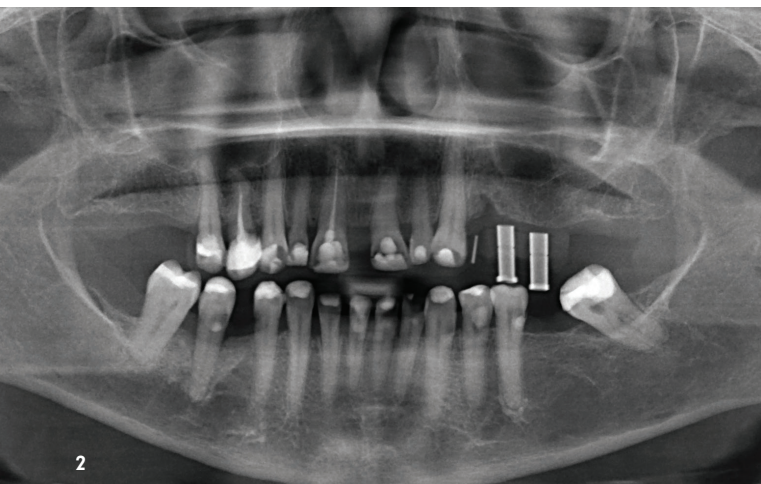
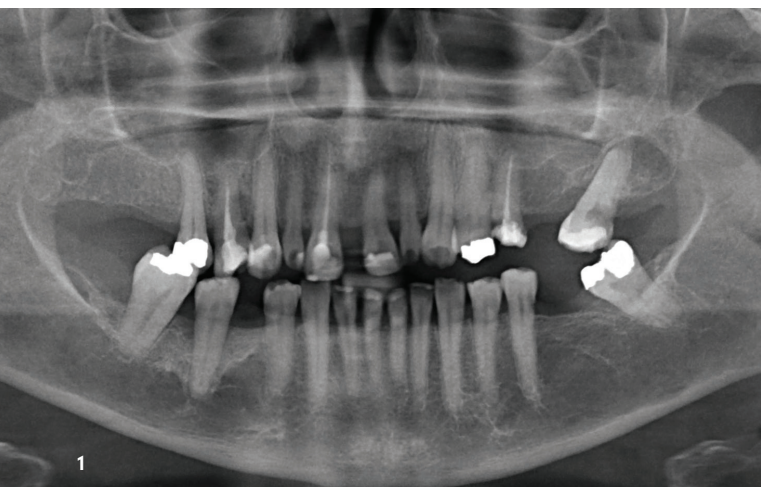


Implantatprothetische Versorgung bei Sjögren-Syndrom

Mehrjährige Behandlung einer älteren Patientin

Neben der rheumatoiden Arthritis stellt das Sjögren-Syndrom die zweithäufigste Erkrankung des rheumatischen Formenkreises dar¹ und betrifft hauptsächlich Frauen ab dem 40. Lebensjahr.^{2,3} Es handelt sich um eine chronische Autoimmunerkrankung, bei der exokrine Drüsen durch lymphozytäre Infiltration irreversibel geschädigt werden.^{4,5} Vom primären Sjögren-Syndrom mit unbekannter Ätiologie ist dabei das sekundäre Sjögren-Syndrom abzugrenzen, das in Zusammenhang mit einer weiteren rheumatoiden Erkrankung, wie beispielsweise einem systemischen Lupus erythematodes, steht.¹ Der folgende Beitrag zeigt die mehrjährige prothetische Versorgung einer Patientin mit Sjögren-Syndrom im Ober- und Unterkiefer.

ZÄ Virgilia Klär, Prof. Dr. Matthias Karl



Exokrine Drüsen, wie die Glandula parotis oder Glandula lacrimalis, sind bei betroffenen Patienten, die unter dem Sjögren-Syndrom leiden, in ihrer Funktion wesentlich eingeschränkt, sodass Xerostomie und Keratokonjunktivitis sicca als die häufigsten Leitsymptome angegeben werden.⁶ In Assoziation mit nicht glandulären Symptomen, wie Müdigkeit und Morgensteifigkeit, können die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Berufsausübung sowie Teilnahme an sozialen Aktivitäten erheblich eingeschränkt sein.^{2,6} Xerostomiebedingte Sprech-, Kau- und Schluckprobleme sowie höhere Prävalenzen an oralen Pilzinfektionen beeinträchtigen zudem die orale gesundheitsbezogene Lebensqualität.^{7,8} Zwar zeigen Patienten mit Sjögren-Syndrom wohl keine höhere Anfälligkeit für parodontale Erkrankungen, sehr wohl jedoch eine erhöhte Kariesanfälligkeit und einen dadurch bedingt frühzeitigeren Zahnverlust^{4,5,9} mit nachfolgend erhöhtem Behandlungsbedarf und finanzieller Belastung.⁶ In der Literatur wurden zwischenzeitlich vielversprechende Ergebnisse über dentale Implantationen bei Patienten mit Sjögren-Syndrom und Zahnverlust beschrieben.^{1,10,11} Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterschieden sich die Überlebensraten der dentalen Implantate bei Sjögren-Syndrom-Patienten nicht.^{1,10} Zuletzt wurde eine Erfolgsrate von 95,22 Prozent bei einem maximalen Beobachtungszeitraum von mehr als zehn Jahren angegeben.¹¹

