

Die prothetische Versorgung mithilfe enossaler Implantate entwickelt sich stetig weiter und rückt zunehmend in den Vordergrund. War implantatgetragener Zahnersatz vor 15 Jahren noch eine Besonderheit, so gilt er heute oft als Mittel der Wahl. Vor einer Implantation gilt es jedoch, verschiedenste Risikofaktoren auszuschließen bzw. zu beachten.

Dr. Thomas Barth
[Infos zum Autor]



Dr. Volker Ulrici
[Infos zum Autor]



Implantatprothetik im parodontal kompromittierten Gebiss

Eine stabile und lang anhaltende Lösung?

ZÄ Claudia Preußler, Dr. med. dent. Thomas Barth, Dr. med. habil. Volker Ulrici

Die Versorgung eines parodontal erkrankten Patienten mit Implantaten wird oftmals als kritisch angesehen, so relativieren jedoch zahlreiche Studien viele dieser Gegenargumente.^{1,2} Am folgenden Patientenfall wollen wir beleuchten, dass dies längst kein Ausschlusskriterium mehr für eine langfristig stabile prothetische Versorgung ist.

Behandlungsfall

Eine 40-jährige Patientin wurde im September 2003 erstmals in der Praxis vorgestellt und äußerte den Wunsch nach einer festsitzenden prothetischen Versorgung in Ober- und Unterkiefer. Zum Zeitpunkt der Erstbefundung stellte sie sich mit reduzierter Restbezahnung der

Eichner-Klasse B1 vor, welche bisher teilweise schleimhautgetragen versorgt war. Als Besonderheit erwies sich die stark positive sagittale Frontzahnstufe (Abb. 1–4).

Nach umfangreicher Diagnostik mithilfe von Situationsmodellen, parodontalen Screenings und radiologischer Bildgebung wurde der Patientin die



Abb. 1–4: Klinische Ausgangssituation. – Abb. 5: Orthopantomogramm der Ausgangssituation.

VistaVox S: Das 3D von Dürr Dental.



Reduzierte Strahlendosis durch anatomisch angepasstes Volumen

Hervorragende Bildqualität in 2D und 3D dank hochauflösendem CsI-Sensor mit 49,5 µm Pixelgröße

Einfacher, intuitiver Workflow

Ideales 3D-Abbildungsvolumen in Kieferform (Ø 130 x 85 mm)

