

Der parodontale Risikopatient



Patienten haben heute neben einer gestiegenen Erwartungshaltung an eine zahnärztliche Versorgung auch den Wunsch nach oraler Rehabilitation bis ins hohe Alter sowie einer bestmöglichen Herstellung ihrer Lebensqualität in funktioneller und ästhetischer Hinsicht.⁶ Der folgende Beitrag soll eine durchgeführte implantologische Versorgung im Unterkiefer zur Wiederherstellung der Lebensqualität eines 75-jährigen Patienten mit PA-Vorgeschichte und IL-1-Polymorphismus zeigen.

Autoren: Dr. Inga Boehncke, M.Sc., ZTM Moritz Thole



Dr. Inga Boehncke
[Infos zur Autorin]

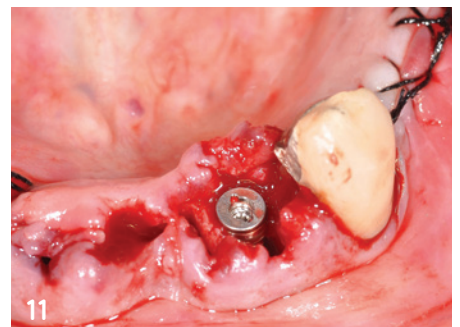
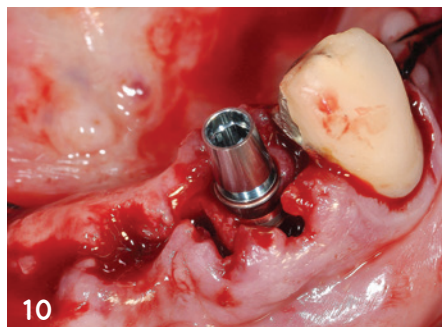
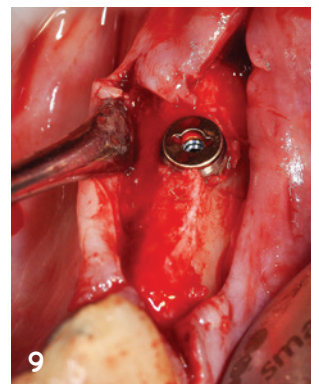
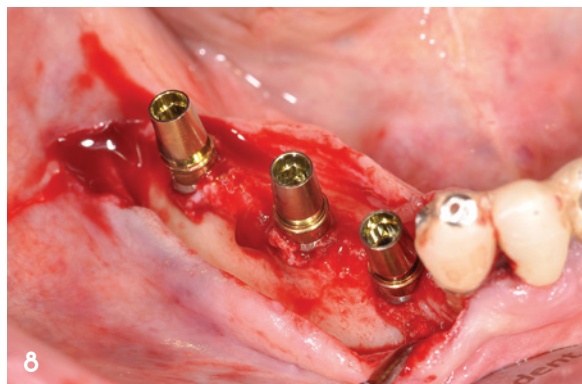
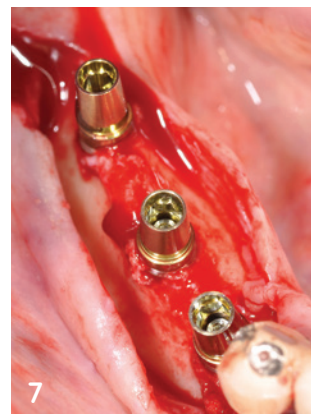
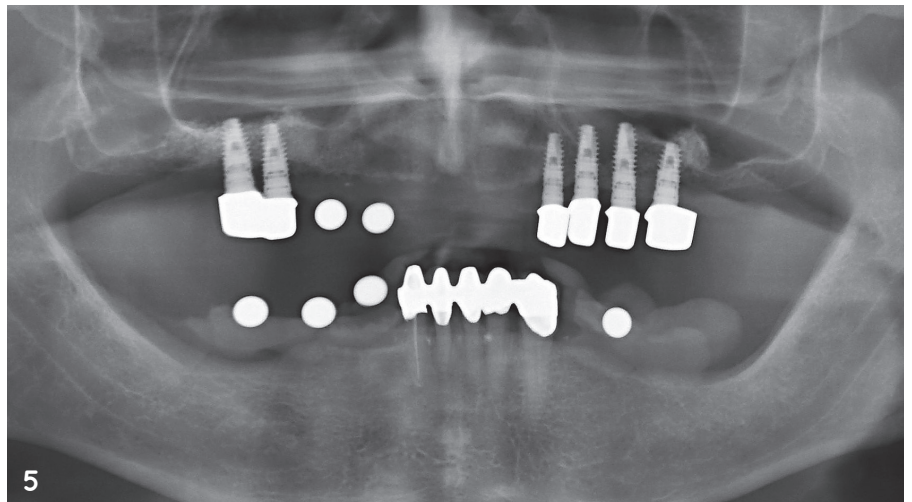
Ein 75-jähriger Patient stellte sich mit einer insuffizienten Unterkieferversorgung (Abb. 1–4) und einer implantatgestützten Oberkieferversorgung vor. Im Oberkiefer waren bereits von den ehemals acht Implantaten zwei aufgrund von entzündlichen Prozessen verloren gegangen. Die verbliebenen Implantate wiesen Knochenbrüche und entzündlich verändertes Weichgewebe auf. Die Situation im Unterkiefer ertrug der Patient seiner Aussage nach seit circa zehn Jahren, bis die abgesunkene Vertikaldimension, durch die sich zusehends Rhagaden in den Mundwinkeln bildeten, und die immer häufiger auftretenden Druckstellen auf dem Kieferkamm seine Lebensqualität stark einschränkten.

