

Horizontale Augmentation mit autologer Beckenkammtransplantation bei nicht syndrombedingter Oligodontie

Wilde, C; Schild, S; Weingart, D

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital

Einleitung

Oligodontie definiert sich durch Nichtanlagen von mindestens sechs Zähnen. Meist tritt sie als Begleiterscheinung einer Syndromerkrankung auf. Seltener kommt die nicht syndrombedingte Oligodontie vor. Die Ätiologie ist noch nicht vollständig geklärt, jedoch scheint die genetische Vorbelastung eine große Rolle zu spielen. Aufgrund der Nichtanlagen und fehlenden Funktion besteht bei diesen Patienten häufig auch eine ausgeprägte Alveolarkammatrophy, die eine dentoalveoläre Rehabilitation aufwändig macht.

Fallbeschreibung

Wir stellen den Fall einer 20-jährigen Patientin mit nicht syndrombedingter Oligodontie vor. Bei der Patientin waren insgesamt 17 Zähne im Ober- und Unterkiefer nicht angelegt (s. Abb. 1 und 2). Sowohl der Vater wie auch zwei Schwestern der Patientin haben eine Oligodontie. Therapeutisch wurden zunächst alle vorhandenen nicht erhaltungswürdigen Milchzähne entfernt. Nach einer Abheilphase von 12 Wochen wurde aufgrund der ausgeprägten horizontalen Alveolarkammatrophy mit spitzer Alveolarkammkonfiguration (s. Abb. 3) die um-

fangreiche horizontale Augmentation im Ober- und Unterkiefer mit autologem Knochen vom Becken in Allgemeinnarkose durchgeführt (s. Abb. 4). Nach sechs Monaten wurden insgesamt 12 Implantate inseriert (s. Abb. 5) und weitere drei Monate später erfolgte die Freilegung und das Weichteilmanagement. Die definitive prothetische Versorgung wurde vier Monate später eingesetzt (s. Abb. 7 und 8). Seither erfolgen regelmäßige Verlaufskontrollen und Hygienemaßnahmen. Auf der Panoramaschichtaufnahme, die sieben Jahre nach Abschluss der Behandlung erfolgte (s. Abb. 6), stellt sich ein stabiles periimplantäres Knocheniveau dar. Die klinischen Untersuchungsparameter an sämtlichen Implantaten waren unauffällig. Sowohl in Funktion wie in Ästhetik ist ein Langzeiterfolg zu verzeichnen.

Schlussfolgerung

Auch große horizontale Knochendefekte bei nicht syndrombedingter Oligodontie können langfristig mit autologen Beckenkammtransplantaten therapiert werden. Der implantatprothetischen Rehabilitation kommt gerade bei diesen jungen Patienten aus funktionellen aber vor allem auch im Frontzahnggebiet aus ästhetischen Gründen besondere Bedeutung zu.



Abb. 1: Präoperative intraorale Situation bei Oligodontie

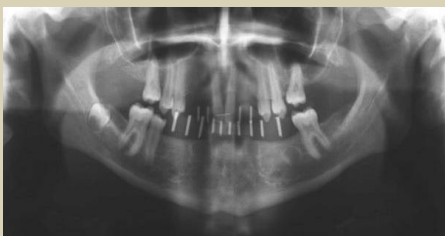


Abb. 2: Panoramaschichtaufnahme zur Operationsplanung



Abb. 3: Spitze Alveolarkamm-Konfiguration in den geplanten Implantatregionen (DVT)

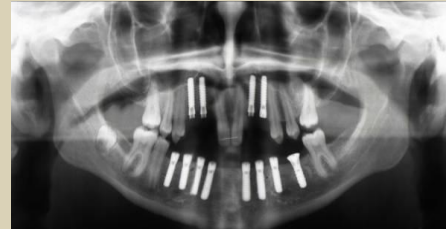


Abb. 5: Postoperative Panoramaschichtaufnahme nach Implantatinsertion



Abb. 6: Panoramaschichtaufnahme bei der 7-Jahreskontrolle



Abb. 7a: Intraorale Ansicht der implantatgetragenen Suprakonstruktionen im Oberkiefer



Abb. 7b: Intraorale Ansicht der implantatgetragenen Suprakonstruktion im Unterkiefer

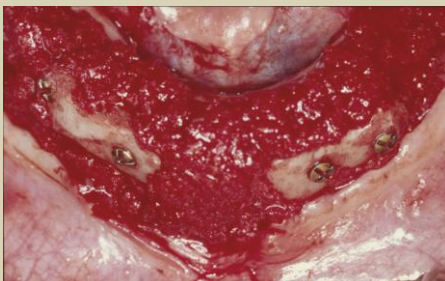


Abb. 4a: Intraoperative Situation: Laterale Augmentation mit Blocktransplantation und Zugschrauben

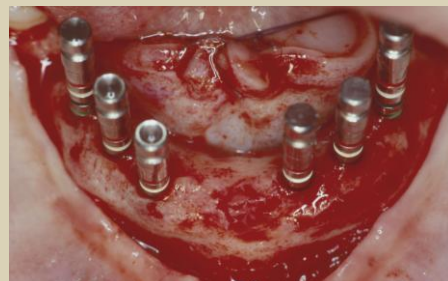


Abb. 4b: Intraoperative Situation: Knochensituation nach 6 Monaten bei endossaler Implantation



Abb. 8: Ästhetisches Ergebnis nach implantatprothetischer Rehabilitation

Literatur:

- 1) Kuroda B et al.: Interdisciplinary treatment of a nonsyndromic oligodontia patient with implant-anchored orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 Apr
- 2) Heuberer S et al.: Dental implants are a viable alternative for compensating oligodontia in adolescents. Clin Oral Implants Res. 2015 Apr;26(4)
- 3) Gunbay T et al.: Multidisciplinary approach to a nonsyndromic oligodontia patient using advanced surgical techniques. Int J Periodontics Restorative Dent. 2011 Jun
- 4) Michalczyk V, Terheyden H.: Langzeitstabilität von Knochenblöcken. Zeitschr Zahnärztl Implantol 2007, 23