

# Kombiniert Skalpell- und Laserchirurgische Weichgewebskonditionierung im atrophierten zahnlosen Unterkiefer

Anhand dieses Falles soll die sinnvolle Kombinierfähigkeit konventioneller chirurgischer Freilegungstechniken und laserunterstützter Weichgewebschirurgie demon-

■ Im ausgeprägt atrophierten zahnlosen Unterkiefer ist die Verankerung einer steggetragenen Totalprothese auf vier interforaminalen Implantaten meist die einzige Möglichkeit, dem Patienten auf verhältnismäßig einfache Art und Weise wieder Kau- und Lebensqualität zurückzugeben. In der Regel ist in diesem Bereich das Knochenangebot in Quantität und Qualität als gut zu bezeichnen und das chirurgische Vorgehen simpel.

Durch den vertikalen Knochenverlust aufgrund langer Zahnlosigkeit sind die Weichgewebe ebenfalls kompromittiert. Ein Absinken der Pars alveolaris bewirkt eine Anhebung des Mundbodens und sehr häufig eine Verschiebung der Mundbodenmukosa nach labial bzw. eine kranio-distale Verschiebung der Mukogingivalgrenze. Nach wie vor ist eine dauerhafte stabile, periimplantäre Weichgewebssituation um enossale Implantate nur möglich, wenn ein ausreichend breiter Saum an keratinisierter und befestigter Gingiva vorhanden ist. Die Hygienefähigkeit der Stegkonstruktion durch den Patienten sollte gesichert sein, auch wenn die Realität uns häufig Lügen straft und die Stegkonstruktionen nicht selten durch Plaqueakkumulation und Zahnsteinbildung in Mitleidenschaft gezogen werden. Aus diesem Grund ist es in unserer Praxis *Conditio sine qua non*, dass alle implantologisch versorgten Patienten alle drei Monate in das Prophylaxeprogramm eingebunden werden.

Das periimplantäre Weichgewebe sollte bei der Implantatfreilegung entsprechend konditioniert werden.

Bei mangelnder befestigter Gingiva kann diese mithilfe von freien Schleimhauttransplantaten aus dem Gaumen vermehrt werden, was wiederum eine weitere chirurgische Maßnahme notwendig macht und bei älteren Patienten nicht immer akzeptiert wird. Wie die periimplantäre Weichgewebssituation während der Second Stage Surgery mit nur einem Eingriff verbessert werden kann, soll anhand eines Fallbeispiels dokumentiert werden.

## Fallbericht

Eine 72-jährige Patientin mit unauffälliger Anamnese und sehr gutem Allgemeinzustand wurde 2006 alio loco mit vier interforaminalen Implantaten (3i Standardimplantate mit External Hex) versorgt. Nach einer komplikationslosen Osseointegrationsphase von vier Monaten sollte die Freilegung der Implantate erfolgen und die Patientin wurde von mir weiterbehandelt.

Das intraorale klinische Bild zeigte eine deutliche Alveolarfortsatzatrophie mit Anhebung des Mundbodens über das Kammniveau und eine ungünstige Schleimhautsituation. Durch die relativ dünne Gingivaschicht waren die Implantate zu erahnen. Abbildung 1 zeigt die Situation unmittelbar vor der Implantatfreilegung.

Bei der Schnittführung mit dem Skalpell ist genau zu beachten, wo sich befestigte Gingiva befindet. Ziel sollte es sein, das vorhandene „brauchbare“ Gewebe in



**Abb. 1:** Situation vor Implantatfreilegung. Massive Alveolarfortsatzatrophie mit Anhebung des Mundbodens und Verschiebung der Weichgewebsgrenzen. – **Abb. 2:** Freigelegte Implantate nach Spaltlappenpräparation und Fixierung der Attached Gingiva nach labial und lingual durch Einzelknopfnähte. – **Abb. 3:** Mittels eines Diodenlasers (Fa. ORALIA) wird das Weichgewebe konditioniert und modelliert. Gleichzeitig erfolgt eine Koagulation des submukösen Gewebes.