FoV in Kieferform

Ø 50 x 50 mm Volumen
in bis zu 80 µm Auflösung

Made
in
Germany

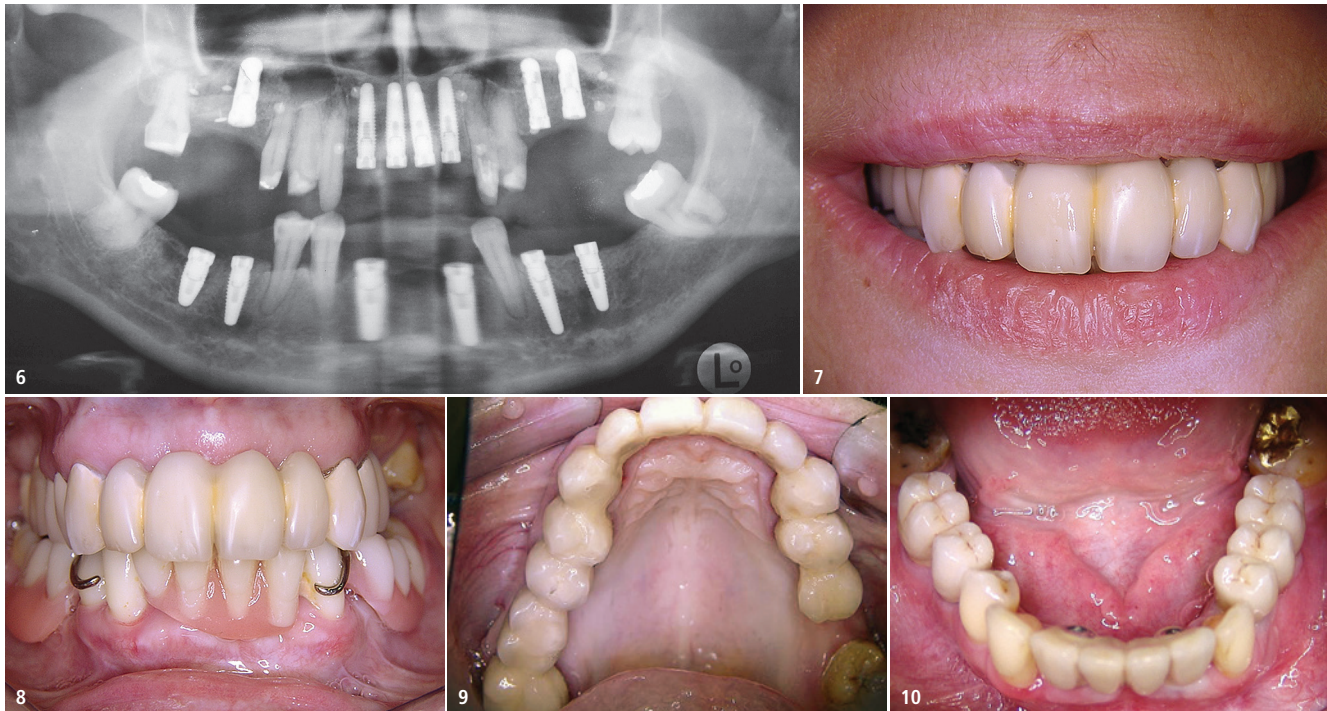


Abb. 6: Orthopantomogramm nach der Implantation. – **Abb. 7–9:** Versorgung mit festsitzenden Langzeitprovisorien. – **Abb. 10:** Definitive, festsitzende prothetische Versorgung des Unterkiefers.

mögliche Therapie mittels implantatgetragenen Zahnersatzes ausführlich erläutert. Eine jahrelang bestehende Parodontitis verstärkte nebst Zahnverlust den progredienten Knochenabbau sowohl horizontal als auch vertikal maßgeblich (Abb. 5).

Die daraus resultierende Schwächung der verbliebenen Restzähne stellte deren langfristige Erhaltungswürdigkeit infrage. Begründet auf dem indi-

viduellen Wunsch der Patientin nach festsitzendem Zahnersatz, konnte das Einbinden parodontal stark geschädigter Zähne des Ober- als auch Unterkiefers in die prothetische Gesamtplanung nicht erfolgen – sie wurden extrahiert. Anschließend wurden der Oberkiefer provisorisch mit einer zirkulären, festsitzenden Brücke und der Unterkiefer mit einer Modellgussprothese versorgt. Nach Abschluss der chirurgischen und

konservierenden Behandlung im Dezember 2003 erfolgte eine systematische Parodontitisbehandlung im geschlossenen Verfahren.

Im Oktober 2004 wurden in Ober- und Unterkiefer ROOT-LINE und Zylinderimplantate (Längen 13–16 mm, Durchmesser 3,8–5,0 mm), im Oberkiefer mithilfe eines doppelseitigen Sinuslifts, an den Positionen 16, 12–22, 25, 26, 36, 34, 32, 42, 45 und 46 inseriert

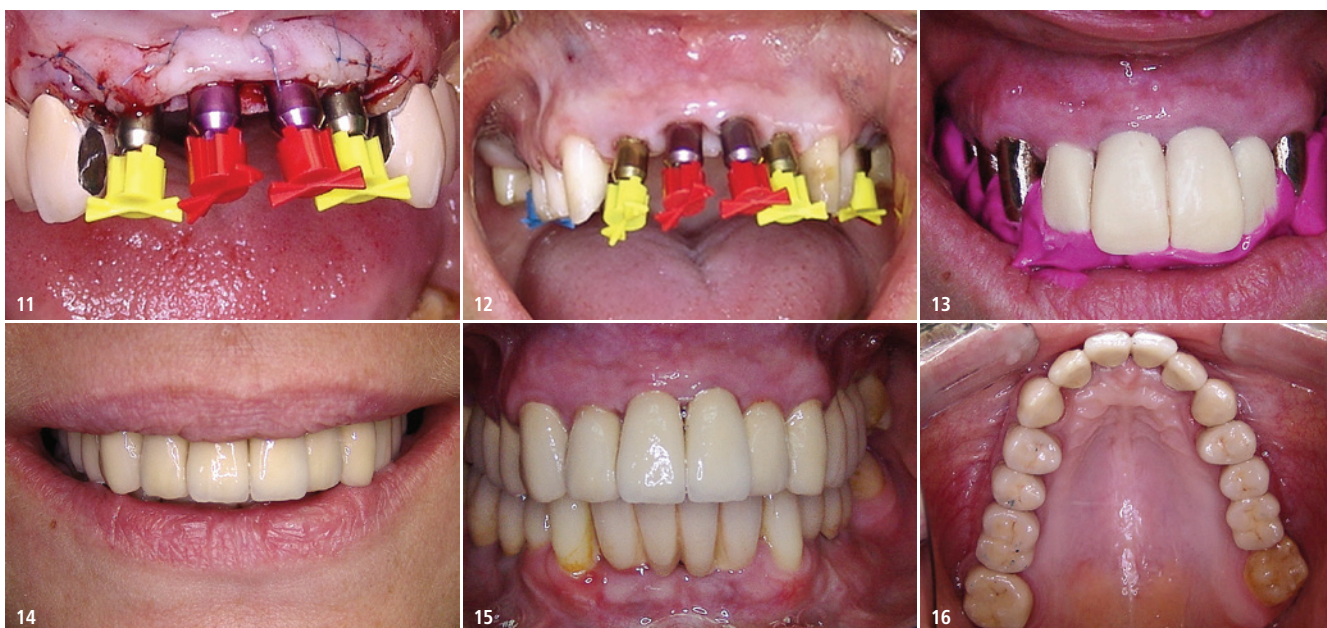


Abb. 11–13: Chirurgische Weichgewebeproliferation. – **Abb. 14–16:** Definitive, festsitzende prothetische Versorgung des Oberkiefers.

