

Ersatz eines seitlichen Schneidezahnes bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Linda Daume¹⁾; Marcel Hanisch¹⁾; Anja Bucklitsch¹⁾; Johannes Kleinheinz¹⁾

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

Fallbericht

- Patient mit einseitiger LKG-Spalte links und Nichtanlagen der Zähne 15 und 22
- 2001 Lippenspaltverschluss und 2010 Kieferspaltosteoplastik
- Anschließend Kfo-Therapie zur Ausformung des Oberkiefers mit Einstellung des Zahnes 23 und Einstellen der Lückenbreite in regio 22
- Im Alter von 20 Jahren Implantation in regio 22 mit lokaler Knochenaugmentation
- Nach 4 Monaten Freilegung durch Rolllappenplastik
- Zum Abschluss prothetische Versorgung mit einer Vollkeramikkrone



Abb. 1a-c: Ausgangsbefund zur Implantation nach Kfo-Abschluss



Abb. 2: Z.n. Implantation in regio 22

Abb. 3: Z.n. Freilegung mit Rolllappenplastik

Abb. 4 a-b: Implantatkrone in situ

Diskussion

Im Rahmen einer Fehlbildung des primären Gaumens (Lippe und Kiefer) ist bei etwa 50% der seitliche Schneidezahn nicht vorhanden (1). Um in funktioneller und ästhetischer Hinsicht ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen, sind bei LKG-Patienten verschiedene Aspekte zu beachten: eine umfassende, langjährige, interdisziplinäre Zusammenarbeit, eine günstige Zahnstellung, eine ausreichende Lückenbreite und gute intermaxilläre Beziehungen sowie ein entsprechendes periimplantäres Weichgewebe. Dennoch bleiben häufig, trotz umfangreicher langjähriger Vorbehandlungen, in präimplantologischer Hinsicht schwierige Verhältnisse, z.B. beengte Schaltlücken, bestehen.

Die Erfolgsprognose von Implantaten im Kieferspaltbereich ist vergleichbar mit Implantaten, die nach Traumata inseriert wurden (2). Ein ausreichendes Knochenangebot ist jedoch zwingend erforderlich (3).

Die implantatgestützte Einzelzahnkrone zum Ersatz des seitlichen Schneidezahnes bietet mehrere Vorteile: mit Hilfe des Implantats kommt es zu einer funktionellen Belastung des Alveolarfortsatzes, gesunde Nachbarzähne müssen nicht beschliffen werden und der natürliche Zahnbogen kann vollkommen erhalten werden, so dass Kompromisse aus funktioneller und ästhetischer Sicht vermeidbar sind. Als Voraussetzung müssen jedoch ein gutes Knochenlager nach der Kieferspaltosteoplastik sowie eine optimale Mundhygiene des Patienten gegeben sein. Einzig die Ästhetik des Weichgewebes ist bei Spaltpatienten im Vergleich zu Nichtspaltpatienten oft etwas schlechter (4).

Zusammenfassung

Gerade bei Patienten mit LKG-Spalten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kieferorthopäden, Prothetikern und Chirurgen sowie die enge Absprache mit dem Patienten erforderlich, um ein ästhetisch und funktionell optimales Ergebnis zu erzielen.

Unter der Voraussetzung eines guten Knochenlagers sowie einer einwandfreien Mundhygiene des Patienten ist der implantatgetragene Ersatz in funktioneller und ästhetischer Hinsicht einer konventionellen Brückenversorgung überlegen und somit bei Spaltpatienten Mittel der Wahl. Er trägt auch entscheidend zum Erhalt des in den Kieferspaltbereich transplantierten Knochens bei.

Referenzen und Kontakt

- (1) Lourenço Ribeiro, L., Teixeira das Neves, L., Costa, B., & Ribeiro Gomide, M. (2003). Dental anomalies of the permanent lateral incisors and prevalence of hypodontia outside the cleft area in complete unilateral cleft lip and palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 40(2), 172-175.
- (2) Landes, C. A. (2006). Implant-borne prosthetic rehabilitation of bone-grafted cleft versus traumatic anterior maxillary defects. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 64(2), 297-307.
- (3) Matsui, Y., Ohno, K., Nishimura, A., Shiota, T., Kim, S., & Miyashita, H. (2007). Long-term study of dental implants placed into alveolar cleft sites. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 44(4), 444-447.