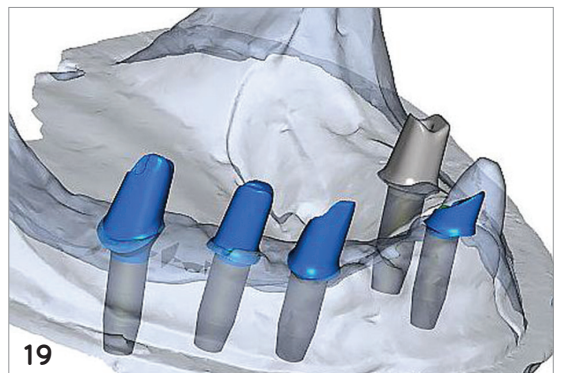
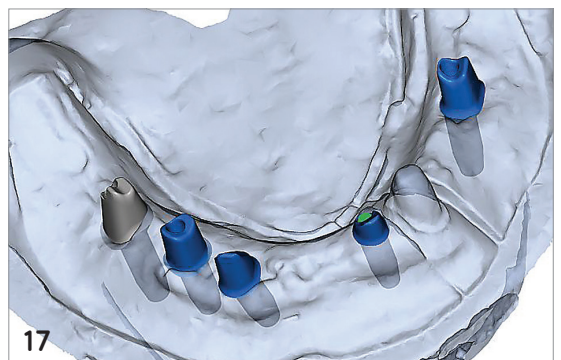
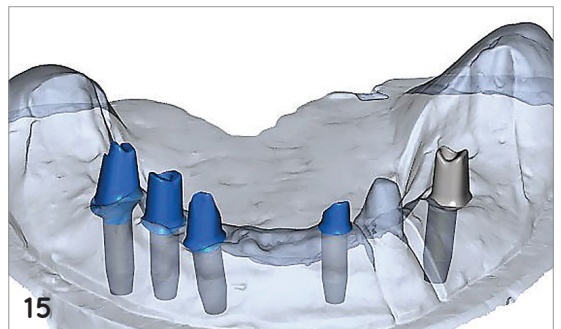
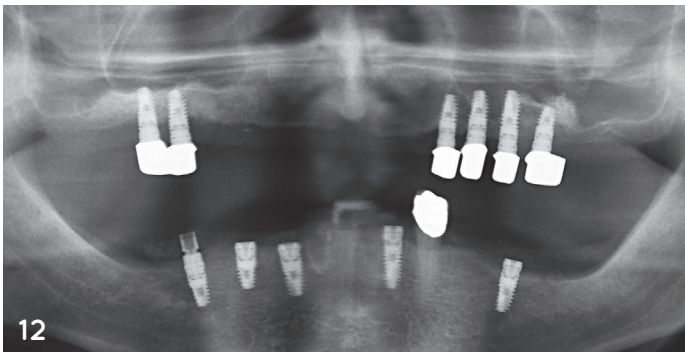
Der Patient hatte seine übrigen Zähne durch entzündliche Parodontalerkrankungen verloren und wünschte eine festsitzende Lösung bei gleichzeitig guter Reinigungsmöglichkeit – auch bei nachlassender manueller Geschicklichkeit. Dem Patienten wurde eine teleskopierende Brückenkonstruktion auf fünf Implantaten und einem verbleibenden Restzahn 33 empfohlen. Die übrigen Frontzähne sollten entfernt werden.

Klinisches Vorgehen

Nach intensiver Vorbehandlung, besonders des Oberkiefers, Mundhygieneinstruktion und Erfolgskontrolle sowie Bestimmung des Vitamin-D-Blutspiegels (der Patient wies einen Wert von $<15 \text{ ng/ml}$ auf), erfolgte zwei Monate später eine Panoramaschichtaufnahme mit Röntgenreferenzkörpern (Abb. 5) sowie die Herstellung von Situationsmodellen und einer Positionierungsschablone nach prothetischer Voraufstellung.

