

Weichteilmanagement bei ausgeprägten vertikalen Knochendefekten des Oberkiefers

Schell J, Schild S, Bublitz R, Weingart D

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

Einleitung

Dentoalveoläre Defektsituationen im Oberkieferbereich mit vertikalem Knochenverlust können unter anderem durch Tumorresektion, Trauma oder Zystektomie entstehen. Die Rekonstruktion mittels eines kortikospongiosen Knochentransplantates vom Beckenkamm zur Schaffung eines Implantatlagers ist ein verbreitetes augmentatives Verfahren in der funktionellen Rehabilitation der Patienten und zeigt gute Therapieerfolge^{1,2}. Bei sehr ausgeprägten Defekten stellt eine schwierige Weichteilsituation oftmals einen limitierenden Faktor für den Therapieerfolg dar, da eine suffiziente Deckung und Einheilung des Augmentates durch herkömmliche, lokalplastische Techniken nur eingeschränkt gewährleistet werden kann³. Anhand von Fallbeispielen soll das spezielle Vorgehen beim Weichteilmanagement in Extremsituationen demonstriert werden.

Methoden

Der intraorale Befund zeigte bei allen Patienten einen ausgeprägten vertikalen Knochendefekt des Oberkieferseitenzahnbereichs mit schwieriger Weichteilsituation. Durch eine spezielle Schnittführung in der Wange, gelang es bei den Patienten unter temporärem Verlust des Vestibulums die ausgedehnten freien Beckenkammtransplantate durch palatinal gestielte Lappen zu decken (**Abb.1**).

Die Beckenkammtransplantate waren zuvor mit jeweils zwei Zugschrauben fixiert worden. Nach 6-monatiger Einheilung der Transplantate wurde zunächst die enossale Implantation ohne Weichteilrekonstruktion durchgeführt. Nach Einheilung der Implantate erfolgte die Freilegung in Kombination mit einer Vestibulumplastik und der Wiederherstellung der fixierten Gingiva durch freie Schleimhauttransplantate vom Gaumen (**Abb.2** und **Abb.3**).

Ergebnisse

Nach erfolgreicher Einheilung der Knochentransplantate (**Abb.2e** und **3e**) kam es auch nach enossaler Implantation zu einer guten Osseointegration der Implantate (**Abb.2f** und **3f**). Das Vestibulum konnte wiederhergestellt werden und eine keratinisierte Gingiva aufgebaut werden (**Abb.2c** und **3c**).

Schlussfolgerung

Durch ein spezielles Weichteilmanagement kann auch bei einer großvolumigen vertikalen Knochenaugmentation des Oberkiefers die Deckung und Einheilung des Transplantates erreicht werden. Der Nachteil des temporären Verlustes des Vestibulums kann funktionell und ästhetisch vollständig ausgeglichen werden.

Exemplarische Darstellung der vertikalen Augmentation und Schnittführung bei der plastischen Deckung

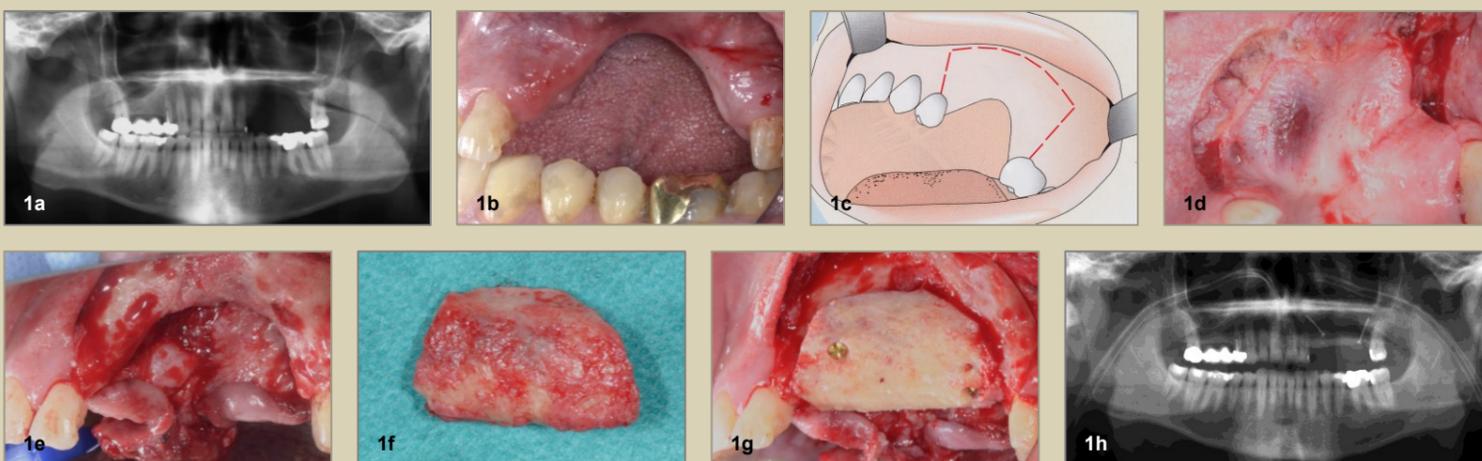


Abb.1: Präoperative Panoramaschichtaufnahme (a). Vertikaler Knochendefekt regio 23 – 26 (b). Schnittführung in der Wange schematisch³ (c) und klinisch (d) dargestellt. Vertikale Defektsituation nach Präparation des palatinal gestielten Lappens (e). Autologes Knochentransplantat vom Beckenkamm zur Defektrekonstruktion (f). Mittels zwei Zugschrauben fixiertes Knochentransplantat in situ (g). Postoperative Panoramaschichtaufnahme (h).

Rekonstruktion des Vestibulums und Wiederaufbau der keratinisierten Gingiva vor prothetischer Versorgung



Abb.2: Weichteilsituation nach Defektrekonstruktion bei einem Trauma-Patienten (a). Wiederherstellung des Vestibulums durch ein freies Schleimhauttransplantat vom Gaumen (b). Wiederaufgebaute keratinisierte Gingiva (c). Panoramaschichtaufnahme vor (d) und nach (e, f) Augmentation bzw. Implantation.

Abb.3: Weichteilsituation nach Defektrekonstruktion bei einer Tumor-Patientin (a). Wiederherstellung des Vestibulums durch ein freies Schleimhauttransplantat vom Gaumen (b). Wiederaufgebaute keratinisierte Gingiva (c). Panoramaschichtaufnahme vor (d) und nach (e, f) Augmentation bzw. Implantation.

Literatur

- Hoffmann J. Rekonstruktionen bei komplexen Gesichtsschädeldefekten. MKG-Chirurg. 2010; 3(4): 251-8
- Fretwurst T, Nack C, Al-Ghrai M, Raguse JD, Stricker A, Schmelzeisen R, Nelson K, Nahles S. Long-term retrospective evaluation of the peri-implant bone level in onlay grafted patients with iliac bone from the anterior superior iliac crest. J Craniomaxillofac Surg. 2015; Epub 2015 Mar 9
- Smolka W, Iizuka T. Surgical reconstruction of maxilla and midface: Clinical outcome and factors relating to postoperative complications. J Craniomaxillofac Surg. 2005; 33(1):1-7
- Modifiziert aus Schwenzer N, Ehrenfeld M. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. 4. Auflage, Thieme Verlag; Stuttgart 2011