

# Spalthauttransplantat als Alternative zur Vestibulumplastik

Daume, Linda; Kreis, Constance; Cap, Dominik; Ickerott, Jonas; Kleinheinz, Johannes  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster

## Zusammenfassung

Ohne ein ausreichendes Vestibulum ist eine prothetische Rehabilitation im stark atrophierten Kiefer kaum möglich.

Um eine langzeitstabile Implantatversorgung zu ermöglichen, muss ein ausreichendes Weichgewebslager mit einem stabilen periimplantären Gewebe und einer guten Hygienefähigkeit geschaffen werden. Goldstandard für die Vestibulumplastik ist das orale Schleimhauttransplantat. Diese ist jedoch nur begrenzt verfügbar, so dass zur Deckung ausgedehnter Weichgewebsdefizite in Folge einer Tumortherapie das Spalthauttransplantat verwendet werden kann.

## Fallbeispiel

Das dargestellte Fallbeispiel zeigt einen 58-jährigen Patienten, der alio loco mit einer Tumorradiكالoperation und anschließender Radiotherapie bei einem Plattenepithelkarzinom des anterioren Unterkiefers vorbehandelt war. Mittels eines Spalthauttransplantats vom Oberschenkel konnte das Vestibulum wiederhergestellt und anschließend eine implantatgetragene prothetische Versorgung verankert werden. Das Spalthauttransplantat wurde bei der Implantatfreilegung eingebracht und mit einer prothetischen Sofortversorgung fixiert. So konnte das geschaffene Vestibulum initial ausgeformt werden. Nach ca. 6 Wochen hatte sich fixierte Gingiva gebildet und ein Prothesenlager ausgeformt. Anschließend wurde eine definitive steggetragene Prothese erstellt. Durch die Prothetik kam es darüber hinaus zu einer Verbesserung der Mundöffnung und des Weichgewebsprofils.

## Diskussion

Studien zeigen, dass implantatgetragene Unterkieferprothesen eine zuverlässige und wirksame Methode zur Rekonstruktion des zahnlosen Unterkiefers mit einer hohen Patientenzufriedenheit und deutlich verbesserten Kaufunktion sind (1). Um periimplantäre Infektionen zu vermeiden ist die Hygienefähigkeit entscheidend (2).

Durch die fortgeschrittene Unterkieferatrophie und die vorausgegangene Tumorradiكالoperation kommt es zu einem Übergreifen der Mentalismuskulatur und der Gewebeansätze am Alveolarkamm sowie zu einer Verringerung der Größe und Form des Unterkiefers, insbesondere in der vestibulären Tiefe. Für eine langzeitstabile Verankerung mit Implantaten ist daher eine Vestibulumplastik indiziert. Die Lippenunterstützung durch die bukkale Prothesenfläche führt zusätzlich zu einer ästhetischen Verbesserung.

Es wird allgemein empfohlen, die Vestibulumplastik 2 Monate vor dem Einsetzen der endossalen Implantate durchzuführen (3). Mehrere klinische Arbeiten haben aber gezeigt, dass die gemeinsame Implantation mit einer Vestibulumplastik auch erfolgreich ist (4).

Bei der Verwendung von Gaumentransplantaten kommt es häufig zu postoperativen Schmerzen und die Transplantatgröße ist limitiert (5). Spalthauttransplantate werden insbesondere dann empfohlen, wenn ein großes Transplantat erforderlich ist. Die Immobilisierung und Adhäsion des Spalthauttransplantats sind kritische Faktoren neben einer adäquaten Gefäßversorgung des Empfängerbereichs. Aufgrund der Mobilität von Zunge und Wange kann das Transplantat nicht absolut immobilisiert werden. Darüber hinaus kommt es durch Mikrobewegungen beim Kauen zu einer lokalen Entzündung. Speichel sammelte sich unter dem Transplantat und kann dieses vom Transplantatbett trennen (4). Komplikationen an der Entnahmestelle sind selten. Dazu zählen Infektionen, Narben und eine verlängerte Heilung (5). Die transplantierte Haut ist fest, unbeweglich, stabil und kann den funktionellen Belastungen des Prothesenträgers standhalten.

Eine Kontraindikation besteht bei Patienten, die neben dem Spalthauttransplantat eine Alveoplastik benötigen. Das Spalthauttransplantat benötigt ein lebensfähiges Periost für die Blutversorgung. Sobald das Periost bei der Alveoplastik vom Knochen entfernt wurde, ist es nicht mehr in der Lage das Transplantat zu versorgen. Da das Spalthauttransplantat supraparietal eingebracht wird, schließt es eine gleichzeitige Alveoplastik aus (4).