Da aktuell keine kurative Behandlungsmethode bei Sjögren-Syndrom existiert, steht die symptomatische Behandlung der Patienten – lokal, systemisch, chirurgisch – im Vordergrund.^{3,8}



EINE NEUE LÖSUNG

Das Neodent® Ceramic Implant System vereint Flexibilität, Stabilität und Ästhetik.



Neue Flexibilität mit einem Lösungsangebot für jede anspruchsvolle Indikation.



Neue Stabilität mit einem System, das für Sofortbelastung und stabile Osseointegration entwickelt wurde.



Neue Ästhetik, die die Erwartungen der Patient*innen mit einer umfassenden ästhetischen Lösung erfüllt.





Patientenfall

Eine 62-jährige überaus engagierte und verständige Patientin mit diagnostiziertem Sjögren-Syndrom stellte sich erstmals in der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde am Universitätsklinikum des Saarlandes vor. Grund hierfür war der Wunsch nach definitiver prothetischer Versorgung, primär im Sinne eines Lückenschlusses Regio 26, 36 und 46. Anamnestisch wurden als weitere Vorerkrankungen ein erhöhter Blutdruck und Diabetes mellitus angegeben.

Vorbehandlung und Ausgangssituation

Eine mehrjährige konservierende sowie prothetische Vorbehandlung alio loco, mit dem Ziel des Zahnerhalts mittels plastischer Füllungen, war insbesondere durch rekurrende Sekundärkaries vergebens. Zahlreiche endodontische Maßnahmen führten neben der progredienten Karies zur zusätzlichen Schwächung der Zahnhartsubstanz. Nach erfolgter Candida albicans-Behandlung wurde außerdem eine Parodontaltherapie durchgeführt. Innerhalb der darauffolgenden zwei Jahre (Abb. 1 und 2 im Vergleich) kam es trotz der engmaschigen Kontrollen zu einer flächenhaften Ausbreitung der Karies, insbesondere an den Zahnhälsen. Die nicht erhaltungsfähigen Zähne wurden entfernt und eine Interimsprothese mit einer Bisshebung von 2 mm als Zahnersatz im Oberkiefer eingegliedert. Im Verlauf klagte die Patientin jedoch über eine merkliche Zunahme der Mundtrockenheit und Abnahme des oralen Wohlbefindens durch den schleimhautbedeckenden Kunststoff. Der Patientin wurde eine Implantatversorgung Regio 25 und 26 mit internem Sinuslift angeraten.

Abb. 1: Ausgangszustand, welcher über einen längeren Zeitraum gehalten werden konnte und für die Patientin trotz Lückenbildung tolerierbar war. – **Abb. 2:** Panoramaschichtaufnahme zur Planung der Insertion von zwei Implantaten im Oberkiefer links zwei Jahre später. – **Abb. 3a und b:** Oberkiefersituation für die provisorische Versorgung mit präparierten Restzähnen und provisorischen Abutments; Unterkiefersituation nach Präparation. – **Abb. 4a–c:** Zementierbare Langzeitprovisorien aus gefrästem PMMA.

