

Ästhetische und funktionelle Rehabilitation des zahnlosen atrophierten Kiefers

Bei der Rehabilitation eines zahnlosen Patienten stehen anfangs vor allem funktionelle Aspekte im Vordergrund. Die Lageinstabilität des Zahnersatzes führt zu erheblichen funktionellen Einschränkungen, aber in der Folge auch häufig zu physischen und psychischen Beschwerden. Der Patient fühlt sich mit einem lockeren Zahnersatz nicht nur unsicher, sondern in vielen Fällen auch unattraktiv.

Dr. Insa Friedrich, Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin

■ „Nichts beeinflusst die Entwicklung eines Menschen so sehr wie sein Erscheinungsbild, doch es ist weniger das tatsächliche Aussehen als die Überzeugung, attraktiv oder aber hässlich zu sein.“ (aus Etcoff „Nur die Schönsten überleben“, Hugendubel Verlag 2001) Im Laufe einer funktionellen Rehabilitation eines zahnlosen Patienten verschiebt sich für den Patienten die Bedeutung der Funktion (nachdem die Stabilität durch die Implantate gewährleistet ist) zugunsten der Ästhetik. Der frühere gravierende Mangel der Instabilität ist schnell vergessen, aber der Anblick der Zähne wird täglich neu bewertet. Entscheidend für den Gesamterfolg ist die Einbeziehung des Patienten und des Zahntechnikers vom ersten Behandlungstag an.

Anamnese

Die Patientin K.H. stellte sich im Jahr 2004 in unserer Praxis vor. Sie hat seit ca. vier Jahren eine totale Prothese im Oberkiefer und im Unterkiefer getragen (Abb. 1 und 2). Die Patientin war von Beginn an mit dieser Versorgung unzufrieden. Die vertikale Dimension war zu nied-

rig und durch zu weit vestibulär stehende, zu große Frontzähne wirkte das Aussehen der Patientin unvorteilhaft (Abb. 3).

Die Patientin fühlte sich nach eigenen Angaben mit diesem Aussehen eher entsetzt, aber ihr wurde von dem behandelnden Zahnarzt gesagt, anders wäre es ästhetisch nicht lösbar. Sie berichtete uns, dass ihr nicht nur das Lachen mittlerweile vergangen war, auch gemeinsame Abendessen mit Freunden hat sie gemieden, aus Angst die Prothese „verrutscht“. Aufgrund des insuffizienten Sitzes der Prothese hatte die Patientin zudem rezidivierend auftretende Beschwerden durch Druckstellen. Sie war insgesamt mit der momentanen Situation sehr unglücklich.

Diagnostik

Im Ober- und Unterkiefer zeigte sich eine ausgeprägte Atrophie der Alveolarfortsätze mit entsprechenden Hart- und Weichgewebsverlusten horizontal und vertikal. Die Auswertung des OPTG ergab ein für die Implantation stark reduziertes Knochenangebot sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6