

Einfach Augmentieren

Manche „Produkte“ werden nur für Spezialisten hergestellt- auch im Dentalbereich. Nun sind wir zwar teilweise Spezialisten, sei es der Endo-, der PA- oder der KFO-Spezialist geworden. Aber manchmal, und immer häufiger, werden in den Bereichen, in denen einst nur „Spezialisten“ arbeiteten, auch Allgemeinpraktiker tätig.

Autor: Dr. (H) Peter Stickel



Dummgelaufen – ein Unfall führte bei dem 13-jährigen Noel letztendlich zum Verlust des 21.



Klinisch nur für den Fachmann zu erkennen: Das Fistelrezidiv an 21 und der durch den Unfall (Schneidekantenaufbau außer Okklusion) geschädigte 21



Röntgenologisch ließ sich der Misserfolg trotz orthograde WF intra operationem nicht erklären.

Zähne ziehen

Und das sehr erfolgreich. Zum Beispiel beim Augmentieren. Implantate, einst den Spezialisten vorbehalten, setzen auch wir Zahnärztinnen und Zahnärzte in der normalen Praxis ein.

Leider verfügt unser Implantatpatient aber nicht immer über ein genügendes Knochenangebot. Das muss nicht unbedingt seine Ursache nur in einer Alveolarkammatrophy, dem bundle bone oder der statisch ungünstigen Implantatposition haben. Nein, sehen Sie sich die Bilder unseres Falles an.

Augmentation

Wir Zahnmediziner verstehen unter diesem Begriff die Vermehrung des Knochenangebots für Implantationen bzw. im Rahmen

des Wiederaufbaus parodontaler Defekte. Und dazu verwenden wir, anders als früher, heute kaum noch den Beckenknochen sondern eher heterologe oder alloplastische Materialien.

„In mehreren Studien wurde die Heilung von Extraktionsalveolen und der Resorptionsprozess nach einer Zahnextraktion untersucht. Ergebnisse zeigten innerhalb eines Jahres einen deutlichen horizontalen Abbau der Kambbreite von bis zu 50 %. Zur Erhaltung des labialen Volumens und der Weichgewebekontur ist das Einbringen von Knochenersatzmaterial direkt nach der Extraktion eine Maßnahme zum Volumenerhalt. Dieser einfache chirurgische Eingriff ist somit eine vorbereitende Maßnahme.“

Dieses Zitat* beschreibt kurz und bündig unser Problem. Bitte beachten Sie hier die Aussage „einfacher chirurgischer Eingriff“.

Sie können mehr

Und das bedeutet, dass Sie sich, zumindest theoretisch, schon einmal mit Augmentierungen und Knochenersatzmaterialien, es muss ja nicht gleich der Beckenknochen sein, auseinandergesetzt haben. Aber warum nur theoretisch? „Da war doch mal was mit den Kristallen, die ewig wieder aus der Gingiva hervortraten!“ ist eine häufig gehörte Argumentation „gegen“, „Viel zu kompliziert“, eine Weitere. Lassen Sie mich Ihnen zeigen, dass es wirklich nicht so kompliziert ist und wie einfach es zu handhaben ist. In unserer Praxis haben wir im Team den Fall, den wir hier dokumentieren, gelöst. Lesen Sie selbst:

Patientenfall

Der 13 jährige N. S. erlitt durch einen Unfall ein Trauma an Zahn 21 mit noch

geschlossener Pulpa. Gemäß den derzeit gültigen Protokollen wurde der Zahn versorgt und kontrolliert. Leider wurde er im weiteren Verlauf avital und schmerzhaft – wir mussten eine endodontische Behandlung durchführen. Diese misslang, auch eine Revision brachte keine Heilung. Die bei einem MKG Chirurgen durchgeführte Resektion mit zunächst intraoperativer orthograde WF sowie eine Zweitapektomie nach dem Rezidiv mit zusätzlicher retrograder Füllung, brachten leider langfristig auch keine Heilung. Der Zahn musste ad Extraktionem gelangen. Später sollte sich herausstellen, dass die vestibuläre Knochenwand, röntgenologisch nicht sichtbar, kurz unterhalb des marginalen Saums komplett resorbiert war ohne, dass der Zahn eine Perforation oder Längsfraktur aufgewiesen hätte.

