

Implantation und Kieferkammrekonstruktion mittels titanverstärkter PTFE-Membranen

Der Einsatz titanverstärkter nichtresorbierbarer Membranen (e-PTFE, Fa. Gore) erlaubt es dem Autor, in seiner kieferchirurgischen Praxis mit dem Schwerpunkt auf der Implantologie ohne Knochenersatz- und Aufbaumaterialien und ohne autologe Blocktransplantate auszukommen. Das resultiert aus folgenden Eigenschaften der Membran: die Barrierefunktion bleibt bis zur Membrantfernung, also beliebig lange, in vollem Umfang erhalten; durch die Titanverstärkung hat die Membran einen raumschaffenden Effekt, sodass kein Füllmaterial zur Stützung der Membran erforderlich ist.

Dr. Norbert Haßfurth/Wettenberg

■ Der leere Raum scheint möglicherweise neben der Füllung mit osseoinduktivem Material das höchste osteogene Potenzial zu haben (siehe Diskussion). Aus diesem Grunde produziert dieses Verfahren in kurzer Zeit ein hochwertiges Regenerat, das sich durch eine ausgezeichnete Langzeitstabilität auszeichnet und ein einzeitiges Vorgehen, also eine gleichzeitige Implantatinsertion und Kieferkammrekonstruktion, auch noch in Situationen, die bislang als Indikation für ein zweizeitiges Vorgehen galten, erlaubt. Dies soll durch zwei Patientenfälle dargestellt werden. Der dritte Fall ist besonders geeignet zu demonstrieren, in welchem rasantem Tempo die Osteoneogenese bei diesem Verfahren abläuft, da die Membran wegen einer Exposition vorzeitig entfernt wurde. Zudem soll am Beispiel dieses Falles erörtert werden, wie Komplikationen beherrscht werden können und dass die Indikationsgrenzen und das Potenzial dieser Methode sicher noch nicht erreicht bzw. ausgeschöpft sind.

Der Autor arbeitet seit 15 Jahren ausschließlich nach dem hier vorgestellten Verfahren der GBR (Guided Bone Regeneration) mit nicht resorbierbaren und, im Falle

nicht Raum schaffender Defekte, titanverstärkten Membranen.

Methode

Gegebenenfalls erfolgt eine systematische Parodontaltherapie (45% PA-Erkrankungen) bzw. PZR. Alle Patienten spülen fünf Tage vor dem Eingriff dreimal täglich mit einer 0,12% Chlorhexidin-Digluconat-Lösung („ParoEx“) und nehmen ab dem Vorabend der Operation Clindamycin 300 mg 3x1 ein, wenn keine Kontraindikation besteht. Zu den operationstechnischen Einzelheiten siehe auch den Beitrag des Autors im Implantologie Journal 4/2003. Vor allen Implantationen wird eine Modellimplantation unter prothetischen Gesichtspunkten vorgenommen und es wird eine Mess- und Bohrschablone mit einem Stift-/Hülsensystem erstellt. Vor der Versorgung einer Schallücke in der Oberkieferfront wird zudem eine Tiefziehschiene über der Interimsversorgung bzw. einem Wax-up hergestellt, um intraoperativ nach der Vorbohrung mittels Indikatorpfosten Implantatposi-



Abb. 1-1



Abb. 1-2

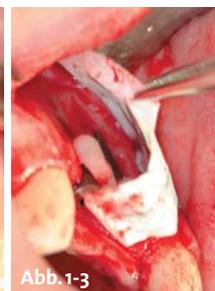


Abb. 1-3



Abb. 1-4



Abb. 1-5



Abb. 1-6



Abb. 1-7