



Fotos: Eitner

Defekt im Unterkiefer. Zustand nach chirurgischer Rekonstruktion



Defekt im Unterkiefer. Zustand nach implantprothetischer Rekonstruktion

wendende Implantatsystem sollte die Möglichkeit einer geschlossenen und offenen Abformung zulassen, um die Abformung der Implantate auch bei stark reduzierter Mundöffnung durchführen zu können. Zudem sollte es auch in der Lage sein, stärkere Weichgewebsschichten des Hauttransplantats prothetisch zuzulassen. Massive Weichgewebsschichten, die chirurgisch nicht mehr ausgedünnt werden können oder sollen, können zu Problemen bei der direkten Abformung von der Implantatshulter führen oder auch die Fixierung der prothetischen Suprakonstruktion direkt auf dem Implantat nahezu unmöglich machen. Da das transplantierte Weichgewebe zudem häufig zur entzündlichen Proliferation um die Implantate neigt – es handelt sich eben nicht um eine keratinisierte Gingiva – sind kleinere subtraktive und modellierende Maßnahmen seitens des behandelnden Zahnarztes zu erwarten.

Zeichnet sich zudem der Prothetiker für die Herstellung der Führungs-/Bohrschablone verantwortlich, gilt es auch hier zu berücksichtigen, dass sich das rekonstruierte Prothesen-/Implantatlager nicht zur verschiebungssicheren Fixierung einer Führungs-/Bohrschablone eignet. Hier bietet sich dann die Verwendung einer Richtungsweiserschablone an, die im Gegenkiefer zu inkorporieren ist.

Da trotz aller Bemühungen viele Patienten dauerhaft über eine Magensonde ernährt werden müssen und die Kaufunktion häufig nur eingeschränkt wieder hergestellt werden kann, ist der Zahnersatz vor allem auch aus ästhetischen und psychischen Gründen dringend indiziert. Der Zahnersatz wird zu einem elementaren Teil der psychischen und sozialen Rehabilitation dieser Patienten, vergleichbar mit der prothetisch-epithetischen Rehabilitation nach einem trauma- oder krank-

heitsbedingten Verlust von Körperteilen oder Gliedmaßen.

Im Unterkiefer gelingt es heute sowohl im ortständigen Knochen des Patienten, als auch im transplantierten, mikrochirurgisch anastomosierten Knochen zu implantieren. Dennoch ergeben sich Kompromisse in der Implantatposition und in den späteren Okklusions- und Artikulationsverhältnissen des korrekt angefertigten Zahnersatzes.

Ein weiterer Kompromiss ergibt sich aus der eingeschränkten Mundöffnung und Zungenfunktion der Tumorpatienten. Durch eingeschränkte Platzverhältnisse ist es oft nicht möglich, eine komplette Zahnreihe zu rekonstruieren. Auch in der Bisshöhe ist der Zahnarzt durch konsekutiv verminderten Lippenchluss und durch die bereits dargestellte eingeschränkte Zungenmobilität limitiert.

In der Regel sollten die Implantate mit einem individuell gefrästen Steg versorgt werden. Darüber kann dann eine Prothese mittels konfektionierter Friktionselemente befestigt werden. Konfektionierte Stege scheinen dagegen eine Entlastung des transplantierten Weichgewebes nicht sicherstellen zu können. Die gleiche Betrachtungsweise gilt auch für teleskopierenden Zahnersatz auf Implantaten.

Durch bestrahlungsbedingt verminderten Speichelfluss der Tumorpatienten ist ein abnehmbarer Zahnersatz auch aus hygienischen Gründen die beste Lösung. Eine im Mund fest zementierte Konstruktion würde dem Patienten die Mundhygiene erschweren. Zudem muss der Zahnersatz auch für eine gegebenenfalls notwendige weitere Diagnostik, z.B. bildgebende Verfahren (CT, MRT) und chirurgische Interventionen abnehmbar gestaltet sein. Regelmäßige Kontrolltermine mit professioneller Zahnreinigung sind *conditio sine qua non*.