

Prof. Dr. med. dent. Michael Stimmelmayer

# Laterale Augmentation mit modifizierter auto- loger Schalentechnik

Versorgung einer verengten  
Oberkieferfrontzahnücke

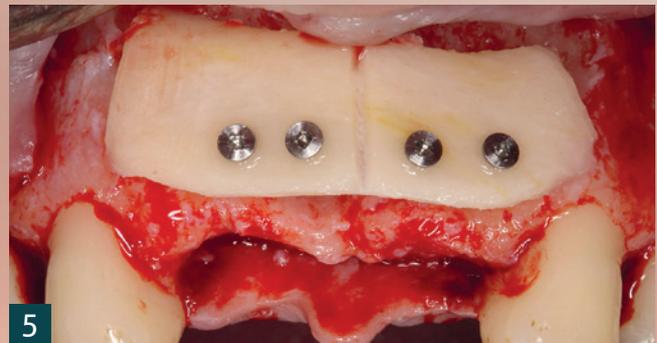
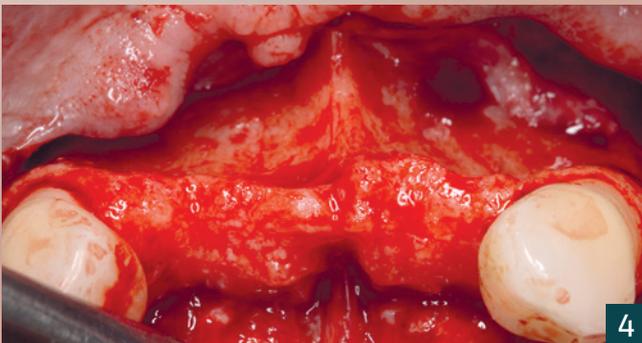


- 1985-1990 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Regensburg
- 1991-1994 Wissenschaftl. Mitarbeiter, Zahnärztliche Prothetik der LMU München
- 1994-1997 Weiterbildungsassistent für Oralchirurgie, Praxis für MKG-Chirurgie und Plast. Chirurgie, Prof. Dr. Dr. G.W. Paulus, München
- 1997-1998 OA, Zahnärztliche Prothetik der LMU München, Leitung Prof. Dr. Dr. h. c W. Gernet
- 1999 Gemeinschaftspraxis mit Dr. Ulrich Zimmermann, Regensburg
- 2000 Niederlassung in eigener Praxis in Cham
- 2013 Habilitation an der Poliklinik für Prothetik der LMU München, Erhalt der Venia legendi
- Seit 2016 Externer Funktionsoberarzt, Lehrstuhl für zahnärztliche Prothetik der LMU München, Leitung Prof. Dr. Daniel Edelhoff
- 2017 Außerplanmäßige Professur an der LMU München

■ [praxis@m-stimmelmayer.de](mailto:praxis@m-stimmelmayer.de)  
■ [www.m-stimmelmayer.de](http://www.m-stimmelmayer.de)

