

# Versorgung des zahnlosen Oberkiefers mit gaumenfreier Suprakonstruktion

*Der oralen Rehabilitation zur Wiedererlangung der Kaufunktion als auch ästhetischer Wünsche wird seit langem durch die Implantologie Rechnung getragen. Ein sich für eine Implantatversorgung entscheidender Patient möchte außer der Wiederherstellung der Funktion die ästhetischen Aspekte berücksichtigt wissen.*

DR. PETER HENTSCHEL, DR. FRANK PAULUN/ESSEN

Diese sind in aller Konsequenz abhängig von der Implantatposition – das Implantat soll idealerweise die Verlängerung der auf ihr zu verankernden Suprakonstruktion sein (GARBER). Die Position richtet sich also nicht nach dem vorliegenden Defekt, sondern nach den aus der Analyse des Wax-up gewonnenen Vorgaben, welche intraoperationem idealerweise unter Verwendung von Bohrschablonen chirurgisch umgesetzt werden. Dabei sollten Richtlinien zur Harmonisierung von Weichgewebe und Lachlinie, von Gingivalinie und ästhetischem Fenster berücksichtigt werden. Hart- und Weichgewebdefekte sind durch Anwenden entsprechender operativer Techniken zu berücksichtigen (Augmentationsverfahren; Weichgewebsmanagement).

Auf Grund der zunehmend wachsenden ästhetischen Ansprüche gilt es aus der Vergangenheit gewonnene Erfahrungen in der Praxis umzusetzen. Nach umfangreicher Diagnostik (Planung mit Wax-up, Implantatmessaufnahme, Bohrschablone etc.) erfolgt bei Ausschluss aller Kontraindikationen i.d.R. die Implantatinsertion. Nach Osseointegration erfolgt die Versorgung des Implantates mit der entsprechend geplanten Suprakonstruktion.

TRINON (Karlsruhe) entwickelte nach Einführung des einphasigen Q-Implant®-Systems (Titan-Monokörper) das zweiphasige Q II-Implant®, um bei der oralen Rehabilitation auch komplizierterer Ausgangssituationen flexible Lösungsansätze aufzuzeigen. Dieses nutzen wir bei der Rehabilitation des nachstehenden Patientenfalles.

## Falldarstellung

Die damals 55-jährige Patientin stellte sich in unserer Praxis mit einer sehr ausgeprägten parodontalen Destruktion vor, welche zwangsläufig auf Grund der starken Lockerungsgrade in Folge zum Totalverlust der Oberkieferzähne führen musste. Dem Rechnung tragend wurde planerisch nach Registrierung der Ausgangssituation und Entfernung der nichterhaltungswürdigen Zähne sofort Immediatersatz eingegliedert. Die Patientin – im öffentlichen Dienst tätig – äußerte den Wunsch nach feststehendem Zahnersatz. Auf Grund der Eingangsvoraussetzungen und im Hinblick auf die Optimierung der Mundhygiene wurde die Versorgung mit einer abnehmbaren



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

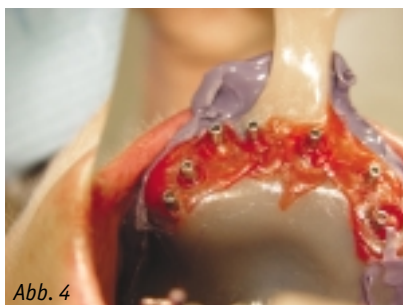


Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



baren teleskopierenden Brückenprothese vorgeschlagen. Da die Patientin aus persönlichen Gründen präprothetisch die Durchführung eines beidseitigen Sinusliftes ablehnte, wurde im Vorfeld die Verteilung der Implantate von Regio 015–024 geplant. Nach reizloser Wundheilung postextractionem erfolgte dann sechs Wochen später die Insertion von 7x Q II-Implant® (Fa. Trignon, Karlsruhe) in den Längen von 12 bzw. 14 mm und dem Durchmesser von 4 mm unter lokaler Infiltrationsanästhesie (Abb. 11: prä-OP und Abb. 12: post-OP). Um die statische Belastung auf Biegung im Seitenzahnbereich in axiale Belastung umzufunktionieren wurde dabei die Insertion unter Berücksichtigung des Prinzips einer Tripodisierung durchgeführt. Für die Zeit der sechsmonatigen Einheilung konnte die Patientin in gewohnter Weise den im Vorfeld gefertigten Immediatersatz weiter tragen. Im Anschluss an die Implantatfreilegung mit Abdrucknahme zur Fertigung individueller Abformlöffel erfolgte für fünf Tage die Abdeckung der Implantate mit Gingivaformern (Fa. TRINON, Karlsruhe) (Abb. 1). Die Abformung der Implantate in regio 015–024 erfolgte mit individuellem Löffel in offener Technik unter Verwendung des Polyethers IMPREGUM (Fa. ESPE, Seefeld, Deutschland) (Abb. 2–5). Zahntechnisch wurden zunächst die Implantataufbauten als verschraubbare Primärteleskope gefertigt und vermittels Übertragungsschlüsseln in situ auf Passgenauigkeit geprüft; gleichzeitig die Prothesenbasis mit Wachs aufstellung der Prothetik einprobiert (Abb. 6 und 7). Die Frontzähne wurden entsprechend prothetischer Richtlinien außer Kontakt gestellt. Die sich anschließende Verklebung der AGC-Galvanokäppchen mit der Tertiärstruktur erfolgte labortechnisch spannungsfrei außerhalb des Patientenmundes unter Verwendung der einartikulierten Duplikatmodelle. Von Vorteil ist die optimale Passung der präfabrizierten gefrästen Titanabutments und der Galvanokäppchen (Abb. 8). Nach Inkorporation des Zahnersatzes (Abb. 9) wurde die Patientin in das praxisspezifische Prophylaxeprogramm

aufgenommen. Dadurch werden evtl. bestehende Pflegedefizite abgestellt und die Gefahr einer periimplantären Entzündung Einhalt geboten. Dies scheint uns gerade im Hinblick auf die Ursache des patientenbezogenen Zahnverlustes notwendig.

Der eingegliederte Zahnersatz bietet der Patientin nicht nur einen hohen und sicheren Tragekomfort sondern gewährleistet auch die Sicherstellung der beruflichen und sozialen Integration der Patientin (Abb. 10).

### Diskussion

Verbietet sich auf Grund der anatomischen Divergenz der Implantate speziell im zahnlosen Oberkiefer die Integration einer festsitzenden Brückenprothetik so stellt die implantatstabilisierte Deckprothese das Mittel der Wahl dar. Des Weiteren können hierdurch auch ungünstige Ausgangssituationen der Kieferrelation sowohl in der sagittalen als auch in der vertikalen Ebene kompensiert und ausgeglichen werden. Dabei kann insbesondere auch die Basisgestaltung zur Verbesserung der Lippenstütze sowie der Phonetik beitragen. Pflege-technisch bietet die implantatgetragene Deckprothese dem Patienten vergleichsweise Vorteile gegenüber festsitzender Brückenkonstruktionen. Nachteilig zeigt sich in der implantat-tegmental-getragenen Deckprothetik die Notwendigkeit der regelmäßigen Unterfütterung auf Grund der voranschreitenden Kieferkammathropie.

*Korrespondenzadresse:*  
 Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
 P. Hentschel & F. Paulun  
 Martin-Luther-Str. 122, 45144 Essen  
 E-Mail: info@zahnarztessen.de