

Moderne GBR-Techniken für den horizontalen und vertikalen Knochenaufbau

Der vorliegende Fall zeigt exemplarisch, dass auch komplexe chirurgische Ausgangssituationen durch moderne chirurgische Techniken beherrscht werden können und in Verbindung mit bewährten zahntechnischen Konstruktionsprinzipien zu absolut zufriedenstellenden prothetischen Ergebnissen führen.

■ Mithilfe evident-basierter Knochenaufbautechniken und einem modernen Implantatsystem wird dem Patienten eine für ihn optimale, funktionelle und ästhetische Lösung angeboten.

Ausgangssituation

Eine 63-jährige Patientin stellte sich 2006 zum ersten Mal mit ihrer insuffizienten, implantatgetragenen Versorgung im Oberkiefer in meiner Praxis vor (Abb. 1 und 2). Nach eingehender Diagnose und ausführlichem Beratungsgespräch wurde folgender Behandlungsplan erstellt: Explantation der insuffizienten Implantate in Regionen 14–15, horizontaler und vertikaler Knochenaufbau mit Implantation von sechs Implantaten im Oberkiefer. Als prothetische Versorgung wurde eine herausnehmbare Prothese auf zahntechnisch individuell gefrästen Stegen in Galvanotechnik geplant. Aufgrund der stark atrophischen Maxilla wurde zur CT-unterstützten Diagnose ein Denta-Scan angefertigt (Abb. 3).

Behandlung

Die starken Dehizensen im ersten Quadranten nach der Explantation und die geringe Knochenhöhe im zweiten Quadranten machten ein zweiphasiges operatives Vorgehen notwendig. Unter ITN wurde Mitte Mai 2006 eine Augmentation des Oberkiefers durchgeführt. Dazu wurde aus Regio 48–46 mittels der Piezosurgery®-Technik (Fa. Mectron) ein autologer Knochenblock entnommen (Abb. 4). Zusätzlich wurde mithilfe eines Bone-Scrapers spongöser Knochen aus der Donorregio gewonnen (Abb. 5). Zur vertikalen Augmentation des rechten Oberkiefers wurde der entnommene Knochenblock mit 8-mm-Fixationsschrauben befestigt (Abb. 6). Des Weiteren erfolgte die Durchführung eines offenen Sinuslifts (Abb. 7), der mit Beta-TCP (Cerasorb) und autologem Knochen im Mischungsverhältnis von 75 % zu 25 % aufgefüllt wurde. Die Abdeckung des Fensters erfolgte durch eine Collagen-Membran (Bio-Guide der Fa. Geistlich Biomaterials), die mit Titan-Pins fixiert wurde. Der Aufbau der linken Oberkieferseite fand mittels gesteuerter Knochenaufbautechnik (GBR) statt. Zum

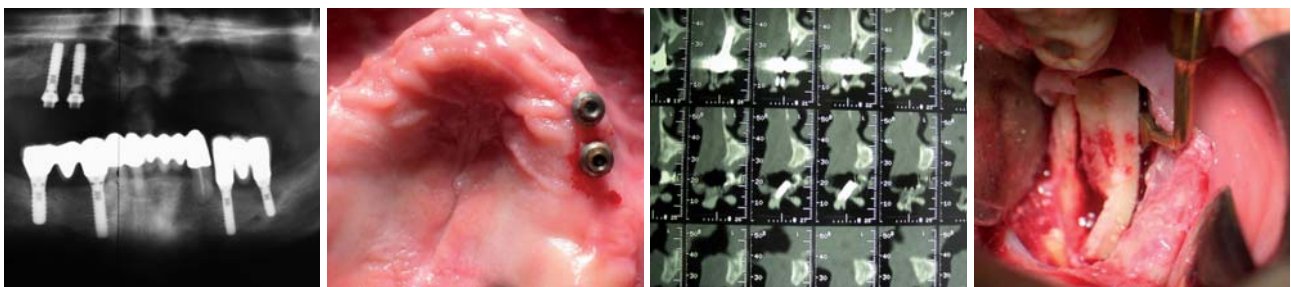


Abb. 1: Röntgenologische Darstellungen der insuffizienten Implantate in Regio 14, 15. – **Abb. 2:** Periimplantitis an Implantaten Regio 14, 15. – **Abb. 3:** Denta-Scan (CT-unterstützte Diagnose). – **Abb. 4:** Entnahme eines autologen Knochenblocks (Regio 48, 46) mittels der Piezosurgery-Technik.

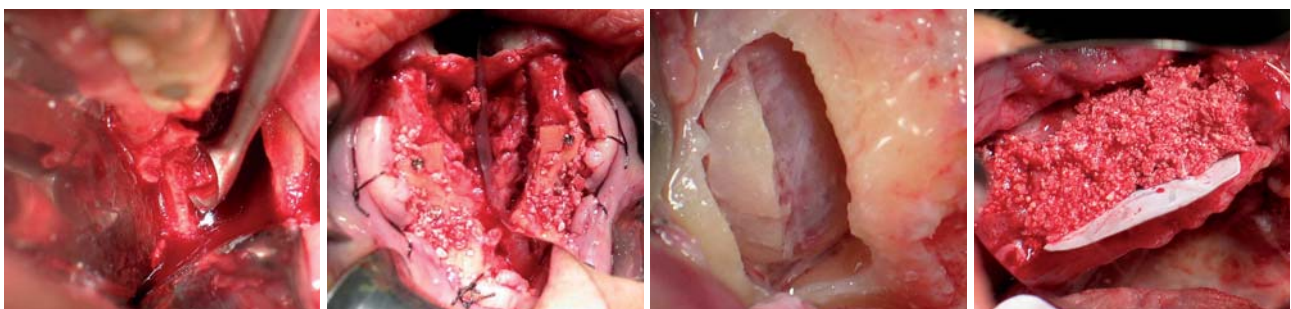


Abb. 5: Entnahme spongöser Knochen aus Donorregio mittels JO-Scraper. – **Abb. 6:** Vertikale Augmentation im ersten Quadranten durch Fixierung des Knochenblocks mittels Fixationsschrauben. – **Abb. 7:** Darstellung des Fensters während eines offenen Sinuslifts mittels Piezosurgery-Technik. – **Abb. 8:** Vertikale Augmentation des zweiten Quadranten mittels Knochentransplantats (Mischung aus Beta-TCP und autologem Knochen).

