

MIMI II: Dystrakcja pozioma wąskich wyrostków zębodołowych jako alternatywa dla zabiegów augmentacyjnych

DYSTRAKCJA POZIOMA – KTÓREJ NAUCZYŁEM SIĘ W 2010 ROKU OD DR ERNSTA FUCHSA-SCHALLERA – BYŁA DLA MNIE PRAWDZIWIE PRZEŁOMOWYM ODKRYCIEM I ZOSTAŁA WŁĄCZONA DO NOMENKLATURY MIMI JAKO MIMI II. Zabieg wg metody MIMI II może zostać z powodzeniem przeprowadzony przy użyciu nieskomplikowanego zestawu instrumentów przez każdego lekarza dentystę oraz pozwala osiągnąć długotrwały, niezagrożony resorpcją efekt terapeutyczny. Coraz więcej pacjentów decyduje się – pod warunkiem, że zostali dobrze poinformowani – na tzw. atraumatyczną chirurgię, czyli minimalnie inwazyjne zabiegi bez odwarstwiania płata śluzówkowo-okostnowego. Zachowanie autogenicznej kości w miejscu implantacji niezmiennie pozostaje złotym standardem w chirurgii stomatologicznej. Pomimo intensywnych wysiłków na rzecz dalszego rozwoju allogenicznych lub alloplastycznych materiałów kościozastępczych oraz technik GBR, metody te nadal wykazują brak długoterminowego efektu leczniczego jak i odtwórczego. Stan ten warunkuje odżywienie kości, którego utrzymanie jest możliwe jedynie przy zachowaniu prawie nienaruszonej okostnej. Powstały w uprzednio rozciągniętej, a następnie skondensowanej i zagęszczonej kości gąbczastej ubytek otoczony jest nieuszkodzoną okostną i podlega szybkiej, naturalnej regeneracji.

W 1997 roku dr Ernst Fuchs-Schaller opracował zasadę modelowania kości. Przy użyciu atraumatycznych instrumentów tzw. winkel modulator wyrostek zębodołowy zostaje stopniowo poziomo (częściowo również pionowo) poszerzony, czy też podniesiony.

W tym celu policzkowa blaszka kości zbitej jest od środka rozszerzana, elastycznie modelowana i poddawana zagęszczeniu, dzięki czemu dodatkowo uzyskuje się tak pożądany dla planowanej implantacji wymiar pionowy. Decydująca zaleta: atraumatycznie

przeprowadzony zabieg pozwala uniknąć preparacji płata śluzówkowo-okostnowego, która z kolei znacznie ogranicza odżywienie kości. Okostna i błona śluzowa nie zostają odwarstwione, a tzw. „aktywny biologicznie kontener” (przynajmniej dwuścienny!) pozostaje całkowicie nienaruszony.

Dla nas, praktyków, niezmiennie fascynującym pozostaje fakt, że cała procedura zabiegowa jest odbierana przez pacjenta jako całkowicie „bezkrwawa”. Użycie turbiny prowadzi bowiem do mikrokoagulacji naczyń

autor:
Armin Nedjat

FOT. AUTOR



Fot. 1. Procedura MIMI II: Każdy dentysta stosujący podczas ekstrakcji dźwignię Bein'a jest w stanie w ciągu kilku minut przygotować odpowiednio szerokie łożo i wszczepić implant. Jeśli jednak „mleko już się rozlało”, tzn. wyrostek zębodołowy pacjenta po przeprowadzonej ekstrakcji z pominięciem techniki zachowania zębodołu uległ resorpcji, wówczas stosując procedurę MIMI-II możemy poszerzyć wąską kość.

krwionośnych. Pacjenci przyzwyczajeni do pracy turbiny akceptują jej dźwięki, w przeciwieństwie do Piezosurgery.

