

Eine etwas ausgefallene Frontzahnversorgung

Eine Falldarstellung

Die Gründe für das Hinauszögern einer offensichtlich notwendigen Behandlung sind sehr vielfältig. In diesem Fall war ein Fahrradunfall in der früheren Jugend die Ursache für den jetzigen Befund gewesen. Die abgebrochenen Ecken waren mit Goldaufbauten versorgt worden, und die nun vorgefundene Zahnstellung hatte sich langsam im Lauf der Jahre ergeben (Abb. 1).

ZA DIETER BILK/MÜNZENBERG

Es wurde sehr schnell klar, dass mit zahnerhaltenden Behandlungen, welcher Art auch immer, nichts mehr zu retten war, und eigentlich nur eine Extraktion der Zähne verbunden mit Implantatversorgung und mit einer kleinen optischen Korrektur der Nachbarzähne zu dem gewünschten Ergebnis eines harmonischen Frontzahnbogens führen konnte.

Die elongierten Zähne des Unterkiefers sollten durch Einschleifen funktionell angepasst werden. Aus beruflichen Gründen des Patienten war eine Sofortimplantation nicht möglich, sodass nach der Extraktion der Zähne 12 und 11 zunächst für eine Zeit von drei Monaten ein Interimsersatz eingegliedert wurde und die Extraktionswunden ausheilten (Abb. 2). Danach konnte der Eingriff zur Insertion der Implantate vorgenommen werden, beginnend mit den Pilotbohrungen (Abb. 3). Die Extrusion der Zähne 12 und 11 hatte über die Jahre zu einer fehlenden funktionellen Belastung in den ehemaligen apikalen Regionen dieser Zähne geführt, was zu einem

deutlichen Knochenschwund in oro-vestibulärer Richtung in diesem Bereich geführt hatte. Daher kam es auch unter Einhaltung der korrekten Achsrichtungen beim Präparieren der Knochenkavitäten zu vestibulären Fenestrationsen. Die Implantate ließen sich dennoch mit sehr guter Primärstabilität einbringen.

Zur Deckung der Fenestrationsen und zur Rekonstruktion des Defektbereiches wurde Cerasorb in der Korngröße 500–1.000 μ verwendet. Hierbei ist es wichtig, dass das Granulat vor dem Einbringen vollständig mit Blut aus dem Defekt benetzt wird, und im Augmentationsbereich Bohrungen angebracht werden, die eine Einblutung aus den Markräumen sicherstellen (Abb. 4). Danach kann das Augmentat eingebracht werden (Abb. 5). In diesem Fall konnte auf die Verwendung einer Membran verzichtet werden, da es zuvor möglich war, einen unbeschädigten Mukoperiostlappen zu mobilisieren. Bei einer korrekten Vorbereitung sowohl des Augmentats als auch des Lagers ist, wenn es die Situation zulässt, ein memb-

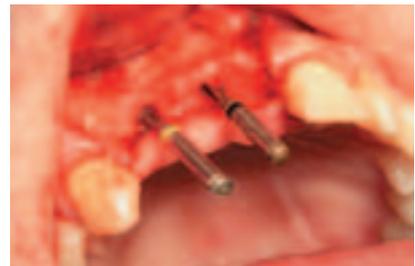


Abb. 1: Die Ausgangssituation. – Abb. 2: Die Zähne 12 und 11 sind extrahiert und die Wunden abgeheilt. – Abb. 3: OP Situs mit Pilotbohrungen an den Insertionsstellen.



Abb. 4: Die Knochenkavitäten sind bereit; es werden Vorbereitungen für die Augmentation getroffen. Mit einer Kugelfräse werden die Markräume geöffnet und eine Blutung im Wundgebiet induziert. – Abb. 5: Die Implantate sind inseriert; das Augmentat ist eingebracht. – Abb. 6: Die Implantatinsertion ist abgeschlossen und die Wunde vernäht, der Verlauf des Kiefers gleicht dem auf der bezahnten Seite.