

Osteodistraktion und Implantation in stark atrophierter Oberkieferfront

Eine ästhetische, implantatgetragene Rekonstruktion im stark atrophierten Oberkieferfrontzahnbereich ist eine echte Herausforderung für den Chirurgen, den Prothetiker und den Zahntechniker.

DR. THOMAS LEDERER/SALZBURG

Wie wichtig die Oberkiefer-Frontzähne sind, zeigt sich dann, wenn man sie nicht mehr hat. Man denke an die funktionellen Aufgaben wie abbeißen, Frontzahnführung, Phonetik und die Ästhetik, die für eine selbstbewusste Kontaktaufnahme zu seinen Mitmenschen mitverantwortlich ist. Gerade in der Oberkieferfront führt der Verlust von Zähnen oft zu einer raschen, horizontalen und vertikalen Atrophie des Alveolarknochens. Bei einer kurzen Oberlippe ist es nicht möglich, diesen Knochenverlust rein prothetisch unauffällig zu kaschieren. In der Implantologie stehen uns verschiedene Operationstechniken zur Verfügung, verloren gegangene Knochen wieder aufzubauen. Es kommen augmentative Verfahren mit autologen Knochentransplantaten und Knochenersatzmaterialien sowie die Osteodistraktion zur Anwendung. Anspruchsvoll wird es, wenn der Kiefer sowohl horizontal als auch vertikal augmentiert werden muss und dem Patienten am Ende ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis ohne große Narbenbildung präsentiert werden soll.

Klinischer Fall

Ausgangssituation

Ein 55-jähriger Patient wurde vorstellig zur Sanierung und Neuversorgung seines Oberkiefers (Abb. 1). Der Pa-

tient trägt seit 20 Jahren eine Brücke zum Ersatz der durch ein Trauma verloren gegangenen Zähne 11 und 21 (Abb. 2) und seit 14 Jahren eine Modellgussprothese zum Ersatz der Backenzähne (Abb. 4). Die sich ständig verschlechternde Kiefersituation ging mit ästhetischen Einbußen (Abb. 3) einher, die zu psychischen Belastungen des Patienten führten. Der Patient kam mit dem Wunsch, einen festsitzenden und ästhetisch unauffälligen Zahnersatz zu bekommen.

Befund

Intraoral stellte sich der Oberkiefer-Frontbereich alles andere als günstig für eine festsitzende, implantatgetragene Versorgung dar. Durch den frühzeitigen Zahnverlust war der Alveolarknochen in allen Dimensionen stark atrophiert. Der Kieferkamm in der ästhetisch bedeutsamen Region 12–23 war krestal nur noch 1–2 mm breit und stellte sich zackig dar. Die Nachbarzähne haben auch, bedingt durch die Belastung der Frontzahnbrücke, parodontal stark gelitten (Abb. 5 und 6).

Behandlungsplanung

Nach ausführlicher Diskussion mit dem Patienten anhand eines Wax-up und Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden entschloss sich der Patient zur Distraktionsosteogenese als Methode den Kiefer wieder auf-



Abb. 1: Ausgangssituation Lachbild. – Abb. 2: Ausgangssituation intraoral. – Abb. 3: Ausgangssituation mit unterfütterten Brückenglied zum Ausgleich der Kieferatrophie.



Abb. 4: Ausgangssituation intraoral. – Abb. 5: Ausgangssituation im OPG. – Abb. 6: OPG nach Exaktion der nicht erhaltungswürdigen Zähne.