Wnioski

Technika MIMI II według dr Ernst Fuchs-Schaller'a to racjonalna i łatwa do przyswojenia metoda

chirurgiczna – w przeciwieństwie do zabiegów augmentacyjnych – nie wymagająca formowania płyta słuźówkowo-okostnowego. Ze względu na brak odwarstwienia okostnej odżywianie kości nie zostaje upośledzone. Dzięki temu, również w obserwacjach długoterminowych, nie obserwuje się

pozabiegowej resorpcji, a tkanki miękkie (dziąsła przyłączone i „szerokość biologiczna”) pozostają w fantastycznym sposób – poprzez „biologicznie aktywny kontener” – utrzymane na poziomie tkanki kostnej. Tak od 15 lat, dzięki metodzie MIMI II udaje się zminimalizować pooperacyjne komplikacje.



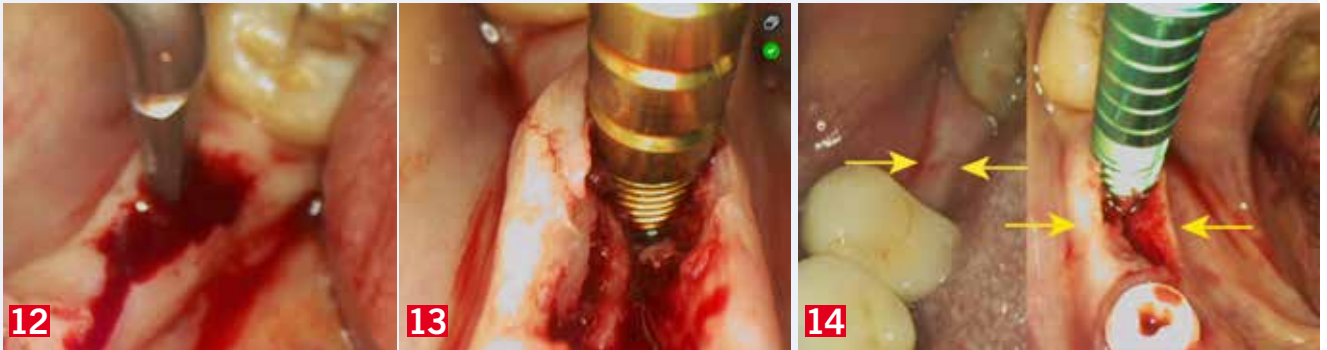
Fot. 2-4. W przypadku (skrajnie) wąskiego wyrostka zębodołowego należy ok. 1,5 mm poniżej grzbietu wyrostka od strony językowej / podniebiennej wykonać nacięcie sterylnym, wąskim, diamentem o grubym nasypie. Cięcie powinno być poprowadzone przez dziąsło i kość zbitą od brodawki do brodawki, lub w przypadku braku zębów sąsiednich – wystarczającej długości, tak aby osiągnąć zamierzony cel – dotrzeć do kości gąbczastej. Weryfikację przeprowadza się za pomocą elastycznej sondy KKK (kontrola jamy kostnej).



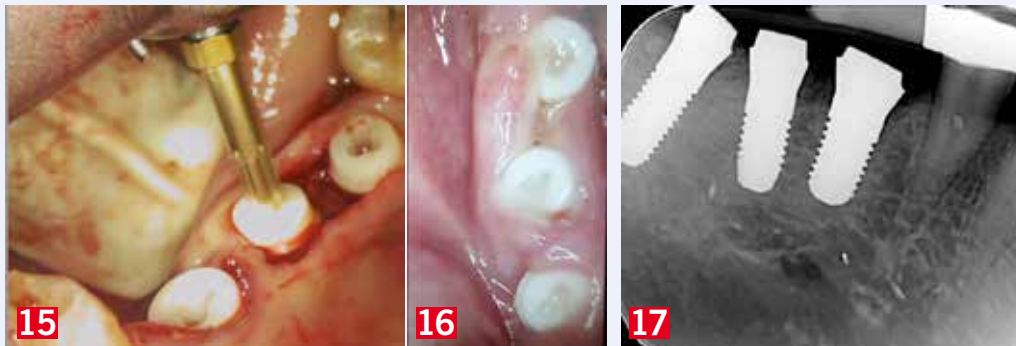
Fot. 5-7. Poszerzenie nacięcia wykonujemy za pomocą kondensatorów i pracujących z małą prędkością (ok. 50 obr./min) stożkowych wiertel trójkątnych. Dopoliczkową mobilizację trzech warstw (policzkowej blaszki zbitej, nienaruszonej okostnej i dziąsła przyłączonego) przeprowadza się ruchami obrotowymi przy użyciu narzędzia do modelowania kości (Angel Modulator- osobno dla szczęki i żuchwy)...