Abb. 17 und 18: Vergleich der Orthopantomogramme von 2004 und 2019. – **Abb. 19–21:** Aktuelle intraorale Aufnahmen der Versorgung von 2019.

(Abb. 6). Während der Einheilungsphasen wurden die fehlenden Zähne mittels festsitzender Langzeitprovisorien bzw. zu Beginn im Unterkiefer mit einer dental gelagerten, herausnehmbaren Prothese ersetzt. So bestand für die Patientin eine gute ästhetische und befriedigende funktionelle Situation (Abb. 7–9). Der geschlossenen, infektionsfreien, viermonatigen Einheilung folgte im Unterkiefer bereits Anfang 2005 eine definitive, festsitzende Versorgung (Abb. 10).

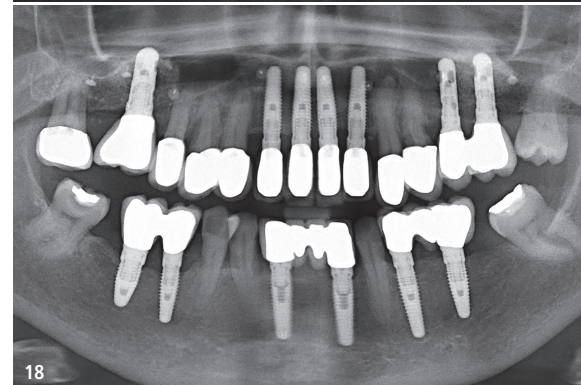
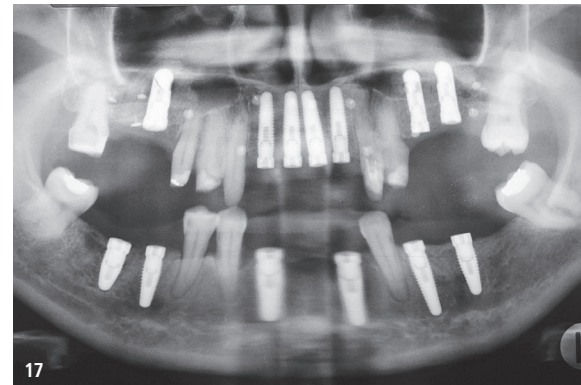
Für eine ansprechende ästhetische Gestaltung der Oberkieferfront erfolgte eine umfassende chirurgische Weichgewebsausformung des Emergenzprofils mittels PEEK-Kronen über weitere drei Monate (Abb. 11–13). Die abschließende, festsitzende Versorgung des Oberkiefers im Sommer 2005 kennzeichnete den Abschluss einer langwierigen, anspruchsvollen Therapiephase (Abb. 14–16).

Während jährlicher Kontrollen zeigten sich neben einem geringen physiologischen Rückgang von Knochen- und Weichgewebe vereinzelt Rezidive in Form pathologischer Knocheneinbrüche, welche jedoch 2012 durch eine geschlossene und 2016 durch eine offene PA-Behandlung stabilisiert und teils regeneriert werden konnten. Der Vergleich der Orthopantomogramme von 2004, unmittelbar nach Implantatinsertion (Abb. 17), und 2019 zum letzten Kontrolltermin (Abb. 18) belegt deutlich die funktionelle Stabilität der gewählten prothetischen Versorgung, trotz kritischer Ausgangslage (Abb. 19–21).

Fazit

Der hier beschriebene Patientenfall steht beispielhaft für den Langzeiterfolg implantatgetragener Versorgungen als Unterstützung natürlicher Restbezahnung. Trotz des parodontal kompromittierten Ausgangsbefunds konnte eine geschlossene Zahnreihe unter funktioneller Belastung über 15 Jahre lang bis heute erhalten werden.

Neben der ausführlichen Erläuterung der Behandlungsziele anhand kurz- und langfristiger Zielstellungen wurde insbesondere schon vor Therapiebeginn auf die Bedeutung der regelmäßigen Nachsorge eingehend hingewiesen. Regelmäßige jährliche Kontrollen in Verbindung mit Einschleifmaßnahmen der statischen als auch dynamischen Okklusion sichern funktionelle Belastbarkeit und konstituieren eine dauerhaft stabile Implantatprothetik. Zur Prävention von periimplantären Erkrankungen und vorrangig bakteriell induziertem Knochenabbau ist die Prophylaxe in Form von professioneller Zahnreinigung, neben der sehr guten Mundhygiene des Patienten, zur Unterstützung des häuslichen Biofilmmanagements essenziell. Eine Missachtung dieser Aspekte lässt die Rezidivrate um ein Vielfaches ansteigen – von steigender Mobilität bis hin zum Verlust der Implantate.



ZÄ Claudia Preußler
[Infos zur Autorin]



Literatur



Kontakt



ZÄ Claudia Preußler

ZÄ Claudia Preußler
Dr. med. dent. Thomas Barth
Dr. med. habil. Volker Ulrici
DENTALE MVZ Leipzig
Prager Straße 4
04103 Leipzig
www.dentale.de