

Therapie und restaurative Wiederherstellung einer fortgeschrittenen chronischen Parodontitis – eine klinische Falldarstellung

Die Behandlung chronischer und akuter Parodontitiden, von denen ein Großteil der Bevölkerung betroffen ist, hat in den letzten Jahren durch neue Konzepte, regenerative Techniken und augmentative Verfahren große Fortschritte erzielt. Oft ist ein Zahnerhalt möglich, wo vor Jahren eine Extraktion noch unausweichlich schien. Der teilweise dennoch beträchtliche Verlust von Knochen und Weichgewebe stellt für die anschließende restaurative Rekonstruktion eine Herausforderung dar.

DR. MED. DENT. ADRIAN KASAJ,
DR. MED. DENT. MATHIAS BRANDENBUSCH,
PROF. DR. DIPL.-CHEM. BRITA WILLERSHAUSEN/MAINZ

Die vorliegende klinische Falldarstellung befasst sich mit dem Behandlungskonzept und dem Behandlungsablauf einer generalisierten, weit fortgeschrittenen chronischen Parodontitis und anschließender ästhetischer Rehabilitation mittels restaurativer und prothetischer Maßnahmen. Die aktive Parodontalbehandlung erfolgte regenerativ mit Schmelzmatrix-Proteinen (Emdogain®) ohne unterstützende Einnahme von Antibiotika. Durch die parodontalchirurgische Sanierung konnte der drohende Zahnverlust im Oberkiefer verhindert werden. Zur ästhetischen Wiederherstellung wurde die Patientin mit einer festsitzenden Brücke und Zahnverbreiterungen aus Komposit versorgt. Das Behandlungsergebnis konnte dabei durch ein engmaschiges Recall aufrechterhalten werden.

Spezielle Anamnese

Erstmals bemerkte die Patientin vor sechs Jahren eine Blutungsneigung beim Zähneputzen und begann daraufhin eine systematische Parodontitistherapie bei ihrer Hauszahnärztin. Später erfolgten durch diese auch parodontalchirurgische Maßnahmen. Trotz der kostenintensiven Therapieversuche kam es nur zu kurzfristigen Verbesserungen der klinischen Situation. Aufgrund einer

zunehmenden Zahnlockerung, dem Verlust des Zahnes 15 und einer massiven Lückenbildung in der Oberkieferfront, stellte sich die Patientin an der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie in Mainz vor.

Klinischer Befund

Es fanden sich generalisierte weiche und harte Beläge, eine unzureichende Mundhygiene, Blutung nach Sondierung und erhöhte Zahnlockerung. Die marginale Gingiva war entzündlich verändert, erschien gerötet und geschwollen (Abb. 1). Die erhobenen Sondierungstiefen lagen überwiegend zwischen 3 und 6 mm, lokalisiert bis zu 8 mm. Die Zähne 12, 11, 21, 22, 36 und 46 wiesen eine pathologische Zahnbeweglichkeit von Grad I, die Zähne 16, 14, 23, 24, 25 und 26 von Grad II auf. Im Unterkiefer zeigten die Zähne 36 und 46 von bukkal eine Furkationsbeteiligung Grad I. Im Ober- und Unterkiefer fanden sich faciale, orale und proximale Rezessionen zwischen 1 und 4 mm (Abb. 1).

Funktioneller Befund

Die Kieferbewegungen verliefen harmonisch und waren schmerzfrei. Die Mundöffnung war mit 48 mm nicht ein-



Abb. 1a–c: Klinische Ausgangssituation.