

Implantatprothetische Rehabilitation bei ausgedehnter venöser Malformation

Linda Daume¹⁾; Katarzyna Witanski²⁾; Mona Jaber ¹⁾; Anja Bucklitsch¹⁾; Johannes Kleinheinz¹⁾

1) Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster, Deutschland

2) Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Universitätsklinikum Münster, Deutschland

Abstract

Eine 51-jährige Patientin stellte sich, mit einer seit Geburt bekannten, ausgedehnten low-flow venösen Malformation vor. Diese reichte von der rechten Wange durch die inferiore Fossa pterygopalatina bis an den linken harten Gaumen. Die Restbeziehung, 3Teleskope in regio 21, 22 und 23, war nicht erhaltungsfähig. Eine rein-schleimhautgetragene Versorgung war im Bereich des rechten Oberkiefers und Gaumens nicht möglich – hier führte jegliche Druckbelastung zu einer Schwellung. Eine Vorstellung in der interdisziplinären Gefäßkonferenz ergab, nach Sichtung eines MRTs, keine Option der Sklerosierung oder Embolisation. Aufgrund der Ausdehnung der venösen Malformation konnte eine Implantation nur in regio 12, 22 und 24 erfolgen. Auf diesen 3 Implantaten wurde dann eine steggetragene Prothese befestigt.

Einleitung und Zielstellung

Die venösen Malformationen gehören zu den gefäßbezogenen Fehlbildungen des Gesichts- und Halsbereiches. Sie sind bei Geburt vorhanden und wachsen proportional mit dem Patienten. Unterteilt werden sie, hinsichtlich des Blutflusses, in high-flow und low-flow Malformationen. Davon abzugrenzen sind die nicht anlagebedingten, proliferierenden echten Neubildungen, zu denen die Hämangiome gehören (1) (2). Neben der klinischen Beurteilung ist die Magnetresonanztomographie die Bildgebungsmethode der Wahl. Zudem wird bei arteriovenösen (high-flow) Malformationen eine angiographische Darstellung empfohlen (3).

Material und Methoden



Abb. 1 und 2: klinische Ausgangssituation

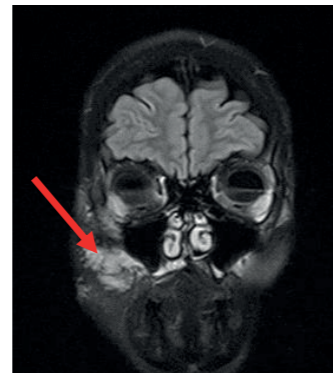


Abb. 3: MRT der venösen Malformation

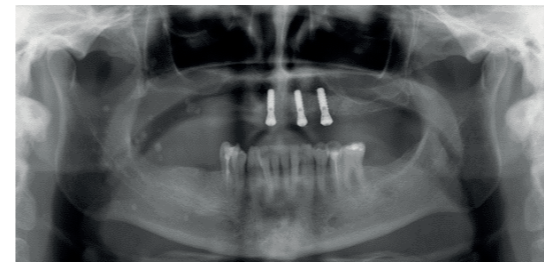


Abb. 4: OPG nach Implantation in regio 12 22 24



Abb. 5 und 6: steggetragene Prothese auf 3 Implantaten

Ergebnisse

Eine spontane Rückbildung tritt bei vaskulären Malformationen nicht ein. Mögliche Therapieansätze sind eine Größenreduktion durch Embolisationsverfahren und eine nachfolgende chirurgischer Reduktion / Entfernung des Restbefundes. Alternativ oder ergänzend kann mittels Laserchirurgie behandelt werden (3).

Besonders ausgedehnte Raumforderungen können mit erheblichen, teilweise lebensbedrohlichen, funktionellen Einschränkungen sowie mit erheblichen ästhetischen Beeinträchtigungen für den Patienten einhergehen. Solche möglichen Blutungskomplikationen, insbesondere bei Fehlbildungen mit hohem Blutfluss, müssen bei zahnärztlich-chirurgischen Maßnahmen beachtet werden.

Mit der implantatgetragenen Versorgung konnte die Patientin funktionell und ästhetisch zufriedenstellend versorgt werden. Dies führte zu einer Verbesserung ihrer mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Diskussion/Fazit

Venöse Malformationen, die keine rein –schleimhautgetragene Prothetik tolerieren, müssen interdisziplinär versorgt werden. Da die implantgetragene Versorgung die einzige Möglichkeit darstellte, zählte die Versorgung zu den Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen.

Referenzen/Literatur

- (1)Ernemann, U., Hoffmann, J., Grönwäller, E., Breuninger, H., Rebmann, H., Adam, C., & Reinert, S. (2003). Hämangiome und vaskuläre Malformationen im Kopf-und Halsbereich: Differenzialdiagnostik, Klassifikation und Therapie. *Der Radiologe*, 43, 958-966.
- (2)Clemens, R. K., & Amann-Vesti, B. R. (2015). Vaskuläre Malformationen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(03), 156-159.
- (3)Ernemann, U., Hoffmann, J., Breuninger, H., Reinert, S., & Skalej, M. (2002). Interdisziplinäres Konzept zur Diagnostik und Therapie gefäßreicher Fehlbildungen im Gesichts-und Halsbereich. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 6(6), 402.