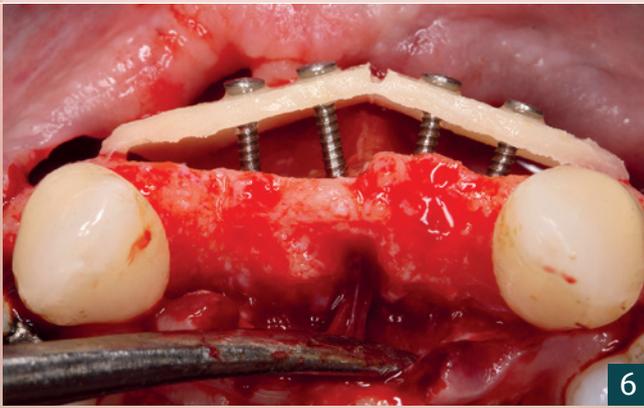


### Chirurgie 1: Augmentation

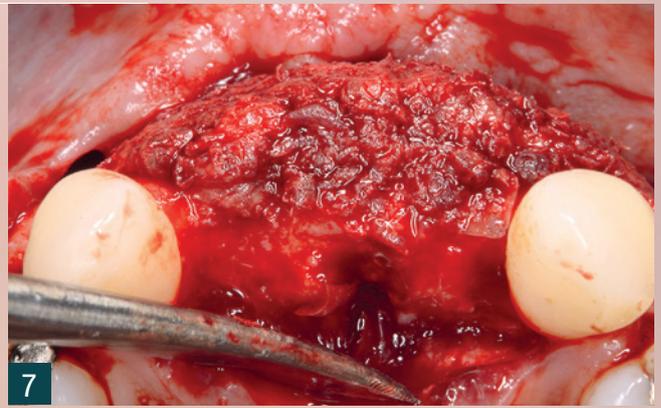


Die 49-jährige Patientin wurde von ihrer Hauszahnärztin sechs Monate nach Entfernung der Zähne 11 und 21 in unsere Sprechstunde überwiesen. Die Patientin berichtete, dass sie im Alter von sechs Jahren ein Frontzahntrauma mit Verlust der Zähne 52, 51, 61, 62 und einer Oberkiefer-Alveolarfortsatzfraktur erlitten hatte. Laut Angaben der Patientin wurden die Lücken regio 12, 22 mittels KFO-Therapie geschlossen und die Zähne 11, 21 – welche durch das Frontzahntrauma geschädigt wurden – im frühen Erwachsenenalter mit Kronen versorgt. Die Situation der Patientin wurde fotografisch von der ersten Vorstellung in unserer Praxis (Abb. 1-3) über den chirurgischen Eingriff zur Augmentation des Kieferkamms (Abb. 4-13) die Implantatinserterion (Abb. 14-20), die Freilegung und Eingliederung des therapeutischen Zahnersatzes (Abb. 21-27) bis zur Eingliederung des definitiven Zahnersatzes (Abb. 28-34) dokumentiert.

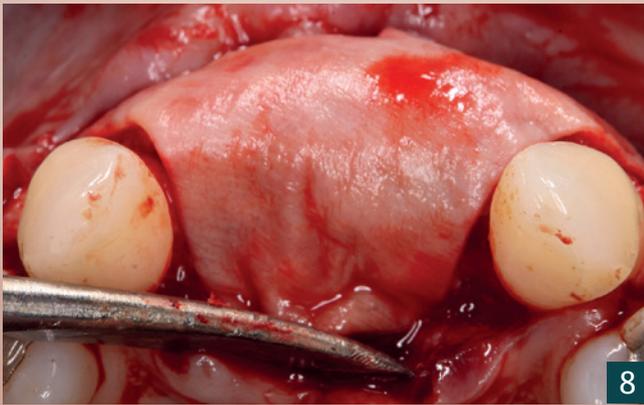
- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1</b> Lippenbild mit ästhetisch insuffizienter provisorischer Versorgung.</p> <p><b>2</b> Intraorale Ausgangssituation mit Interimsersatz zum Ersatz der Zähne 11, 21.</p> <p><b>3</b> Nichtanlagen der Zähne 12, 22 fehlende Zähne 11, 21 und mäßige Mundhygiene.</p> | <p><b>4</b> Intraoperativ erkennbares, laterales Knochendefizit.</p> <p><b>5</b> Anbringung einer mittig geschlitzten, gebogenen, autologen Knochenschale, entnommen am linken Kieferwinkel.</p> |
|--|--|