Wie würden Sie entscheiden

Früher hätten wir dem Patienten ein herausnehmbares Provisorium und (ganz früher) eine konventionelle, (später) eine Klebebrücke eingegliedert bevor wir, ist er dann einmal alt genug geworden, die jungfräulichen Nachbarzähne für eine Brücke abgeschliffen hätten. Heutiger Standard ist die Versorgung mit einem Implantat. Aber dafür ist N. noch zu jung. Was also in der Zwischenzeit tun? Wir setzen ein von uns entwickeltes auf der Modifikation der Klebebrücke bestehendes Verfahren (siehe dazu den gesonderten Beitrag auf Seite 44) ein.

Aber

Leider jedoch war das Parodontium rund um den Zahn 21 einerseits durch die mehrfache Resektion und die Fistel sowie, wie sich während der Extraktion herausstellte, die bereits erwähnte Resorption des vestibulären Bündelknochens, extrem geschädigt. Unbehandelt hätten wir das in obigem Zitat erwähnte erlebt. Dies hätte sowohl für die ästhetische als auch bereits für die statisch-mechanische Situation sehr unbefriedigende Voraussetzungen geschaffen. Ein Knochenaufbau war unabdingbar. Hätten Sie den Jungen dafür zum Chirurgen geschickt oder selbst eine Augmentation durchgeführt?

Warum?

Wir sind mittlerweile der Meinung, dass, wir, so wie wir auch selbstständig Implan-

tate setzen, eine Augmentation ebenfalls durchführen können. Voraussetzung ist eigentlich nur ein wenig „Basis“ Chirurgiegeschick und vor allem das richtige Material. Wir sprechen von Fisiograft. Lassen Sie mich berichten wie ich zusammen mit den beiden Zahnärztinnen, Dr. Kotzian und Stikkel, den Fall behandelte:

Extraktion

Der schonenden Extraktion (um nicht noch mehr Alveolarknochen zu gefährden) folgte ein gründliches Excochleieren der Wunde. Dann schnitten wir den Fisiograft-Schwamm, nachdem wir ihn in physiologischer Kochsalzlösung „eingeweicht“ hatten, mit einem scharfen Skalpell passend. Zusammen mit dem Fisiograft-Pulver aus dem Test Set brachten wir ihn in die Alveole ein und komprimierten ihn mit einem sterilen Wattepellt sowie einem Zementstopfer.

Membran – oder doppelt gemoppelt

Die Firma Ghimas, der Hersteller von Fisiograft, fordert für sein Produkt keine Membran. Wir setzten jedoch, sicher ist sicher, eine resorbierbare Membran, die Dyna Matrix von Keystone, www.keystonedental.eu, /Regenerationsprodukte ein. In einem späteren Beitrag werden wir Ihnen auch darüber berichten. Die Membran (wieder so ein Punkt vor dem viele Kolleginnen und Kollegen zurückschrecken) wird ganz einfach auf die nunmehr „gefüllte“ Extraktionsalveole gelegt. In unserem Fall jedoch mussten wir eine „Verlängerung“ der Membran vestibulär tief in die Alveole einbringen, weil ja dort kein Knochen mehr vorhanden war. Aber auch das ging ganz leicht.

Noch mehr Sicherheit

Fixiert haben wir sie mit einem Cyanoacrylatkleber, und, als ob dies nicht bereits genug wäre, mit dem doppelten „Boden“ einer zusätzliche Fixationsnaht versorgt. Und dann kam unsere „ZE“ Modifikation einfach „drauf“, siehe dazu der Beitrag zu Enamel Plus und Everstick von Loser. Aber ich sollte Ihnen noch was zu Fisiograft selber sagen. Damit ich Sie nicht überfrachte, hier nur wenige Ausführungen.

