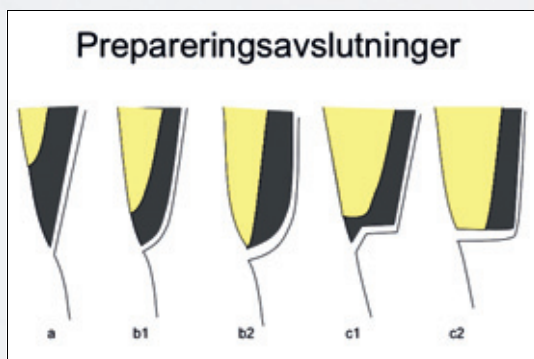


Kronepreparering

Bentap fra en protetisk synsvinkel



Prepareringer får navn etter prepareringsavslutningen. Det finnes i hovedsak tre ulike prepareringsavslutninger; (a) planpreparering, (b) konkavpreparering (grunn eller dyp avhengig av tykkelsen på restaureringen) og (c) skulderpreparering (med eller uten kantskjæring).

Alle kjenner idealprepareringen, men det blir ikke alltid slik, innledet førsteamanuensis Marit Øilo, Universitetet i Bergen sitt foredrag på landsmøtet. Gjenværende tannsubstans og krav til plass mot antagonist og nabotenner vil være bestemmende for den endelige utformingen. Likevel må den ideelle preparering være ledende med tanke på god retensjon. Konvergensvinkelen må være under 15 grader for å oppnå tilstrekkelig feste. I tillegg kreves en viss høyde for å gi kronen tilstrekkelig motstand mot skrå belastning, såkalt motstandsform. Ekstra retensjon er påkrevet der standardpreparering ikke er tilstrekkelig som ved lav preparasjons-

høyde, der preparasjonsdiameteren er større enn preparasjonsdiagonalen, og ved stor konvergensvinkel. Ekstra retensjon oppnås gjennom å senke preparasjonsgrensen, og ved å legge inn kasser, furer og hyller i prepareringen. Ytterligere retensjon kan oppnås gjennom bruk av konus og rotstift som må være like lang som den kliniske kronen. I tillegg må kroneprepareringen avsluttes i tannsubstans gingivalt for konus. Parapulpale stifter kan være en løsning, men er en risikosport, i følge Øilo, men også bruk av rotstift innebærer en risiko både for feilslag ved preparering og for rotfraktur senere.

Valget av gingival avslutning (se figur) bestemmes av materialvalg i kronen og krav til estetikk. Til MK-kroner der gullkanten skal dekkes av keram anbefalte hun å benytte konkavpreparering bukkalt og planpreparering på resten av pilaren. Ved helkeramiske kroner velges konkavpreparering, mens skulderpreparering er teknisk vanskelig og kan som regel erstattes av en av de to andre prepareringstypene. Den beste kanttilslutningen oppnås ved planpreparering med synlig gullkant, mens konkavpreparering gir best estetikk. Det må avgjøres i hvert tilfelle hvilke momenter som bør veie tyngst.

Jon E. Dahl

Det er ikke uvanlig med dype tannkjøttslommer i forbindelse med implantat uten at det er patologi til stede – i motsetning til det man finner ved tenner, sa professor Torsten Jemt fra Sverige, på landsmøtet. Dette kan skyldes ulike anatomiske relasjoner mellom tann/ben og implantat/ben, eksempelvis kan implantatet ha blitt satt langt inn i kjevebenet slik at det blir mye bløtvev opp til kronen. Ved implantat er det derfor viktigere å se på endringen i lommedybder over tid enn hvor dyp lommen egentlig er. Periimplantitt med bentap skyldes inflammasjon forårsaket av biofilm, korrosjon, belastning og fremmedlegemer. Hvordan pasienten reagerer på de ulike faktorene, bestemmer implantatets skjebne. Ved diagnostisering av periimplantitt kan man ikke benytte de samme kriterier som man har ved periodontitt, i første rekke er lommedybdemålinger av mindre verdi. Kriterier for periimplantitt er blødning ved sondering og bentap over tid. Pasienter med bentap initialt etter innsetting av implantatet, er ikke mer utsatt for periimplantitt enn andre, mens derimot røyking synes å ha ugunstig effekt hos pasienter med begynnende periimplantitt.

Jon E. Dahl

Ny søkeside
www.tannlegetidende.no