Zdjęcia 8-11. ...tak aby pod „bezpośrednim wglądem w kość” wszczepić implant (Champions (R)Evolutions \varnothing 3,5 mm osiągając stabilizację pierwotną 30 Ncm. Dziąsło przyłączone po stronie policzkowej znajduje się teraz ok. 1 mm wyżej niż językowo. Boczne siły ścinające (np. języka) nie powodują mikroruchów implantu. Ubytek kostny można wypełnić materiałem kośćzastępczym oraz założyć szwy (unikając naprężeń). Wyciski – konwencjonalne lub cyfrowe – należy pobrać po upływie 3 miesięcy od zabiegu. Korony wraz z łącznikami zostają osadzone bez konieczności wykonania powtórnej operacji lub ponownego rozcięcia dziąsła.



Fot. 12–14. Po nacięciu dziąsła i warstwy korowej kości, przy użyciu narzędzia winkel modulator, stożkowych wiertel o trzech powierzchniach tnących oraz kondenserów o rosnących średnicach ($\emptyset 2,4 - \emptyset 2,8 - \emptyset 3,0 - \emptyset 3,3 - \emptyset 4,3 - \emptyset 4,8 - \emptyset 5,3$) należy opracować łożę dla implantu tak, aby osiągnąć stabilizację pierwotną rzędu 30 Ncm. Dzięki nawigacji Champions CNIP (procedura implantacji nawigowanej przez kość zbitą) narzędzie pracujące zawsze pozostaje w kości gąbczastej i nie istnieje możliwość policzkowej bądź doustnej perforacji



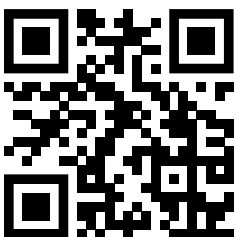
Zeskanuj Kod QR
aby otrzymać
więcej informacji:



Fot. 15–17. Po przeprowadzonej kondenserami weryfikacji uzyskanej stabilizacji następuje wprowadzenie implantów – w tym przypadku dwuczęściowych implantów cyrkonowych Patent firmy Zircon-Medical (sprzedaż Champions Implants GmbH, Flonheim)



Fot. 18–19. Łącznik z włókna szklanego został osadzony we wnętrzu 3C-Connection implantu za pomocą Relyx Unicem (3M Espe), z pominięciem systemu wiążącego po upływie trzech miesięcy od przeprowadzonego zabiegu. Podbudowę opracowano w ustach pacjenta, pobrano wyciski. Kilka dni później zacementowano korony ostateczne. Bardzo ładnie widoczne jest policzkowo „dziąsło przyłączone” wokół implantów wszczepionych wg techniki MIMI II.



Zeskanuj kod QR aby otrzymać więcej informacji na temat wszczepiania implantów metodą MIMI II.

Artykuł został opublikowany w marcu 2021 roku | *Orale Implantologie*, Wydanie 3 | Tłumaczenie: Dr. med. stom. Małgorzata Lipus-Karcz



**DR MED. DENT.
ARMIN NEDJAT**

Dentysta, implantolog.
Przewodniczący Zarządu VIP-ZM *(Związek Lekarzy Stomatologów Praktykujących Innowacyjnymi Metodami) e-mail: info@vip-zm.de