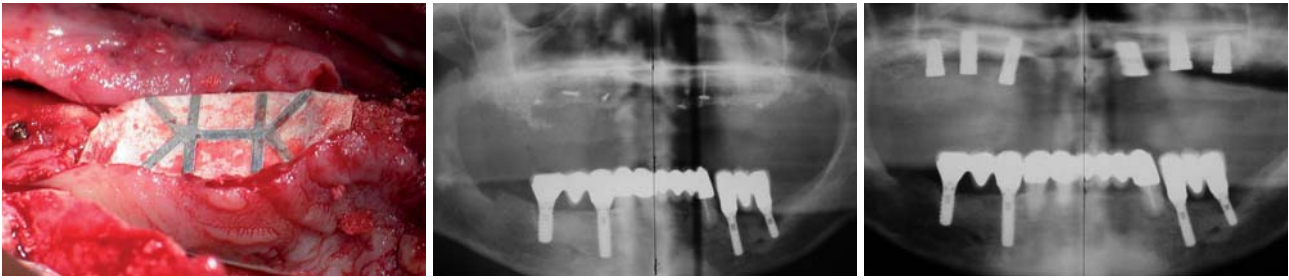


Abb. 9: Abdeckung des Knochentransplantats mittels einer nichtresorbierbaren, titanunterstützte PTFE-Membran (Gore-Tex). – **Abb. 10:** Röntgenologische Darstellung der bilateralen, vertikalen Augmentation im Oberkiefer (Sandwich-Technik). – **Abb. 11:** Post-OP Panorama-Aufnahme von sechs enossalen Implantaten (Fa. Dentegris, Deutschland).



Abb. 12: Abdruckpfosten aufgeschraubt für Abdrucknahme durch offene Löffeltechnik. – **Abb. 13:** Meistermodell mit individualisierten Gold-Kunststoff-Aufbauten (UCLA-Abutments), (Dental-Labor Voss, Fröndenberg). – **Abb. 14:** Verklebung der Mesio-Struktur mit dem Tertiärgerüst, spannungsfrei im Mund. – **Abb. 15:** Suprakonstruktion in situ.

vertikalen Aufbau wurden zwei Jeil-Schrauben mit 8 mm fixiert, eine Mischung aus Beta-TCP (Chronos) und autologem Knochen gewählt. Die Abdeckung erfolgte mit einer nichtresorbierbaren, titanunterstützten PTFE-Membran (Gore-Tex), die mittels Titanpins (curasan) fixiert wurde (Sandwich-Technik) (Abb. 8, 9 und 10). Nach fünfmonatiger komplikationsloser und reizfreier Heilungsphase konnten sechs enossale Implantate (Fa. Dentegris, Deutschland) inseriert werden (Abb. 11). Nach einer Einheilzeit der Implantate von weiteren sechs Monaten erfolgte die Freilegungs-OP mit sich anschließender Abdrucknahme durch offene Löffeltechnik (Abb. 12).

Zahntechnische Realisation

Nach Herstellung des Meistermodells (Abb. 13) erfolgte die Anprobe der vom Zahntechniker individualisierten und vergossenen Goldkunststoffaufbauten (UCLA-Abutments, Fa. Dentegris, Deutschland). Die Verklebung der in Galvano-Technik hergestellten Mesostruktur mit dem Tertiärgerüst konnte schließlich span-

nungsfrei im Mund der Patientin durchgeführt werden (Abb. 14). Die zahntechnisch hochwertige, herausnehmbare Versorgung stellt in kaufunktioneller und ästhetischer Hinsicht eine sehr zufriedenstellende und komfortable prothetische Lösung für den Patienten dar (Abb. 15).

Fazit

Die bewährte klassische Konstruktion der implantatgetragenen, individuell hergestellten Stegprothese ist immer noch ein bevorzugter Lösungsweg bei der Versorgung des zahnlosen Kiefers, wenn aus anatomischen, finanziellen oder altersbedingten Gründen von einer festsitzenden Brücke bzw. einem teleskopierenden Zahnersatzes Abstand genommen wird. Guter Prothesenhalt, einfache Handhabung und hoher Tragekomfort bei vergleichsweise guter Reinigungsfähigkeit gegenüber festen Brückenkonstruktionen werden von den Patienten sehr geschätzt. Auch aus ästhetischer und phonetischer Sicht kann die Stegversorgung indiziert sein, da eine sinnvolle Gestaltung des Prothesenkörpers positiven Einfluss auf die Lippenfülle, Kronenlänge und Phonetik nehmen kann. ■

Vielen Dank an Zahntechniker ZTM Voss, Fröndenberg.

■ KONTAKT

Drs. Guido-Jan Kisters
Spezialist Implantologie DGZI, GBOI
Im Esch 4
58455 Witten
Tel.: 02 30/22 40 66
E-Mail: gjk@drs-kisters.de



Abb. 16: Röntgenologische Darstellung nach Eingliederung zeigt die optimale Passgenauigkeit.