

Implantologische Versorgung einer 67-jährigen Bechterew-Patientin

Eine besondere Herausforderung für den Implantologen stellten schon immer diejenigen Patienten dar, deren allgemeiner Gesundheitszustand einen langwierigen operativen Eingriff unmöglich macht oder zumindest erschwert. Morbus Bechterew – eine entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule, die auch andere Gelenke und Organe befallen kann – stellt bezüglich der Behandlungsdauer und der Lagerung des Patienten besondere Anforderungen an den Behandler.

DR. STEPHAN KOWALSKI/DÜREN

Die 67-jährige Patientin, die schon seit längerer Zeit unsere Praxis aufsucht, stellte sich mit dem Wunsch nach einer festsetzenden Unterkieferversorgung vor. Obwohl sie an Morbus Bechterew, verbunden mit einer Kyphoskoliose und Belastungsdyspnoe leidet, war nach ärztlichem und laborärztlichem Befund ihr Allgemeinzustand gut. Der zahnmedizinische Befund ergab, dass im Oberkiefer, der mit einer Totalprothese versorgt war, reizlose Gingivaverhältnisse herrschten. Im Unterkiefer, versorgt mit einer Modellgussprothese, lag eine Parodontitis marginalis profunda mit Lockerungsgrad II (Zahn 33, 34) bzw. III (Zahn 43) vor, sodass das Restgebiss im Unterkiefer langfristig nicht zu halten sein würde. Im zahnlosen Kieferkammbereich war die Gingiva ausreichend keratinisiert. Der Röntgenbefund ergab mäßigen horizontalen und starken vertikalen Knochenabbau (Zahn 43 mesial bis apikal sich ausdehnend), ansonsten lag ein ausreichendes vertikales Knochenangebot vor (Abb. 1).

Behandlungsplanung und Vorbereitung des Eingriffs

Die Behandlungsplanung sah die Extraktion der Zähne 33, 43 und 44 und Erweiterung der Unterkieferprothese

zum Interimersatz vor. Nach sechs bis acht Wochen sollten Regio 34, 44 zwei Kugelkopfimplantate gesetzt und die Oberkiefer- und Unterkiefertotalprothesen später erneuert werden. Die implantologische Versorgung der Patientin stellte in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung für unser Praxisteam dar. Einerseits gab es den Wunsch der Patientin nach einer stabilen Unterkieferprothese, die eine Implantatlösung notwendig machte. Andererseits waren aber die Behandlungsart und die Behandlungsdauer durch die starke Brustkyphose und durch die öfters bei längeren zahnärztlichen Behandlungen auftretende Belastungsdyspnoe doch deutlich eingeschränkt. Außerdem war eine korrekte und ideale Lagerung der Patientin auf dem Behandlungsstuhl nicht möglich, was für Behandler und Assistenz den Zugang und die Sicht auf das Operationsgebiet erschwerte.

In mehreren Testsitzungen erprobten wir eine für Patientin und Behandler team halbwegs komfortable Behandlungsposition. Wir entschieden uns dann für die Minimalform der implantologischen Möglichkeiten mit zwei Implantaten und Kugelköpfen, die für eine gute Stabilität und Fixierung der Unterkieferprothese sowie für ein leichtes Handling durch die Patientin sorgten. Ein transgingivales Vorgehen zur Verkürzung der Behand-



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6