

Socket preservation – ein Weg zu einer gelungenen Rot-Weiß-Ästhetik

Die Zeit, in der die Funktion von Implantaten im Vordergrund stand, ist vorbei (Zadeh HH 2004). Die Patienten erwarten ein Höchstmaß an Ästhetik, gerade bei implantatgetragenen Restaurationen im Frontzahnbereich. Da der Verlust eines Zahnes aber auch immer einen Verlust von Hart- und Weichgewebe mit sich bringt (McAllister et al. 2007; Irinakis T 2006; Yeo AB et al. 2004, Schmidlin PR et al. 2004; Zadeh HH 2004), gilt es diesen auszugleichen oder besser noch, ihn erst gar nicht entstehen zu lassen. Die Technik der „Socket preservation“ ermöglicht ein atraumatisches Vorgehen bei maximaler Erhaltung der dento-alveolären Strukturen (John V et al. 2005).

Dr. med. dent. Lutz Ricken, Dr. med. dent. Manuel Troßbach/Bad Wildungen

■ Eine der größten Herausforderungen in der Implantologie ist ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis in der Oberkieferfront (Khatami AH et al. 2006; Camargo PM et al. 2006; Levin I et al. 2004). Gerade in diesem Bereich ist der Patient in der Lage, das Ergebnis der Arbeit zu beurteilen. Farbe und Form sind auch vom Laien beurteilbar, wobei schon kleinste Abweichungen dem Betrachter auffallen. Nicht zuletzt durch die Berichterstattung in den Medien sind Zähne in den Blickpunkt des Interesses gerückt.

Leonardo da Vinci stellte seine Mona Lisa noch mit geschlossenem Mund dar. Wäre das Bild in unserer Zeit entstanden, hätte die Mona Lisa nicht dieses vornehme, zurückhaltende Lächeln, sondern ein breites, zähnezeigendes Lachen. Schöne Zähne sind zu Statussymbolen geworden. Diesem Anspruch muss eine zahnmedizinische Restauration standhalten.

Die im Folgenden dargestellte Technik der Socket preservation ist eine chirurgisch einfache Methode, die gut vorhersagbare Ergebnisse liefert. Selbst bei Komplikationen in der Wundheilung konnte bei fast allen Patienten, die in dieser Weise behandelt wurden, ein oder mehrere Implantate ohne zusätzliche augmentative Maßnahmen eingebracht werden. Nur bei rauchenden Patienten blieb die Ossifikation der Alveole und Revaskularisation des freien Schleimhaut-Bindegewebestransplantats aus. Diese und andere Misserfolge führten dazu, keine Augmentationen bei Rauchern durchzuführen.

Falldarstellung

Der folgende Fall demonstriert das in unserer Klinik übliche Procedere. Die 52-jährige Patientin stellte sich mit Schmerzen, nach einem vor mehreren Tagen bei der Hausarbeit geschehenen Trauma, in unserer Klinik vor. Die mittlerweile devitalen Zähne 11, 21 und 22 sind alio loco mittels Schmelz-Ätz-Technik geschient, aber nicht endodontisch behandelt worden. Der Ausgangsbefund ist in Abbildung 1 dargestellt. Der Patientin wurde die Möglichkeit des Zahnerhalts durch endodontische Behandlung und die Möglichkeit des Zahnersatzes durch eine von zwei Implantaten getragene Brücke erläutert. Da die Fehlstellung der betroffenen Frontzähne die Patientin schon immer störte, entschied sie sich für die implantatgetragene Lösung, wobei ihr der höhere zeitliche und finanzielle Aufwand dieser Option durchaus bewusst war. Zur sofortigen Schmerzbeseitigung wurde zunächst eine Trepanation der Zähne durchgeführt, wobei sich aus allen Zähnen Pus entleerte. Dieser Umstand veranlasste uns dazu, von einer Sofortimplantation Abstand zu nehmen.

Nach Abklingen der akuten Entzündung wurden die Zähne 11, 21 und 22 extrahiert, die Alveolen kürettiert und bis zum Rand mit xenogenem Knochenersatzmaterial (Bio-Oss, Fa. Geistlich) gefüllt.

Um ein Tiefenwachstum des oralen Epithels zu verhindern (Horowitz RA 2005), wurde das Augmentat mit einer resorbierbaren Kollagenmembran abgedeckt



Abb. 1: Zustand nach Frontzahntrauma und Schienung. – **Abb. 2:** Nach Füllung der Alveolen wurden diese mit Schleimhaut-Bindegewebestransplantat verschlossen. – **Abb. 3:** Herausnehmbare provisorische Versorgung.