

Grenzfälle in der Implantologie

Autoren _ Dr. Steffen Kistler, Dr. Frank Kistler, Dr. Georg Bayer

Zusammen mit dem allgemeinen Trend in unserer Gesellschaft nach Schönheit, Wellness und Ästhetik sind auch in der Implantologie die Anforderungen an vorhersagbare Erfolge im Frontzahnbereich stark gestiegen. Bei der Implantation und Versorgung von Einzelzähnen in geschlossenen Zahnreihen sind wir heute bereits in der Lage, auch schwierige Fälle sicher ästhetisch zufrieden stellend zu versorgen.

_ Anders sieht die Situation bei Fällen aus, in denen komplette Frontpartien mit vier bis sechs zu ersetzenden Zähnen implantatprothetisch zu rekonstruieren sind. Gerade diese Fälle gruppieren sich meist in einer Altersschicht unseres Klientels, bei der häufig parodontale Destruktion die Hauptursache für Zahnverlust ist. Der damit einhergehende Verlust von Hart- und Weichgewebe stellt heute „die“ Herausforderung an Chirurgen und Prothetiker dar. Der Patient erwartet auch in solchen fast aussichtslosen Fällen seine „Traumzähne“, d.h. meist Zähne, wie er sie selten selbst vor dem Verlust gehabt hat. Um in diesen Situationen dem Patienten eine funktionell und auch ästhetisch ansprechende Versorgung versprechen zu können, sind oft auch ungewöhnliche Lösungsansätze erforderlich.

Der hier vorgestellte Fall zeigt beispielhaft, wie diese Grenzfälle der Implantologie in Einzelfällen lösbar sind.

Die 45-jährige Patientin stellte sich in unserer Praxis mit dem Wunsch nach einer neuen, primär ästhetisch ansprechenden Neuversorgung ihrer Oberkieferfrontzähne vor. Eine erste Diagnostik des Zahnbestandes zeigte, dass die Zähne 12–22 in keinem Fall erhaltungsfähig waren. Das gesamte Gebiss wies eine chronische Parodontitis auf, welche durch starken Zigarettenkonsum der Patientin über 25 Jahre zusätzlich gefördert wurde. Der parodontale Abbau hatte an allen 4 Frontzähnen das apikale Wurzeldrittel erreicht, eine Extraktion war unumgänglich. Nach parodontaler Vorbehandlung wurde mit der Patientin eine implantatprothetische Rehabilitation der Frontalregion beschlossen. Um die Weichgewebssituation im Extraktionsgebiet zu verbessern, wurden nach genauer Absprache und Aufklärung der Patientin die Zähne 12–22 kieferorthopädisch analog der von Garber et al. vorgestellten forcierten Extrusion elongiert. Ziel war hierbei eine vertikale Verschiebung des alveolaren Knochens und der umgebenden Weichgewebe. Nach sechsmonatiger Multibandbehandlung, welche unter ständiger Kontrolle der Okklusion und sukzessiver

Abb. 1 _ Ausgangssituation.

Abb. 2 _ Kieferorthopädische Extrusion.

Abb. 3 _ Zustand nach Extraktion 12–22.

Abb. 4 _ Insertion der Implantate.

Abb. 5 _ Überprüfung der Implantatpositionen.

_ Fallbeispiel



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3