„In Assoziation mit nicht-glandulären Symptomen, wie Müdigkeit und Morgensteifigkeit, können die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Berufsausübung sowie Teilnahme an sozialen Aktivitäten erheblich eingeschränkt sein.“



Die neue Definition von Implantaterfolg

Prospektive Langzeitstudie über 9 Jahre

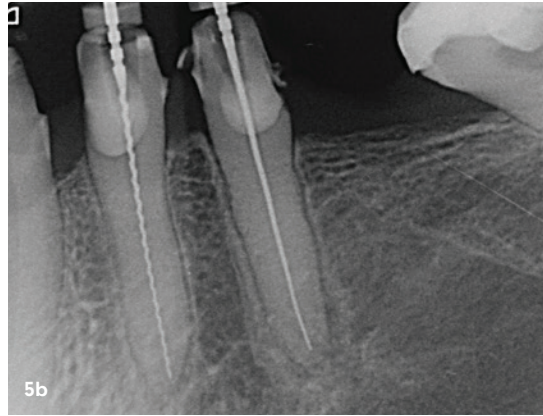
Brunello G, Rauch N, Becker K, Hakimi AR, Schwarz F, Becker J. Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla: A cohort study with a follow-up period of 9 years. Clin Oral Implants Res. 2022 Dec;33(12):1233-1244. doi: 10.1111/clr.14005. Epub 2022 Oct 31. PMID: 36184914.

- Gesundes Weichgewebe
- Stabile Knochenniveaus
- Keine Periimplantitis



Der Neue Standard

Langfristige Mundgesundheit: Patent™ definiert
in der wegweisenden 9-Jahresstudie
Implantaterfolg neu. Erfahren Sie mehr auf
www.mypatent.com/de/scientific-studies



Behandlungsplan

Nach wiederholter konservierender und teils prothetischer Vorbehandlung wurde der Restzahnbestand bei Erstvorstellung aus gesamtprothetischer Sicht reevaluiert. Aufgrund kaum zu beherrschender kariöser Destruktion war ein langfristiger Zahnerhalt nicht zu gewährleisten. In Absprache mit der Patientin wurde ein Versuch der Überkronung aller vorhandenen Zähne mit sukzessivem Umbau zu rein implantatgetragenen Hybridprothesen unternommen. Ziel war eine funktionelle und ästhetische Rehabilitation mit gleichzeitiger Minimierung des schleimhautbedeckenden Kunststoffanteils und einer suffizienten Reinigungsfähigkeit zur Eindämmung der Kariesprogredienz. Die schrittweise Versorgung der Patientin mit Implantaten erfolgte strategisch, um ossäre Augmentationen zu umgehen und das Versorgungsrisiko bei etwaigem frühem Implantatverlust zu minimieren.

Prothetisches Vorgehen

Zu Beginn der Therapie waren folgende Zähne noch in situ: 15, 13-11, 21-23, 31-35, 38, 41-44 sowie Implantate Regio 25, 26 (Abb. 3a und b). Gefräste Langzeitprovisorien aus PMMA (Abb. 4a-c) sollten als Erstversorgung zur Sicherung einer eindeutigen Unterkieferposition dienen. Während der Präparationsphase wurden zahlreiche weitere endodontische Maßnahmen erforderlich, wobei vereinzelt Fistelbildungen beobachtet werden konnten (Abb. 5). Nach Erreichen einer kariesfreien Situation wurden die Langzeitprovisorien zementiert (vgl. Abb. 4). Eine Versorgung der regelrecht osseointegrierten Implantate Regio 25 und 26 erfolgte ebenfalls mittels Langzeitprovisorien. Aufgrund einer anhaltenden massiven Kariesprogredienz waren in kürzester Zeit multiple Rezementierungen erforderlich. Die komplette Erweichung des Restdentins während der prothetischen Behandlung insbesondere im Ober-



Abb. 5a und b: Im Rahmen der Kariestherapie und Präparation wurden mehrere Wurzelkanalbehandlungen erforderlich. Zusätzlich imponierten wiederholt Fistelbildungen an den Restzähnen. – **Abb. 6a und b:** Während der Tragedauer der provisorischen Versorgung kam es zur horizontalen Kronenfraktur des Zahns 15, dessen Substanz vollständig erweicht war und eine zahnärztliche Sonde ohne großen Kraftaufwand im Restdentin eindringen ließ. – **Abb. 7:** Finale Versorgung des Oberkiefers mittels verschraubbarer Hybridprothese. Im Unterkiefer bestanden noch die provisorischen Kronen und Brücken auf Restpfeilern. – **Abb. 8:** Insertion von vier Implantaten in strategisch sinnvollen Positionen, die keine augmentativen Maßnahmen erforderten.

permadental[®]
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE
0 28 22 -71330



permadental[®]
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE
0 28 22 - 71330

ZAHNERSATZ
VON **A-Z**
Der Katalog für die Zahnarztpraxis

37 Jahre
Erfahrung mit schönen Zähnen
WEIT MEHR ALS NUR KRONEN UND BRÜCKEN

INSPIRATION UND INFORMATION

Der neue 60-seitige Zahnersatzkatalog für Behandler und Praxismitarbeiter



Bestellen Sie sich Ihr kostenloses Exemplar des neuen Kataloges als Printversion oder E-Paper
02822-71330-22 | kundenservice@permadental.de
kurzelinks.de/katalog-23

WEIT MEHR ALS NUR KRONEN UND BRÜCKEN

kiefer, exemplarisch an Zahn 15 mit Fraktur der klinischen Krone (Abb. 6), galt als Startpunkt für den Beginn der definitiven Oberkieferversorgung mittels rein implantatgetragener verschraubter Hybridprothese.