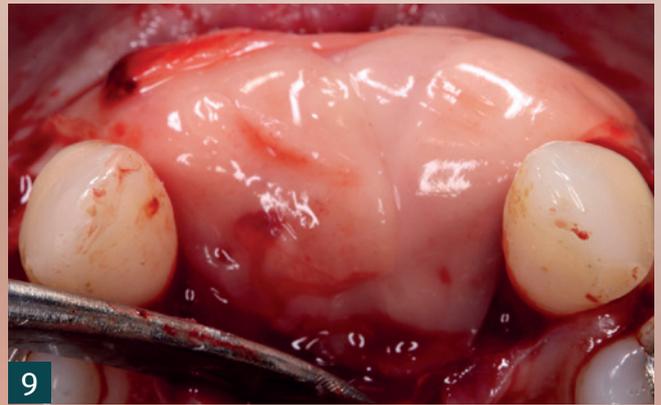
6



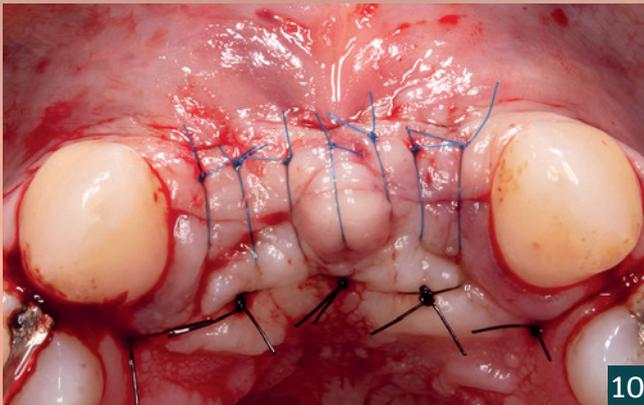
7



8



9



10



11



12

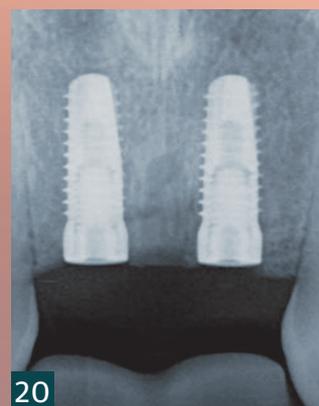
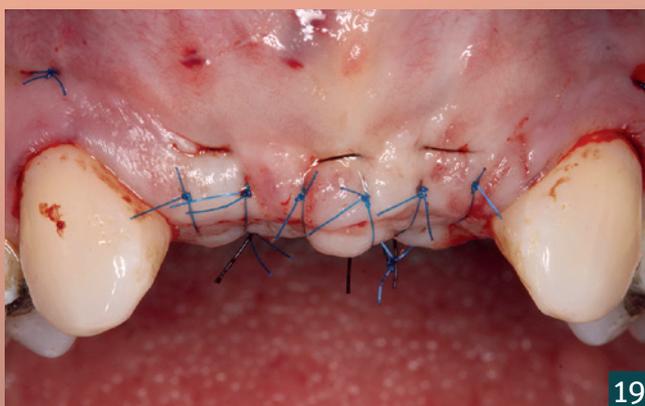
