

Ein Fall – viele Wege

Implantologie, Funktion und Ästhetik oder doch kieferorthopädische Rehabilitation?

Komplexe Fälle können bekanntlich auf verschiedenen Lösungswegen angegangen werden. Am folgenden Fallbeispiel einer 48-jährigen Patientin soll durchaus kontrovers diskutiert werden, ob das demonstrierte Ergebnis auch durch kieferorthopädische Behandlung hätte erreicht werden können. Ein Resümee mag jeder für sich selber erstellen.

■ Die Patientin (Raucherin) besucht erst seit wenigen Jahren meine Praxis. Aus verständlichen Gründen hatte sie einige Male den Wunsch nach einer Verbesserung ihrer optischen Situation geäußert (Abb. 1–3). Den Wunsch, sich konkret mit der Situation zu beschäftigen, äußerte sie allerdings erst im letzten Jahr. Da ich ihr eine implantologisch-ästhetische Rehabilitation vorschlug, suchte sie einen MKG-Kollegen auf, um sich eine weitere Meinungen einzuholen. Dieser überwies sie an einen Kieferorthopäden, der recht schnell einen Behandlungsplan erstellte. Ich hatte dann Gelegenheit zu einem zweiten Gespräch mit meiner Patientin, in dem ich sie von meinem Konzept überzeugen konnte, welches auch die beherrdeten Zähne 15 und 17 berücksichtigte (Abb. 3 und 4). Die konzeptive Planung er-

folgte sehr eng in Zusammenarbeit mit Herrn Gottfried Greven (Greven Zahnästhetik, Kaarst) (Abb. 6–7). Wir waren uns im Klaren, dass die Zähne 11 und 21 nicht zu erhalten waren. Ebenso waren wir uns sicher, dass auch der Zahn 23 später aus ästhetischen Gründen in die Versorgung einbezogen werden musste, um durch „Mesialisierung“ der Kronen einen Lückenschluss zu erreichen und die Kronen nicht zu wuchtig erscheinen zu lassen.

Die Behandlung

Im ersten Schritt erfolgte die Entfernung der Zähne 15 und 17. Zur sofortigen Versorgung mit einem laborgefertigten



Abb. 1: Frontalansicht. – Abb. 2: Klinische Situation, 15 und 17 extrahiert. – Abb. 3: Links laterale Ansicht.

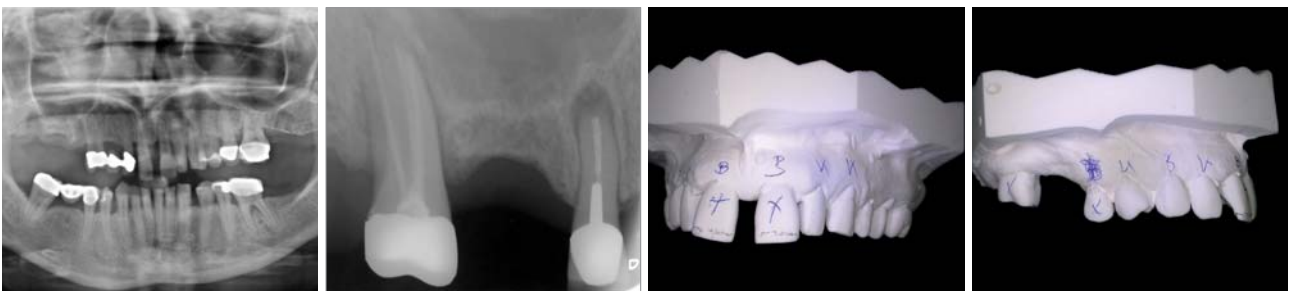


Abb. 4: OPG vor der OP. – Abb. 5: Zahnfilm der Zähne 15 und 17. – Abb. 6: Situationsmodell Front. – Abb. 7: Situationsmodell rechts lateral.



Abb. 8: Langzeitprovisorische Versorgung. – Abb. 9: Präparierter Sinusdeckel. – Abb. 10: Apikal eingelegter Deckel, Augmentation Bio-Oss.

Knochenregeneration ohne Kompromisse




OSSA NOVA

- Einfache & sichere Applikation durch Fertigspritze
- Optimale Anpassung an Defekte
- Biokompatibel
- Integration in das Knochenremodelling
- Synthetisch

BONIT *matrix*[®]

- Nano- und mikroporös durch interkonnektierendes Porensystem
- Biokompatibel
- Beschleunigte Knochenneubildung
- Bioresorbierbar
- Synthetisch



DOT
medical implant solutions

DOT GmbH
Charles-Darwin-Ring 1a · 18059 Rostock
Tel.: +49(0)381- 4 03 35-0 · Fax: +49(0)381- 4 03 35-99
biomaterials@dot-coating.de · www.dot-coating.de

* Um das Sortiment zu komplementieren, bieten wir Ihnen zusätzlich die resorbierbare Kollagenmembran Hypro-Sorb[®] F an.