Es wurden nach mehreren Infiltrationsanästhesien beidseits und Präparation von zwei Mukoperiostlappen zwei $3,8 \times 9,5 \text{ mm}$ -Implantate Regio 045 und 047 und ein $3,8 \times 11 \text{ mm}$ -Implantat Regio 043 sowie ein $3,8 \times 11 \text{ mm}$ -Implantat Regio 036 (Xive S plus, Dentsply Sirona Deutschland) inseriert (Abb. 6–9). Der Kieferknochen wurde mit Eigenknochenspänen, die mittels Safescraper gewonnen wurden, und einem Knochenersatzmaterial (Bio-Oss®, Geistlich Biomaterials)





aufgebaut, modelliert und mit einer Membran (Bio-Gide®, Geistlich Biomaterials) zum Schutz vor dem einwachsenden Weichgewebe bedeckt.^{2,4,5} Die Zähne 42 bis 32 wurden anschließend minimalinvasiv entfernt und nach Überprüfung einer

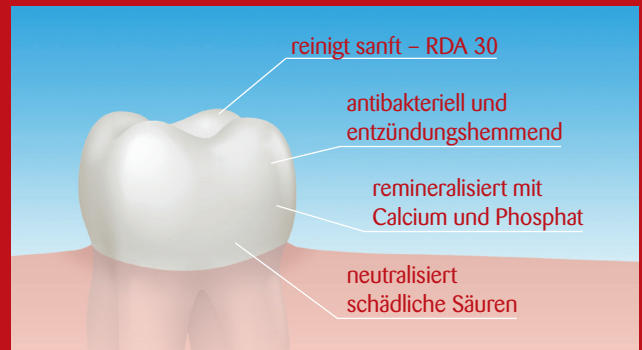
intakten bukkalen Lamelle an Regio 042 ein 3,4x13mm-Sofortimplantat gesetzt (Xive S plus, Dentsply Sirona Deutschland; Abb. 10 und 11). Die verbliebenen Hohlräume wurden ebenfalls mit Eigenknochenspänen aufgefüllt und als Resorp-

tionsschutz mit Knochenersatzmaterial und einer Membran bedeckt (Bio-Oss®, Bio-Gide®; Geistlich Biomaterials). Perioperativ wurde der Patient mit Clindamycin 600 mg abgedeckt. Es erfolgte eine Gabe von 600 mg eine Stunde präoperativ und



Medizinisches Zahncremekonzentrat
für Zähne, Zahnfleisch und Zunge

Ajona wirkt – das fühlt und schmeckt man.



Das 4-stufige Wirkprinzip

Das Ergebnis der Zahnpflege mit Ajona:
Gesunde, saubere Zähne, kräftiges
Zahnfleisch, reiner Atem und
eine lang anhaltende, sehr
angenehme Frische
im Mund.



Pflege-Tipp
für die notwendige
besonders sorgfältige
Mundpflege bei Implantaten:
Ajona auf die Interdentalbürste
geben und Grenzbereich reinigen.



Jetzt kostenlose Proben anfordern:

Fax: 0711-75 85 779 71 • E-Mail: bestellung@ajona.de

Praxisstempel/Anschrift

Datum/Unterschrift

ZWP Spezial August 21

eine weitere Einnahme von 600mg Clindamycin bis einschließlich sechs Tage postoperativ. Zusätzlich fand präoperativ eine Keimreduktion der Mundhöhle mit einer 0,2-prozentigen Chlorhexidinspülung alkoholfrei für dreimal 30 Sekunden statt. Weiterhin wurde eine Substitution mit Vitamin D3 und K2, beginnend sechs Wochen präoperativ vorgenommen. Der Wundverschluss erfolgte mit Nahtmaterial der Stärke 5/0 (ETHICON, Johnson & Johnson Medical) für eine geschlossene Einheilung.⁵ Abschließend wurde eine postoperative Röntgenkontrollaufnahme angefertigt (Abb. 12). Die ehemalige Prothese des Patienten wurde umgearbeitet und eine Woche Karenz verordnet. Eine postoperative klinische Kontrolle fand am Folgetag statt.

Zur Spülung wurde dem Patienten am OP-Tag eine 0,2-prozentige Chlorhexidinspülung alkoholfrei empfohlen, für die Folgetage erhielt er Liporal (Sonnenberg & Fürst) als Spülung.

Die Prothese wurde nach Nahtentfernung, 14 Tage postoperativ mit Visco-gel (Dentsply DeTrey) unterfüttert.

Freilegung

Die Freilegung erfolgte zwölf Wochen nach Implantatinsertion. Es wurden 3–5 mm Gingivaformer (Dentsply Sirona Deutschland) in die Implantate eingeschraubt und die präparierten Lappen adaptiert (Abb. 13). Die Prothese wurde ausgeschliffen und erneut mit Visco-gel (Dentsply DeTrey) unterfüttert. Die Nahtentfernung fand sieben Tage nach Freilegung statt, die Schleimhaut zeigte eine reizlose Wundheilung.

