

Indikation einer Vestibulumplastik im Oberkiefer vor einer Implantation und Totalprothese

Bei ungünstigen Schleimhautverhältnissen für das Tragen einer Oberkiefer Totalprothese ist es manchmal sinnvoll, eine Oberkiefer Vestibulumplastik im Vorfeld der Implantation durchzuführen. Die vorhandene Totalprothese wird dabei im indirekten Verfahren sofort unterfüttert und am gleichen Tag eingegliedert. Nach der Abheilung kann dann problemlos implantiert werden und der Patient mit einer neuen Totalprothese versorgt werden.

Text: Implantologe Frank Schrader

Die Patientin stellte sich bei uns mit einer nicht festsitzenden subtotalen Oberkieferprothese vor. Sie äußerte den Wunsch nach einer festsitzenden Prothese mit der sie „wieder alles essen kann“.

Die Abb.1 verdeutlicht die einstrahlenden Bänder und den atrophierten Alveolarkamm. Die Prothese (Abb. 2) war in allen Bereichen überextendiert.

Um eine günstige Ausgangssituation für die später erfolgende Implantattherapie zu schaffen, schlugen wir der Patientin eine Vestibulumplastik von 16-26 vor. Als präprothetische Maßnahme wird diese Leistung vollständig von der Krankenkasse übernommen, so dass der Patient nur die Operationsunbequemlichkeiten auf sich nehmen muss. Bei diesem Vorgehen erfolgt die Schnittführung an der Innenseite der Oberlippe von 16-26. Danach erfolgt die Schleimhautpräparation nach kaudal bis in den Bereich der unbeweglichen Mucosa. Mittels eines Raspatoriums wird danach das Periost nach kranial abgeschoben und die Schleimhaut mittels getränktem Tupfern am Knochen angedrückt.

Die nun folgende Unterfütterungsabformung erfolgte in zwei Schritten. Als Erstes erfolgt wie auf Abb. 3 und 4 zu sehen ist eine Grob-Abformung. Auf Grund der Festigkeit des Materials steht bei dieser Vorabformung der Höhengewinn des zukünftigen Funktionsrandes im Vordergrund. Als Zweites erfolgte die Feinabformung mit Xantopren blue (Abb. 5 u. 6).

Beide Abformungen wurden mit den auch sonst üblichen, unterstützenden Lippenbewegungen mundgeschlossen durchgeführt.

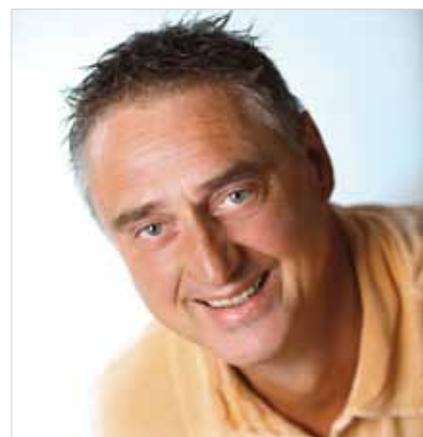
Die Prothese wurde im Labor unterfüttert. Die Abb. 7 und 8 zeigen die unterfütterte Prothese. Sehr gut ist der nach kranial verlagerte und verdickte Funktionsrand zu erkennen. Das Eingliedern dieser umgestalteten Prothese ist in aller Regel problemlos möglich, da zu diesem Zeitpunkt die Anästhesie noch nicht vollständig zurückgegangen ist.

Die Patientin wurde angewiesen die Prothese bis zum nächsten Tag im Mund zu lassen. Dies ist aus folgenden Gründen von Bedeutung:

1. Der Patient muss nicht auf seine Prothese verzichten.
2. Die Prothese dient als Wundabdeckung.
3. Die präparierte Schleimhaut wird am Knochen adaptiert.
4. Das kaudale Zusammenwachsen der Wundränder wird verhindert.

Die Abb. 9 zeigt die Wundsituation einen Tag postoperationem. Gut zu erkennen sind der fibrinbelegte offene OP-situs, der in den nächsten Tagen zugranulieren muss und der gut adaptierte Schleimhautlappen.

In den folgenden Tagen wird der Funktionsrand an den Druckstellen



DS Frank Schrader

selektiv gekürzt. Diese Kürzungen erfolgen sehr vorsichtig (max. 1 mm pro Druckstelle), damit sich der neue Funktionsrand möglichst weit kranial ausbildet.

Wegen der unterschiedlichen Empfindlichkeiten der Patienten sind aus unserer Erfahrung dazu 2-8 Kontrollsituationen notwendig.

Die Abb. 10 zeigt die adaptierte Prothese drei Monate nach Durchführung der Vestibulumplastik.