Abb. 11: Fertige Augmentation. – Abb. 12: Zustand nach Exzision 11 und 21. – Abb. 13: Implantate in situ.



Abb. 14: Gingiva fixierende Matratzennaht. – Abb. 15: Post OP eingesetzte Zwischenversorgung. – Abb. 16: OPG nach fünf Monaten.



Abb. 17: Fertige Restauration links lateral. – Abb. 18: Fertige Restauration rechts lateral. – Abb. 19: Frontalansicht.

Interimsersatz entfernten wir die alte Brücke zwischen 12–14 und präparierten den Zahn 22. Die Versorgung erfolgte primär durch praxisgefertigte provisorische Kronen. In derselben Sitzung fertigten wir einen Abdruck für die Herstellung der Zwischenversorgung, in der die Zähne 11 und 21 ponticartig radiert wurden (Abb. 8). Nach einer Woche inserierten wir zwei XiVE S plus Implantate (Länge 13 mm, Durchmesser 3,8 und 4,5 mm) in Regio 15 und 16. Den erforderlichen offenen Sinus präparierten wir mittels Piezo-Technik (Abb. 9). Der bukkal präparierte Knochendeckel wird dabei nach Glättung apikal der beiden Implantate zum Schutz der Sinusmembran eingelegt, was auch eine gute offene Stützung der Präparationshöhle zur Folge hat (Abb. 10 und 11). Die Füllung des Sinus erfolgte mit Bio-Oss (Abb. 11) und der Verschluss mit einer Bio-Gide Membran. Im Anschluss extrahierten wir die Zähne 11 und 21 und implantierten dafür zwei XiVE S plus Implantate (Länge 13 mm, Durchmesser 3,8 mm) (Abb. 12–13). Aufgrund der hohen Lachlinie verzichteten wir sowohl auf die Möglichkeiten der offenen Einheilung mittels Gingivaformer als auch auf die Möglichkeit der Deckung mit einem freien BG-Transplantat. Durch die ponticartige Gestaltung der Brückenglieder erfolgte eine Stützung der Weichgewebe, ohne dass die Implantatschulter kontaktiert wurde. Die laborgefertigte Langzeitversorgung wurde direkt nach der Operation eingesetzt und verschaffte der Patientin schon ein erstes Erfolgserlebnis (Abb. 15).

Während der Einheilphase verlief parallel eine konservative Parodontalbehandlung – ein Verfahrensablauf, den wir zeitlich gerne so gestalten, um die Patienten in einer engmaschigen Kontrolle zu behalten.

Das Ergebnis

Fünf Monate später erfolgte dann die röntgenologische Nachkontrolle (Abb. 16) und, bedingt durch überschneidende Urlaubspläne, die Freilegung der Implantate zu einem späteren Zeitpunkt. Nach dem entsprechenden, hier nicht erläuterten, Standardverfahren der Abdrucknahme, Registrierung, Einprobe etc. und einer Individualisierungssitzung von einigen Stunden direkt im Zahntechnischen Labor Greven konnte dann die Versorgung eingesetzt werden (Abb. 17–19). Unsere Patientin war mit dem Ergebnis absolut zufrieden und so können wir es auch sein. ■

■ KONTAKT

Dr. med. dent. Hans-W. Schellekens, ZTS Implantologie
 Op de Fleet 7a, 41189 Mönchengladbach
 Tel.: 0 21 66/5 89 83, Fax: 0 21 66/5 93 32
 E-Mail: dr.schellekens@t-online.de
Web: www.dr-schellekens.de

Das Beste aus 2 Welten!

Weltweit
das erste Kombigerät
Laser plus HF



	Für alle Anwendungen:		
	Laser	HF	LaserHF
Oralchirurgie	●	●	●
Parodontologie	●	●	●
Implantologie	●	●	●
Endodontie	●	●	●
Bleaching	●	●	●
aPDT	●	●	●
LLLT	●	●	●

LaserHF

- Vereint Laser und Hochfrequenz in einem Gerät
- Voreingestellte Programme für alle Anwendungen, mit individueller Programmiermöglichkeit
- Einfache Handhabung durch duales Bedienkonzept: Touchscreen und Köcherschaltung