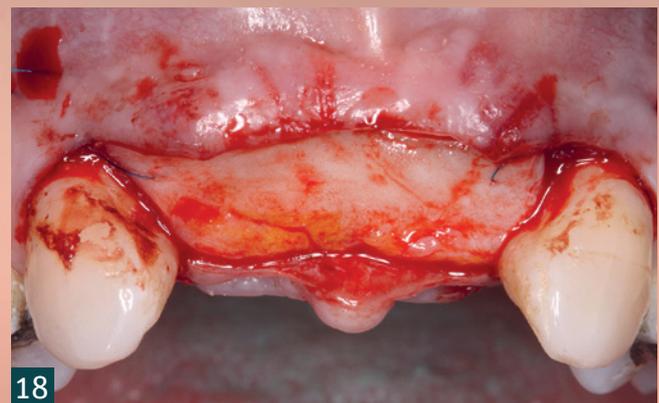
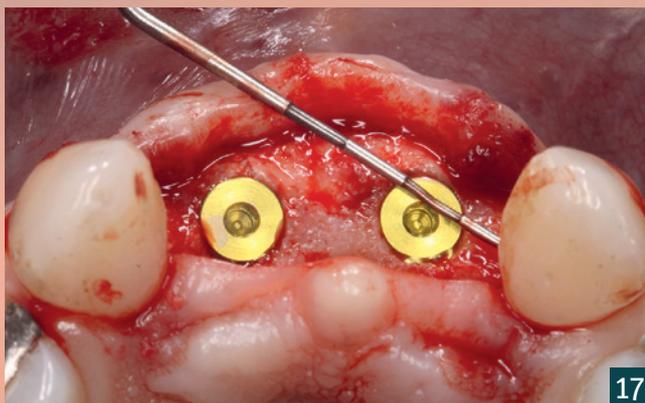
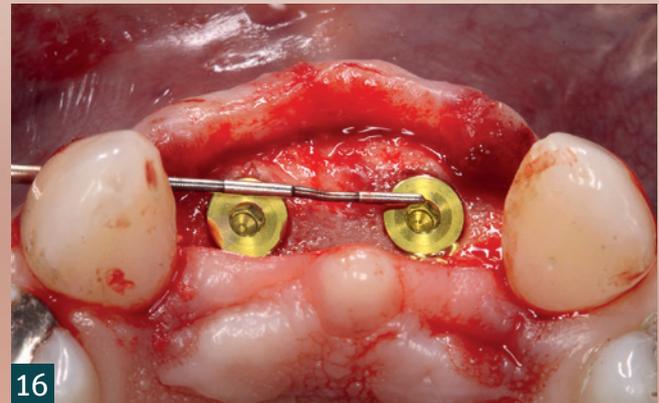
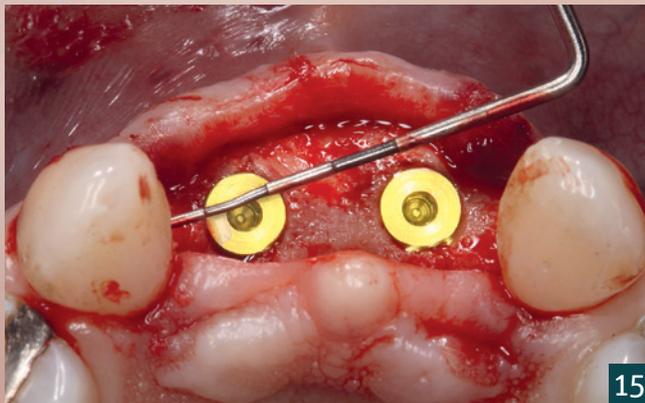
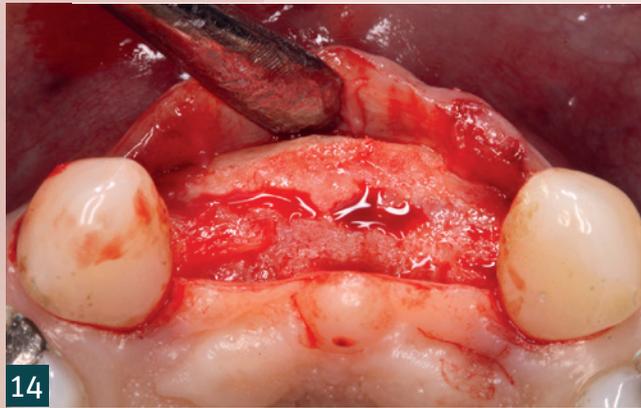