Definitive Versorgung

Zwei Wochen nach der Freilegung erfolgte die Abformung der Implantate und des präparierten Zahns 33 mittels offener Abformung und einem individuellen Löffel (Abb. 14 und 15). Das Weichgewebe zeigte eine gute Heilung, eine stabile keratinisierte Gingiva umgab die Implantate (Abb. 16).

Eine Woche später wurden die Anprobe der Primärteleskope auf dem Zahn 33 und der individuellen Abutments (Atlantis®, Dentsply Sirona Deutschland; Abb. 17–19) sowie eine Bissnahme mit einer Bisssschablone durchgeführt. Eine Zwischenanprobe der Modellguss-Sekundärkonstruktion fand statt, um Spannungsfreiheit zu garantieren. Nach Wachsenanprobe und erneuter Bissnahme wurde die Arbeit fertiggestellt. Die Gingivaformer wurden gegen die Titanabutments getauscht, welche mit 30 Ncm angezogen wurden und vor Insertion einem speziellen Reinigungsprotokoll unterzogen wurden. Die Schraubenkanäle wurden mit Guttapercha verschlossen und die Primärteleskope mit Harvard zementiert (Abb. 20–22).³ Die Arbeit wurde eingegliedert (Abb. 23 und 24).

Nach kleineren Okklusionskorrekturen wurde der Patient entlassen und zwei Tage später zur Kontrolle einbestellt.



Es zeigten sich keine Irritationen der Schleimhaut, die Teleskope zeigten weder Plaqueansammlungen noch beschrieb der Patient ein Spannungsgefühl. Er konnte wieder feste Speisen zerkleinern sowie frontal abbeißen. Der Patient wurde in einen sechswöchigen Recall eingebunden, um Mundhygiene, BOP und etwaige Belastungsveränderungen zu kontrollieren.

Fazit

Um ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erzielen, muss bei der Therapiewahl der individuelle Patientenbefund und vor allem dessen persönliche Erwartungshaltung berücksichtigt werden. Dabei gilt es, die individuelle Vorgeschichte eines Patienten, die zum Zahnverlust geführt hatte, zu berücksichtigen, um den Patienten in ein individuelles Behandlungskonzept einzubetten, welches sich an seinem dentalen Risikoprofil orientiert.

Der hier vorgestellte Versorgungsfall eines 75-jährigen Patienten mit Wunsch nach Lebensqualität und festsitzenden Zähnen beim Essen und Sprechen zeigt eine kombiniert festsitzend-herausnehmbare Versorgung, die die Pfl egbarkeit bis ins hohe Alter gewährleistet. Aufgrund der PA-Vorgeschichte, des Verlusts von zwei Implantaten im Oberkiefer durch entzündlichen Knochenabbau sowie des Interleukin-1-Polymorphismus wird ein sechswöchiges Recallintervall empfohlen. Zur Verbesserung des Knochenstoffwechsels und der Gewebeheilung wurde der Patient mit Vitamin D3 und K2 substituiert. Der Vitamin-D-Spiegel sollte bei > 70 ng/ml bleiben und wird weiterhin kontrolliert. Die verloren gegangenen Implantate im Oberkiefer sollen zu einem späteren Zeitpunkt ersetzt und in die bestehende Teleskoparbeit reintegriert werden. Die verbliebenen Implantate im Oberkiefer weisen derzeit stabile Verhältnisse auf, bei negativem BOP.

Die achtwöchig durchgeführten professionellen Reinigungen gewährleisten zusätzlich ein adäquates Biofilmmangement und sollen so den Langzeiterfolg durch Vermeidung von plaqueinduzierten periimplantären Entzündungen gewährleisten.¹

KONTAKT

Dr. Inga Boehncke, M.Sc.

Bürgermeister-Spitta-Allee 7e
28329 Bremen
info@zahnarzt-boehncke.de
www.zahnarzt-boehncke.de

ZTM Moritz Thole

Lentz & Müller Dentaltechnik GmbH
Ihlpohler Heerstraße 34
27721 Ritterhude
info@lentz-mueller.de
www.lentz-mueller.de

Literatur





PURE SIMPLICITY



NEW CHIROPRO

IMPLANTOLOGY
motor system

NEW CHIROPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Steuern Sie Ihren Implantologie- und Chirurgie-Motor mit einem einzigen Drehknopf. Die neuen Chiropro von Bien-Air Dental wurden komplett nach einer Philosophie konzipiert: **Schlichkeit!**

www.bienair.com

S W I S S  M A D E

 **GO TO online shop**
bienair.com/eshop

FREE SHIPPING!