Den Rest lesen Sie im Internet unter www.zantomed.de/Knochenregeneration. Die Firma aus Duisburg kann Ihnen auch wert-

volle Abrechnungshinweise geben. Oder Sie lesen im Internet unter www.dimagazin-aktuell.de/praxisfuehrung/abrechnungstipps.html darüber nach.

„Unter den Knochenersatzmaterialien setzen sich besonders synthetische, bioresorbierbare Polymere immer stärker durch. Da es sich um ein vollständig synthetisches Material handelt, besteht keine Gefahr von Kreuzinfektionen (BSE, Hepatitis etc.). FISIOGRAFT besteht aus kopolymerisierter PLA-PGA im Verhältnis 1:1. Es hat eine schwammige offene Zellstruktur. Es fungiert als absorbierbarer Abstandhalter zwischen dem Knochendefekt und dem darüber liegenden Gewebe. Es ermöglicht so den Knochenzellen in kürzester Zeit nachzuwachsen und seinen Platz einzunehmen. Die geringe Masse und große Oberfläche des Materials führen zu einer schnellen Auflösung, die in 3–6 Monaten, äquivalent zur Neubildung der patienteneigenen Knochensubstanz, ganz vollendet sein wird.“

Empfehlung

Wir empfehlen die Testpackung zum Einführungspreis. Darin sind Schwamm, Pulver und Gel enthalten, sodass Sie alle Einsatzarten testen können. Wir haben schnell, sicher und unkompliziert augmentiert. Und für den jungen N. S. einen wichtigen Grundstein für eine spätere ästhetisch und funktionell gute Implantation gelegt. Und nun sagen Sie selbst: Ist Fisiograft, was Anwendung und Benefit für unsere Patienten angeht nicht wirklich ein Produkt das jeder- und nicht nur Spezialisten anwenden können und vor allem sollten? Und wenn Sie wissen wollen wie der junge N. aus Bild 1 nach der Behandlung aussah, dann lesen Sie doch „Kleben anstatt Schleifen“ weiter hinten im Heft genauer gesagt auf Seite 44.

*www.dimagazin-aktuell.de/praxisfuehrung/abrechnungstipps/story/die-stabilisierung-von-extraktionsalveolen-mit-knochenersatzmaterialien.htm

Weitere Informationen

Zantomed GmbH

Ackerstraße 5

D-47269 Duisburg

Tel.: +49(0)203-805 1045

Fax: +49(0)203-805 1044

E-Mail: Info@zantomed.de

www.zantomed.de



Vorsichtige tordierende Extraktion.



Excochleiren mit bestürzendem Befund bezüglich der vestibulären Knochenwand.



Das Material, das zukünftigen Knochen wachsen lässt – Fisiograft von Zantomed in drei verschiedene „Aggregats“formen.



Einfüllen des mit dem Fisiograft-Gel vermischten Fisiograft-Pulvers in die entepithelialisierte Alveole.



Einführung des in physiologischer Kochsalzlösung "eingeweichten" Fisiograft Schwammes.



Einbringen der Membran



Lockere Fixationsnaht nach Klebung.



Na, wie sieht das aus? Noel scheint zufrieden.



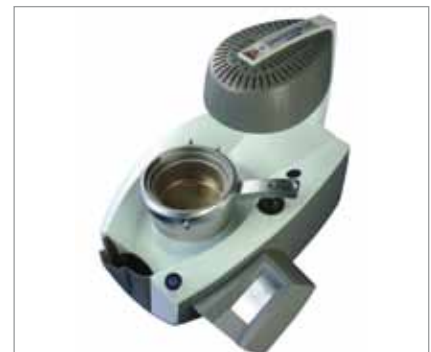
Ein Tag post OP: Einwandfreie Wundverhältnisse



Eine Woche danach



Im Röntgenbild ist nichts vom Augmentationsmaterial zu sehen. Das muss auch so sein. Aber warten Sie mal ab: In einem halben Jahr können wir dort puren Knochen sehen!



Und was haben wir mit diesem Gerät gemacht? Schauen Sie mal in dem Beitrag auf Seite 44 „Kleben statt schleifen“ nach!

Anzeige