13

- 6 Mittels Knochenmühle (Mondeal) ausgedünnte und mit Schrauben des Q-Bone-Systems (Trinon) angebrachte Knochenschale.
- 7 Defektauffüllung mit Knochenspänen (gewonnen bei der Knochenausdünnung) und Eigenblut.
- 8 Abdecken des Augmentates mit Kollagenmembran (Bio-Gide, Geistlich) ...
- 9 ... und aPRF-Membranen (Mectron).

- 10 Lappenmobilisation und spannungsfreier Wundverschluss mit horizontalen Matratzen- (5-0 Nylon) und Einzelknopfnähten (6-0 Mopylen).
- 11 Postoperatives OPG.
- 12 Reizlose primäre Wundheilung nach zwölf Wochen.
- 13 Bukkalansicht des herausnehmbaren provisorischen Interimsersatzes – ohne Druck auf die Weichteile.

## Chirurgie 2: Implantatinsertion



**14** Reentry mit sehr gut regeneriertem Kieferkamm fünf Monate post augmentationem.

**15** Implantatinsertion (Camlog SLPP 3,8/11 mm) mit Positionierungsschablone für die Pilotbohrung regio 11, 21.

**16** Die Abstände sind sowohl zwischen den Implantaten ...

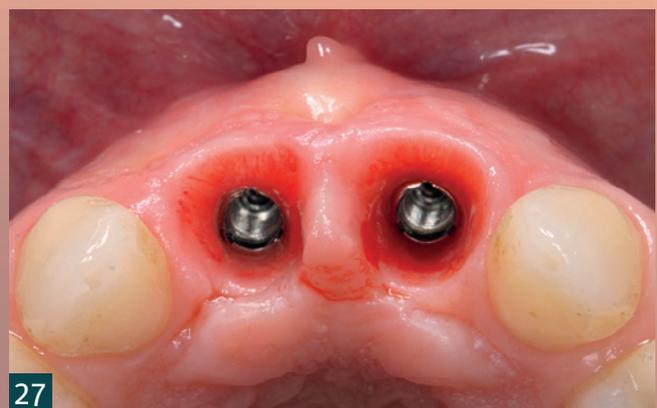
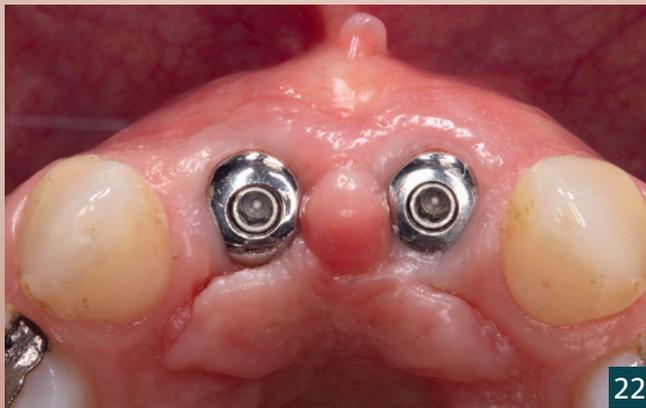
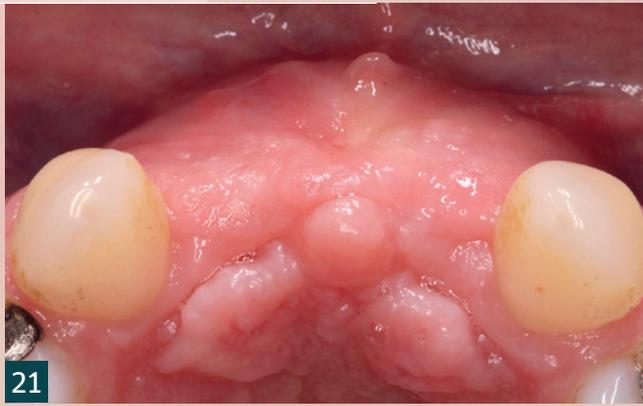
**17** ... als auch zwischen den Implantaten und den Nachbarzähnen ausreichend bemessen.

**18** Einbringung eines fibrösen Bindegewebstransplantates (Gaumen) okklusal und bukkal zur Weichgebeverdickung.

**19** Spannungsfreier primärer Wundverschluss ohne vertikale Entlastungen.

**20** Postoperatives Röntgenbild.

Freilegung und Eingliederung des therapeutischen Zahnersatzes



**21** Reizlose primäre Wundheilung nach zwölf Wochen.

**22** Zustand nach Implantatfreilegung mittels Rollappentechnik – gute Rekonturierung des Kieferkammes ersichtlich.

**23** Bukkalansicht vor ZE-Anfertigung – die ausgeprägte Papilla palatina hilft bei der späteren interimplantären Papillengestaltung.

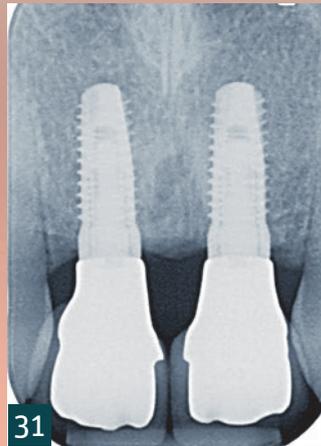
**24** Eingliederung des therapeutischen Zahnersatzes (PMMA auf CAD/CAM-Titanbasis) mit noch erkennbarer gingivaler Druckenämie.

**25** Röntgenkontrolle des therapeutischen Zahnersatzes.

**26** Therapeutischer Zahnersatz mit guter Papillengestaltung nach zwölf Monaten, stabile keratinisierte bukkale Weichgewebssituation.

**27** Gute Ausformung der Emergenzprofile, komplette Rekonturierung des Kieferkammdefektes; Versorgung der Zähne 14, 24 mit Kompositfüllungen.

Herstellung und Eingliederung des definitiven Zahnersatzes



**DZR Blaue Ecke**

Abrechnungstipps zu dieser Publikation

- 28 Herstellung des definitiven Zahnersatzes: Überabformung mit Impregum.
- 29 Abnahme des therapeutischen Zahnersatzes, Fixierung von Laboranalogen und Reposition in die Abformung.
- 30 Eingliederung der definitiven einteiligen Abutmentkronen, verklebt auf CAD/CAM-Titanbasen (ZTM Michael Zangl, Cham).
- 31 Röntgenkontrolle der definitiven Versorgung.

- 32 Bukkalansicht der definitiven Versorgung.
- 33 Okklusalanzeige der definitiven Versorgung nach Verschluss der Schraubkanäle mit Komposit.
- 34 Lachbild einer glücklichen Patientin.