### Literaturangaben:

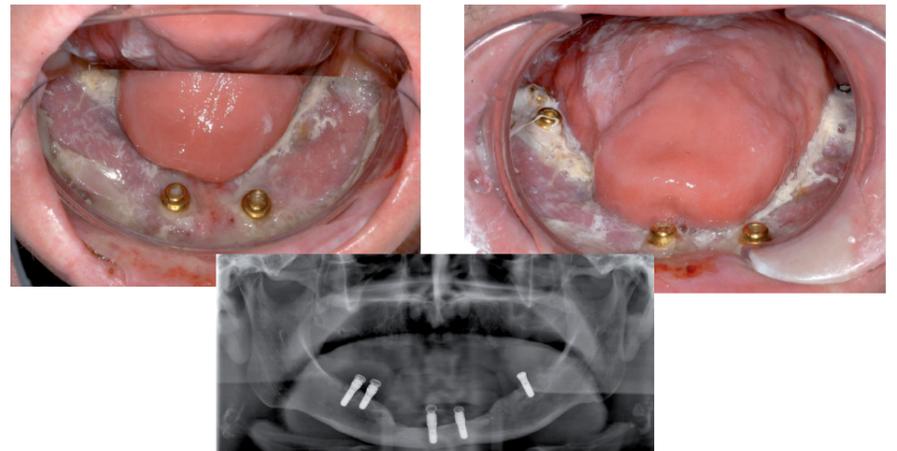
- (1) Meijer, H. J., Raghoobar, G. M., & Van't Hof, M. A. (2003). Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete dentures: a 10-year prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 18(6).
- (2) Kovács, A. F., Wallow, P., Stefanelli, U., & Landau, S. (2013). Periimplant changes in different transplanted soft tissues around loaded endosseous implants in patients after oral tumor surgery. *Implant dentistry*, 22(6), 650
- (3) Costello, B. J., Barber, H. D., & Betts, N. J. (2000). Preprosthetic surgery: An overview and soft tissue procedures. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia, PA: Saunders, 49.
- (4) Cillo Jr, J. E., & Finn, R. (2009). Reconstruction of the shallow vestibule edentulous mandible with simultaneous split thickness skin graft vestibuloplasty and mandibular endosseous implants for implant-supported overdentures. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 67(2), 381-386.
- (5) Samit, A., & Kent, K. (1983). Complications associated with skin graft vestibuloplasty: Experiences with 100 cases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, 56(6), 586-592.

### Kontaktdaten:

Linda Daume // Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie // Universitätsklinikum Münster // Albert-Schweizer-Campus 1 // 48149 Münster // linda.daume@ukmuenster.de

## Abbildungen

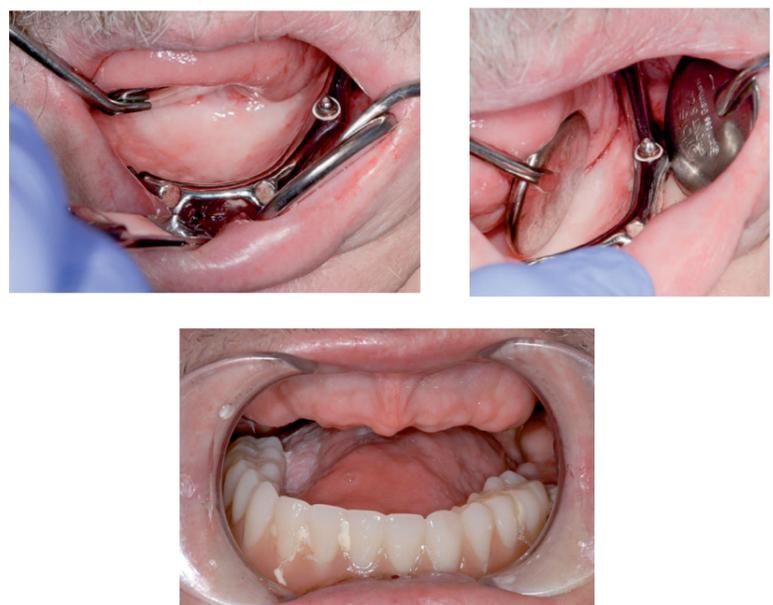
Spalthauttransplantat 1 Tag postoperativ:



Provisorische Versorgung auf Locatoren nach 6 Wochen:



Stegversorgung und Prothese nach 6 Monaten:



Maximale Mundöffnung präoperativ u. 6 Monate postoperativ:

