

# Die Implantatversorgung außergewöhnlicher Defektsituationen

*Defekte im Bereich des Kieferknochens, die auf Grund ihrer Lage oder Größe über das übliche Maß hinausgehen, stellen für den Implantologen immer eine besondere Herausforderung dar.*

*Eine im Laufe der Jahre gewachsene Zyste, die immer subjektiv beschwerdefrei blieb, oder auch ein Brückenzahnersatz, bei dem auf Grund von Verblockungen Zähne noch in situ geblieben waren, die schon längst jeden Knochenkontakt verloren hatten und unter normalen Umständen zum Spontanverlust geworden wären.*

ZA DIETER BILK/MÜNZENBERG

Die Behandlung solcher außergewöhnlicher Fälle war schon immer eine besondere Anforderung an den chirurgisch tätigen Zahnarzt. Häufig konnten diese Fälle nur mit sehr aufwändigen, nicht immer ganz risikolosen Begleitoperationen und mitunter nur unbefriedigend gelöst werden. Moderne Augmentations- und Membrantechniken haben jedoch dazu geführt, dass solche Eingriffe mit vorhersehbarem Erfolg und völlig ohne Risiko bei größter Schonung des Patienten in unserer Praxis durchgeführt werden.

Im Nachfolgenden sollen drei Fälle präsentiert werden, deren Lösung auf Grund der Lage und Größe der Defekte ohne diese Techniken sicherlich so nicht möglich gewesen wäre. Es handelt sich um zwei apikale Zysten und einen sehr ausgeprägten Parodontaldefekt, der durch zu lange hinausgezögerte Extraktion einer verblockten Brückenkonstruktion entstanden war. Das Gemeinsame aller drei Patientenfälle war, dass nach einer üblichen Vorbehandlung – hier Zystektomie, bzw. Extraktion der beteiligten Zähne – alle Reste von Zystengewebe, Granulationsgewebe, Detritus etc. sorgfältig entfernt wurden und der saubere, entzündungsfreie Knochen dargestellt wurde, was umso schwieriger wird, je tiefer der Defekt und je mehr die

Lokalisation in den Seitenzahnbereich geht. Hiernach wurde die Knochenoberfläche mit einer großen querverzahnten Kugelfräse angefrischt und mit einer etwas kleineren – wenn es der Restknochen erlaubte – die Markräume eröffnet, um eine frische Blutung im Wundgebiet zu erzeugen.

Es wurde danach mit dem Augmentationskomplex Cerasorb/Blut aus dem Defekt/PRP augmentiert. Von essentieller Bedeutung für den anzustrebenden Erfolg der Knochenregeneration ist, dass zunächst Cerasorb mit Blut aus dem Defekt gemischt wird. Wir verwenden hierzu ein steriles Glasgefäß. Vor der Einbringung des Gemisches in den Defekt geben wir PRP hinzu, das nach kurzem Untermischen gelartig wird. Die so hergestellte Mischung ist von pastöser Konsistenz und leicht mit gängigen Instrumenten applizierbar. Das PRP wird nach dem Herstellungsprotokoll der curasan AG hergestellt. Zur Abdeckung des Augmentationsfeldes hat sich die Tefgenmembran bewährt. Die Membran war hierbei auf Grund der Defektgröße meist von Anfang an exponiert. Die Nähte aus monofilamenten PTFE-, Polyamid- oder Polypropylen-Nahtmaterialien wurden nach einem Zeitraum von sieben bis zehn Tagen und die Membranen nach ca. drei Wochen entfernt.

## Fall 1



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 1: Die Situation post OP. Die Wunde ist vernäht, das Augmentat mit einer Tefgen-Membran abgedeckt. – Abb. 2: Ausschnitt aus Panoramaaufnahme post OP. Man erkennt das Augmentat und die Größe des Defektes. – Abb. 3: Insertion der Implantate. Die früher noch sichtbaren Granula sind nicht mehr zu erkennen. – Abb. 4: Zahnfilm ca. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre nach Einsetzen der Einzelkronen. – Abb. 5: Das Endergebnis.