

Funktionelle und kosmetische Rehabilitation bei nicht therapierbarer Parodontitis marginalis profunda

Gnathologische Dysfunktion mit steggetragenen Implantatprothesen

DR. MARCEL A. WAINWRIGHT/GELSENKIRCHEN

Die 52-jährige Patientin stellte sich im Juni 2004 in unserer Praxis mit dem Wunsch nach einer Implantatversorgung in beiden Kiefern vor. Der extraorale Befund zeigte deutlich die massiv protrudierten und elongierten Oberkiefer-Frontzähne und eine deutliche maxilläre Prognathie. Intraoral stellte sich ein parodontal massiv geschädigtes Gebiss dar mit in der Oberkieferfront lückig stehenden Zähnen. Der Lockerungsgrad und der röntgenologische Befund zeigte, dass eine parodontale Therapie nicht mehr möglich war. Eine Entfernung aller Zähne war die einzig sinnvolle Therapie. Die Patientin entschied sich für eine steggetragene Ober- und Unterkieferprothese gestützt auf vier bzw. zwei Implantaten. Auf Grund des Umfangs des chirurgischen Eingriffes erfolgte die Entfernung sämtlicher Restzähne (23) und Sofortimplantation von vier Oberkieferimplantaten und zwei Unterkieferimplantaten in Intubationsnarkose. Nach schonender Entfernung der Zähne wurde in beiden Kiefern ein Kammschnitt durchgeführt mit Verzicht auf Entlastungsschnitte. Sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer wurden die spitz zulaufenden Kieferkämme eingeebnet und harmonisiert. Dadurch ergab sich in beiden Kiefern jeweils ein ausreichend dimensioniertes Plateau zur Implantation. Das vertikale

Knochenangebot in beiden Kiefern war als sehr gut einzuschätzen und die Knochenqualität ließ eine Sofortimplantation zu. Nach Insertion von vier NT-Certain® Implantaten (3i Implant Innovations) im Oberkiefer (Region 11, 21, 13, 23) und zwei interforaminären Implantaten Regio 33, 43 wurden freiliegende Implantatwindungen bzw. intraalveoläre periimplantäre Spalten mit autologem Knochen span, der in einem Knochenfilter gesammelt wurde, augmentiert (Fa. Schlumbohm). Da das Periost sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer intakt blieb, wurde auf die Verwendung von Membranen verzichtet. Zur Stabilisierung der Oberkieferprothese und zur Schonung der Implantate wurden zusätzlich vier provisorische, einteilige Implantate zwischen den wurzelanalogen 3i-Implantaten inseriert (IPI®, Fa. Steri Oss). Parallel zur Implantation wurde nach Blutentnahme ein Thrombozytenkonzentrat (PRP) mithilfe der Labofuge® (Fa. curasan) hergestellt. Die mikrorauen Implantate wurden in der PRP-Lösung „gebadet“ und durch den Kapillareffekt saugte sich die Implantatoberfläche mit dem Konzentrat voll. Zusätzlich wurden die Nähte mit dem PRP eingestrichen, womit die Wundheilung unserer Erfahrung nach dramatisch beschleunigt wird und die postoperativen Beschwerden wesentlich ge-

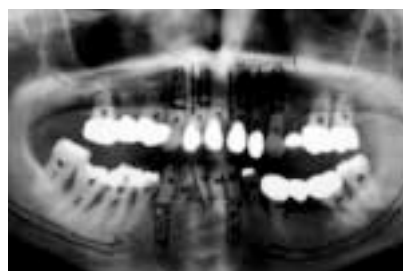


Abb. 1: Ausgangsbefund, massive Parodontitis marginalis profunda. – Abb. 2: OPT der massiv nicht erhaltungswürdigen Zähne. – Abb. 3: Zustand im OK nach Entfernung der Zähne.



Abb. 4: Insertion von vier NT-Certain®-Implantaten. – Abb. 5: Augmentation mit autologem Knochen und nach Insertion von zwei provisorischen Implantaten. – Abb. 6: Wundverschluss mit horizontalen Matratzennähten und Einzelnähten.



Abb. 7: Unterkiefer mit 2 interforaminären NT-Certain®-Implantaten. – Abb. 8: Wundheilung im Oberkiefer. – Abb. 9: Röntgenbild postoperativ.



Abb. 10: OK-Steg in situ. – Abb. 11: OK-Prothese mit reduzierter Gaumenbasis. – Abb. 12: UK-Steg in situ.



Abb. 13: OPT der eingesetzten Stege. – Abb. 14: Eingegliederte OK- und UK-Stegprothesen. – Abb. 15: Eine strahlende und glückliche Patientin.

ringer sind als ohne PRP. Postoperativ wurde der Patientin ein Analgetikum (Ibuprofen 400®) und ein Antibiotikum (Isocillin® 1,2 mega) verschrieben. Der Wundverlauf war komplikationslos und nach einer Woche wurden die Nähte entfernt. Nach einer Einheilzeit von acht Monaten wurden die Implantate mit Extensionsstegen versorgt. Diese lange Einheilzeit wurde eingehalten zur Konsolidierung der Alveolarkämme und zur Sicherstellung der kompletten Osseointegration der Implantate. Die Stegkonstruktionen wurden mit einem Drehmoment von 20 Ncm verschraubt. Die neu angefertigten Prothesen kompensierten weitestmöglich die maxilläre Prognathie und harmonisierten die Ästhetik der Patientin, die sich nach der Behandlung mit einem strahlenden Lächeln für die erfolgreiche Behandlung bedankte.

Auf Grund der dento-fazialen Ausgangssituation der Patientin wäre meiner Meinung nach die Versorgung mit festsitzenden Brücken nicht die Lösung der Wahl gewesen, da eine deutliche Inkongruenz zwischen implantologischer und prothetischer Achse resultiert hätte und dies zu Lasten der Ästhetik gegangen wäre. Durch den herausnehmbaren Zahnersatz ist die Hygienefähigkeit der Mesostrukturen gewährleistet und der Zahntechniker kann sehr leicht eine ästhetische Prothese mit optimaler Funktion (Phonetik, Lip-Support!) realisieren.

Bei Sofortimplantationen, und zwar nur bei Sofortimplantationen, sind in unserer Praxis wurzelanaloge Implantate

die Lösung der Wahl. Bei dem NT-Certain®-System ist es für den Behandler eine große Erleichterung, dass z.B. Abformpfosten als auch die fertigen Stege mit einem fühl- und hörbaren Klick in das Innengewinde einrasten. Eine Röntgenaufnahme bei der Abformung zur Kontrolle des korrekten Sitzes der Pfosten wird dadurch überflüssig. Trotz alledem sollte die Therapiewahl der Sofortimplantation einer strengen Indikationsstellung unterliegen und nicht „State-of-the-Art“ werden, da das Risiko des Implantatverlustes größer wird. Mittlerweile ist auch in unserer Praxis die Tendenz zu teleskopierenden, herausnehmbaren Galvano-Coverdenture Prothesen erkennbar, was die Hygienefähigkeit insbesondere bei älteren Patienten deutlich erleichtert und die Gefahr der Steg- oder Schraubenfrakturen vermeidet. In diesem Fall jedoch ob des noch jungen Patientenalters und der sehr großen Compliance ist die Langzeitprognose als sehr gut einzuschätzen.

Korrespondenzadresse:
 Dr. Marcel A. Wainwright
 Marktstr. 9, 45891 Gelsenkirchen
 Tel.: 02 09/7 37 12
 E-Mail: Weinrecht@aol.com