Zu diesem Zeitpunkt war die Wundheilung vollständig abgeschlossen und die Patientin trug die wesentlich besser sitzende Prothese vollkommen beschwerdefrei.

Die Abb. 11 verdeutlicht die Schleimhautsituation. Gut zu erkennen ist der leicht narbige Wundverschluss und die sich darunter befindliche, neu gewonnene, feste Mucosa.

In diesem Stadium ist die Anfertigung einer neuen Prothese indiziert. Bei einigen Patienten ist auf Grund des hoch verlagerten Funktionsrandes nach Neuanfertigung der Prothese eine Implantation nicht mehr notwendig.

Obwohl die alte Prothese schon wesentlich besser saß als die Ausgangsprothese, entschied sich die Patientin sowohl zur Neuanfertigung einer Prothese als auch zu implantatgetragenen Stegen. Dazu inserierten wir vier Compress-Implantate in den Durchmessern 3,5/4 mm in den Längen 10/12 mm. Das Kontrollbild (Abb. 12) zeigt den Sitz der inserierten Implantate.

Auffällig ist die hier scheinbar nasale Implantation der beiden mesialen Implantate.

Das Schnittbild von unserem nichtlinearen Spiraltomographen (Abb. 13) zeigt den korrekten Sitz der Implantate. Dabei stellt die blaue Linie den sichtbaren Boden der Nasennebenhöhle im OPG dar.

Auf Grund der paranasalen Insertion des Implantates erscheint die Implantatspitze im Nasenboden.

Nach einer viermonatigen Einheilzeit wurden die Implantate freigelegt und mit Gingivaformern versorgt. Die Abb. 14 zeigt die reizfreien Schleimhautverhältnisse und die osseointegrierten Implantate.

Nach dem Abschrauben der Gingivaformer erfolgte die Aufschraubung der Implantatabdruckpfosten (Abb. 15). Mit einem vorher angefertigten individuellen Löffel wurde die Funktionsabformung durchgeführt. In unserem Labor erfolgten die Anfertigung der geplanten Stegkonstruktion und der Schablone für die Bissregistrierung (Abb. 16 und 17). Nach erfolgter Bissregistrierung wurde der Steg einprobiert. Der korrekte Sitz wurde aus forensischer Sicht mittels OPG kontrolliert (Abb. 18). Die Stegeinprobe zu diesem frühen Zeitpunkt hat den Vorteil, dass bei einem nicht korrekten Sitz des Steges Korrekturmaßnahmen ohne zusätzliche Termine durchgeführt werden können.

Eine Woche später erfolgte die Protheseneinprobe (Abb. 19). Die Abb. 20 zeigt den bis dahin immer noch vorhandenen extraktionswürdigen Zahn 27. Dieser Zahn diente uns bis zur Fertigstellung der Oberkiefer Totalprothese zum Halt der alten Prothese.

Am Tag der Fertigstellung wurde der Steg verschraubt (Abb. 21). Der elongierte, parodontal gelockerte und extraktionswürdige Zahn 27 wurde genauso entfernt, wie der retinierte Zahn 28. Danach erfolgte die Eingliederung der Prothese mit 3 Halteelementen (Abb. 22). Wie auf Abb. 23 zu sehen ist, verwenden wir in unserer Praxis Metallreiter. Dieses sich über

viele Jahre bewährte Verfahren hat den Vorteil, dass wir sehr selten mit Abnutzungerscheinungen, die bei Kunststoffreitern typisch sind, zu tun haben. Wenn die Friktionskräfte dieser Metallreiter nachlassen, ist es mit einem Heidemannspatel problemlos möglich, durch Zusammenbiegen der Reiter die Friktion wieder herzustellen. Dies ist dann Sekundensache und wird im Rahmen der professionellen Zahnreinigung von uns kostenlos als Service für den Patienten durchgeführt. Das aus forensischer Sicht bei uns immer durchgeführte Abschlusskontrollbild zeigt den korrekten Sitz des Steges (Abb. 24).

Fazit

Die Vestibulumplastik ist ein probates Mittel zur Verbesserung des Prothesenlagers. In einigen Fällen ist nach Anfertigung einer neuen Prothese eine Implantation nicht mehr notwendig. Aufgrund der Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen für diese präprothetische Maßnahme kann diese Behandlungsvariante bei einem finanziell schwach situierten Patientenklitel sinnvoll zum Einsatz kommen.

Implantologe Frank Schrader

Tel.: +49(0) 39 23/20 97

E-Mail: info@zahnarzt-zerbst.de

www.zahnarzt-zerbst.de

www.implantologisches-zentrum-zerbst.de

Anzeige

unilever

