copyright by Quintessenz not for publication

Sind Rehrmannplastiken noch zeitgemäß?
Ein individueller Therapieansatz

Abb. 1 Typische Komplikation nach erfolgter Rehrmann-Plastik: Narbenbildung im Vestibulum.

Abb. 2 Mit Rehrmann-Plastik einhergehende Verschiebung der befestigten Gingiva.

Wenn es bei der Entfernung eines oberen Molaren zu einer Mund-Antrum-Verbindung (MAV) kommt, wird üblicherweise eine Verschiebelappenplastik nach Rehrmann durchgeführt, um einen dichten Verschluss zur Kieferhöhle zu gewährleisten und einer Sinusitis vorzubeugen[1]. Dies ist ein erprobtes und sicheres Verfahren. Allerdings hat es den Nachteil, zu einer irreversiblen Narbenbildung im Vestibulum zu führen (Abb. 1). Diese Narben resultieren in einer Verschiebung der Mukogingivalgrenze von vestibulär nach krestal. Die bewegliche Gingiva strahlt nun direkt auf dem Kieferkamm ein und verhindert eine Zugänglichkeit zur späteren prothetischen Versorgung (Abb. 2). Die Patienten können diese Region anschließend schwieriger putzen, egal, ob mit einer Brücke oder einem Implantat versorgt wird. Oft berichten sie auch davon, dass sich Speisereste sammeln und die Narbe unangenehm sei. Typisch ist die Aussage, „die Wange sei festgenäht".

Diagnostik

Ich habe in meiner Praxis einen anderen Weg gefunden, mit einer MAV umzugehen. Zunächst muss bei einer Zahnentfernung im Oberkiefer stets untersucht werden, ob eine MAV vorliegt. Dafür finde ich den Nasenblasversuch kontraproduktiv. Sollte nur der knöcherne Kieferhöhlenboden durchgängig, die Kieferhöhlenschleimhaut aber noch intakt sein, so kann durch das heftige Blasen die geschlossene Schleimhautdecke überhaupt erst eröffnet werden. Daher empfehle ich, nach einer Zahnentfernung ausschließlich durch das Sondieren mit einer Kieferhöhlensonde das Vorliegen einer MAV zu untersuchen.

Weiterhin ergibt sich bei der klassischen Vorgehensweise das Problem, dass es zu einer bleibenden Unterbrechung des Kieferhöhlenbodens kommt und diese wahrscheinlich auch fortbesteht. Dies ist kein Problem, wenn die Lücke durch eine Brücke ersetzt wird. Wenn aber eine Implantatversorgung angestrebt wird, so ist eine Sinusbodenelevation unter diesen Voraussetzungen wesentlich schwieriger oder gar unmöglich, da kein knöchernes Lager vorhanden ist (Abb. 3).

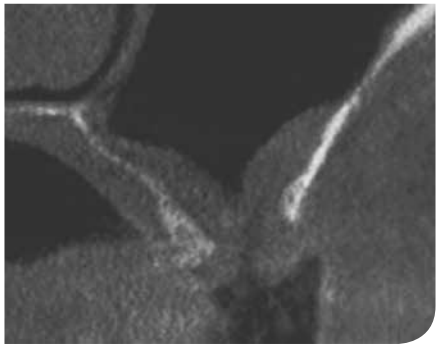

Abb. 3 Im DVT eindeutig erkennbarer Defekt am Kieferhöhlenboden.

Therapieansatz

Meine operative Methode bei einer Mund-Antrum-Verbindung sieht folgendermaßen aus:

- Der Zahn wird extrem schonend ausschließlich über die Alveole entfernt, indem die Wurzeln geteilt und einzeln, möglichst orthograd, entfernt werden. Ziel ist es immer, das interradikuläre Septum zu erhalten, um große Knochendefekte zu vermeiden.
- Anschließend führe ich eine Socket Preservation durch. Dafür lege ich eine Kollagenmembran (Biogide, Fa. Geistlich Biomaterials, Baden-Baden) in das Wurzelfach, in dem die MAV sondiert wurde. Die Knochenhöhle fülle ich mit Knochener-

satzmaterial (Bio-Oss Collagen, Fa. Geistlich Biomaterials) auf, sodass die Membran apikal fixiert wird.
- Danach wird der Defekt mit einem Gelastypt-Schwämmchen (Fa. Sanofi-Aventis, Frankfurt am Main) und einer überkreuzten Matratzennaht verschlossen und der Patient über ein dreiwöchiges strenges Schneuzverbot aufgeklärt.

Nach zehn Tagen werden die Nähte entfernt. Zu diesem Zeitpunkt ist meist eine gute Granulation von den Wundrändern her zu sehen. Nach zwei bis vier Wochen ist die Weichgewebedecke geschlossen.

Die großen Vorteile dieses Vorgehens sind, dass sich die mukogingivalen Verhältnisse nicht verändern, es also keine Narbenbildung gibt, da weder aufgeklappt noch Gewebe plastisch verschoben wird. Weiterhin sind die Chancen, dass der Kieferhöhlenboden ohne Unterbrechung heilt, und damit die Möglichkeit, später ein Implantat zu setzen, wesentlich größer. Durch das Vermeiden der Periostlösung wird auch die Resorption des Knochens minimiert.

Der Patient kann entspannt die Heilung abwarten und sich später entscheiden, ob er eine Brücken- oder eine Implantatversorgung wünscht. Für eine Implantation warte ich sechs Monate und führe dann zur Evaluierung der knöchernen Verhältnisse immer eine dentale Volumentomographie (DVT) durch.

Fazit

Ich habe mit diesem Verfahren sehr gute Erfahrungen gemacht. Wundheilungsstörungen, Infektionen der Kieferhöhle oder trockene Alveolen habe ich nicht erlebt. Beschrieben ist hier jedoch mein persönliches Vorgehen, zu dem es meines Wissens noch keine wissenschaftliche Evidenz gibt.

copyright by Quintessenz not for publication

Literatur

1. Rehrmann A. Eine Methode zur Schließung von Kieferhöhlenperforationen. Dtsch Zahnärtzl Wschr 1936;39:1136–1138.

Dr. Dr. Anette Strunz
Praxis für Implantologie und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Berlin
E-Mail: empfang@strunz.berlin