

Implantatprothetische Gesamtrehabilitation eines atrophierten Oberkiefers

Beim Lesen dieses Artikels (oder bei der Durchsicht der Abbildungen) mag sich dem einen oder anderen Leser die Frage stellen, wie sich die vorgestellte Fallpräsentation in dem Gesamtkonzept der „Minimalen Implantattherapie“ einordnen lässt. Nicht immer lassen sich die Anzahl und das Ausmaß chirurgischer Eingriffe auf dem Weg zu dem Ziel einer dauerhaft funktionstüchtigen, hygienefähigen, komfortablen und ästhetisch zufriedenstellenden Implantatprothetik auf das absolute Minimum reduzieren. Vielmehr sollte ein „optimal-invasives“ Vorgehen angestrebt werden. Der hier vorgestellte Fall mag ein Beispiel dafür sein.

Ingmar Schau, Dr. Mathias Plöger, Mario Schwiddessen/Detmold

■ Bei der 60-jährigen Patientin, die zur implantatprothetischen Versorgung ihres seit 12 Jahren zahnlosen Oberkiefers in unsere Praxis überwiesen wurde, stellt sich die klinische Ausgangssituation bei einer ersten klinischen Untersuchung als durchaus geeignet für eine sofortige Implantation dar (Abb. 1 und 2). Die Insertion von insgesamt sechs Implantaten mit gleichzeitigem Sinuslift und anschließender Versorgung mit einer abnehmbaren teleskopierenden Brücke wird von uns zunächst als Standardtherapie erwogen. Durch die von uns bei jedem Patienten präoperativ durchgeführte Schleimhautdickenmessung mittels einer Knochenmesszange konnten wir feststellen, dass die Restknochenbreite im Oberkiefer im Mittel nur drei Millimeter, stellenweise unter zwei Millimeter beträgt. Nun stehen in einem solchen Fall uns und der Patientin zunächst zwei Therapieoptionen zur Wahl:

1. eine zweizeitige chirurgische Vorgehensweise, die zunächst eine dreidimensionale Rekonstruktion des Alveolarkammes mittels Knochenblocktransplantaten aus dem Beckenkamm beinhaltet und von daher als „maximalinvasiv“ einzustufen wäre.

Oder aber

2. ein „minimalinvasives“ Vorgehen durch das Setzen extrem schmaler Implantate, was jedoch die anschließende prothetische Versorgung im Sinne einer sehr grazil und gaumenfrei gestalteten teleskopierenden Brücke infrage stellt.

Neben der Rekonstruktion von Funktion, Kaukomfort

und Ästhetik sind wir im Rahmen eines perioprothetischen Gesamtkonzeptes auch in der Verpflichtung, eine angemessene Langlebigkeit unserer Therapieergebnisse sicherzustellen. Aus diesem Blickpunkt ist es selbstverständlich wünschenswert, durchmesserstarke und ausreichend lange Implantate zu setzen. Um das Ausmaß unserer chirurgischen Interventionen auf dem Weg zu einem langfristig funktionstüchtigen implantatgestützten Zahnersatz dennoch zu reduzieren, bedienen wir uns seit nunmehr zwei Jahren eines mineralisierten Block-Allografts, dem humanen Spongiosablock-P der Firma Tutogen Medical (Tutogen Medical, Neunkirchen a. Br., Deutschland).

Nach eingehender Aufklärung unserer Patientin über diese dritte und im Vergleich zur Beckenkammtransplantation eindeutig minimalinvasiven Vorgehensweise, über den menschlichen Ursprung des Knochenmaterials und die damit verbundenen theoretischen Risiken sowie über die sichere Aufbereitung des Materials im Rahmen des patentierten Tutoplast®-Prozesses willigte diese in einen Knochenaufbau mit allogenen Spenderknochen ein.

Blockauflagerung

Für die 3-D-Rekonstruktion des Oberkiefer-Alveolarfortsatzes mit dem humanen Spongiosablock-P ist eine

