and Worthington, Ph.*: *Oral and Maxillofacial Traumatology* Vol. 2. Quintessence C Inc. Berlin. 1986. 441. — 7. *Dénes J. és Domokos Gy.*: Fogszabályozás. Egyetemi jegyzet. SOTE Képzéskutató, oktatástechnológiai és dokumentációs központ. 25. fejezet 2—4. — 8. *Gabka, J. and Harnisch, H.*: *Operationskurs für Zahnmediziner*. Thieme. Stuttgart, 1982. 415. — 9. *Andreasen, J. O. and Hjörting-Hansen, E.*: Replantation of teeth. *Acta Odont. Scand.* 24, 263. 1966. — 10. *Lalor, P. A., Gray, A. B., Wright, S., Railton, G. T., Freeman, M. A. R. and Revell, P. A.*: Contact sensitivity to titanium in a hip prosthesis. *Contact dermatitis.* 23, 193. 1990.

Szilágyi, Z. and Redl, P.: *Free-end reconstruction by dento-osseal autotransplantation*

The authors describe an endosseal autotransplantation. A tooth is extracted together with its parodontium and the surrounding bone. It is implanted into a different place where the bone had been prepared. Upper left unilateral free-end saddle cases were solved by removing the tooth № 24 into the place of № 27. A bridge was constructed after 6 weeks using the 23 as abutment. The metal-ceramic bridges have been used by the patients for 3 years without complaint.