Nach multiplen Frakturen der Zahnkronen und Entfernung der Wurzelreste konnten drei weitere Implantate Regio 13, 15 und 22 bei komplikationsloser Einheilung strategisch vorteilhaft positioniert werden. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand hinreichend Sicherheit, dass Implantate bei der Patientin regelrecht osseointegrieren und ein marginaler Knochenumbau normale Limits nicht übersteigen würde. Die daraufhin eingegliederte okklusal verschraubbare OK-Hybridprothese führte zu einer hohen Patientenzufriedenheit hinsichtlich Funktion, Reinigungsfähigkeit und Ästhetik (Abb. 7).

Im Anschluss fand die finale Versorgung im Unterkiefer nach dem wie bereits für den Oberkiefer beschriebenen Ablauf statt, sodass schlussendlich basierend auf vier Implantaten (Regio 32, 36, 43, 45; Abb. 8) eine okklusal verschraubte Hybridprothese im Unterkiefer eingegliedert werden konnte (Abb. 9 und 10).

Diskussion

Der vorgestellte Patientenfall sowie in der Literatur beschriebene Fallberichte zeigen, dass eine strategische Pfeilervermehrung durch Implantation eine zielführende Behandlungsstrategie bei Patienten mit Sjögren-Syndrom darstellt.^{1,10,11} Nichtsdestotrotz sind allgemeine Voraussetzungen seitens des Patienten, betreffend Vorerkrankungen, Medikation und Knochenangebot unabdingbar. Xerostomiebedingt ist die natürliche Zahnhartsubstanz einem hohen Kariesrisiko und damit verbundenem frühzeitigem Zahnverlust ausgesetzt,^{5,9} wohingegen implantatgetragene Versorgung auch bei dieser Patientengruppe vorhersagbar möglich sind.⁴ Die orale gesundheitsbezogene Lebensqualität kann durch Vermeidung breitflächig bedeckter Schleimhaut durch eine Prothesenbasis deutlich gesteigert werden.

Die zahnärztlichen Behandlungen stellten die gesetzlich versicherte Patientin vor große finanzielle Herausforderungen und erst durch hartnäckige Intervention und mehrmalige gutachterliche Prüfung konnte eine Kostenübernahme im Sinne der Patientin erreicht werden.

kontakt.

ZÄ Virgilia Klär

Prof. Dr. Matthias Karl

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
66421 Homburg
virgilia.klaer@uks.eu · matthias.karl@uks.eu
www.uniklinikum-saarland.de

Prof. Dr.
Matthias Karl
[Infos zum
Autor]



Literatur

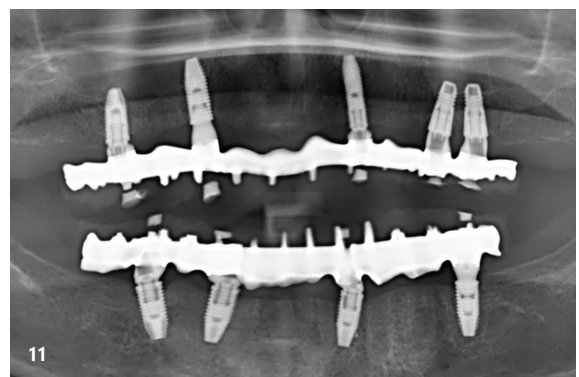


Abb. 9a und b: Hybridprothese von okklusal und basal. – **Abb. 10:** Zustand mit eingegliederten Hybridprothesen in beiden Kiefern. – **Abb. 11:** Panoramaschichtaufnahme nach Abschluss der Behandlung.

LEADING REGENERATION

Geistlich

Geistlich Bio-Gide®

Native Membran-Performance für
umfassende Geweberegeneration

Keine
Fremdkörper-
reaktion

Frühe
Periostbildung

Osteo-
konduktivität

Schnelle und
unkomplizierte
Defektregeneration

Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH
Schöckstraße 4 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

