

Sofortimplantation und Sofortversorgung

In der Literatur wird zunehmend die Kombination von Sofortimplantation in Verbindung mit Sofortversorgung / Sofortbelastung diskutiert.

Text: Frank Schrader

So ist nach Nikellis et al. (1) die Sofortbelastung der Implantate mit einem Provisorium möglich, wenn die Implantate nach der Insertion hinreichend stabil sind. Im Rahmen einer histologischen Analyse traten histologisch keine Reaktionsunterschiede zwischen sofortversorgten Implantaten mit und ohne Okklusionskontakt auf (2). Nach Ioannidou et al. (3) sind in einer Metaanalyse von 13 prospektiven Studien keine schlechteren Ergebnisse nach Frühbelastung verglichen mit konventionellen Belastungszeitpunkten festzustellen. Bei der Untersuchung der Knochenbildung an sofortbelasteten und gedeckten Dentalimplantaten stellte Degidi et al. (4) fest, dass nach 4-8 Wochen an den sofortbelasteten wie auch an den gedeckt einheilenden Implantaten starke Knochen-Implantat-Kontakte zu verzeichnen waren, wobei die sofortbelasteten Implantate größere Mengen an Knochen aufwiesen. Die Sofortbelastung beeinträchtigt nicht die Knochenbildung in der frühen Einheilphase. Auch Nkenke (5) kam zu der Schlussfolgerung, dass die Implantatüberlebensrate weder bei der Sofortbelastung noch bei Sofortversorgung der Überlebensrate nach konventionellen Einheilzeiten unterlegen ist. Nach den Ergebnissen der Literaturanalyse scheint es heute kaum anfechtbar, dass Implantate erfolgreich sofortbelastet werden können.

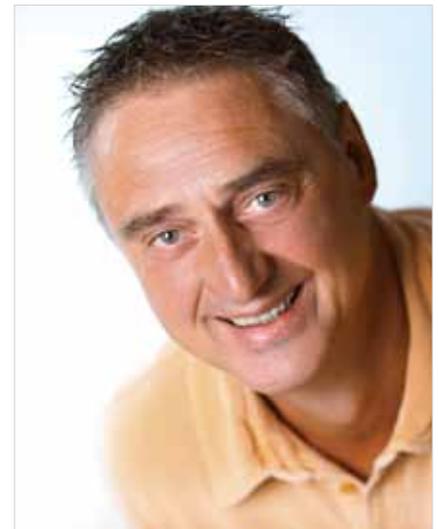
Der konkrete Fall:

Der 40-jährige Patient stellte sich im

Februar 2011 zur implantologischen Beratung vor. Der klinische Befund zeigte den gelockerten 11 mit vestibulärer Fistel nach 2-facher Wurzelspitzenresektion in den Vorjahren (Abb. 1). Wir erläuterten dem Patienten die Vor- und Nachteile einer Sofortimplantation mit gleichzeitiger Sofortversorgung. Besonders wiesen wir auf das Risiko der Entzündung hin. Der Verzicht auf eine Übergangsprothese überzeugte den Patienten sofort und er entschied sich für das nachfolgende Vorgehen.

Am 11.04.2011 wurde der Zahn 11 dekapitiert (Abb. 2) und mit dem Extraktionssystem Benex vorsichtig extrahiert (Abb. 3,4,5). Die Wunde wurde auskurettiert und auf Knochendefekte untersucht. Um dem Entzündungsprozess zu umgehen, schufen wir mit einem Spiralbohrer und einem Kondensier in der palatinalen Alveolenwand einen neuen Zugang (Abb. 6). Die Abb. 7 verdeutlicht das geplante Vorgehen schematisch.

Danach begannen wir mit der Implantation eines Championsimplantates mit dem Durchmesser 4,5 mm und einer Länge von 16 mm (Abb. 8 und 9). Beim weiteren Inserieren wurde vorsichtig okklusaler und vestibulärer Druck auf den Carrier ausgeübt, um die Achsrichtung des Implantates zu korrigieren (Abb. 10 und 11). Abb. 12: Am Ende der Implantatinsertion erreichten wir eine Primärstabilität von 60 Ncm. Die Messung mit unserem Periotestgerät ergab einen Wert von + 03. Ein 12 Grad



Implantologe Frank Schrader

abgewinkelttes Prep-Cap aus Zirkondioxid wurde definitiv zementiert und klassisch präpariert (Abb. 13).

Prep-Caps Aufgaben:

1. Verbreiterung der klinischen Krone
2. Erleichterung der Modellherstellung
3. exakte Übertragung der Implantatpräparation vom Mund ins Labor
4. Ästhetische Verbesserung der Implantate
5. verbesserte periimplantäre Weichgewebssituation nach Implantation
6. Ausgleich von Pfeiler- bzw. Einschubdivergenzen

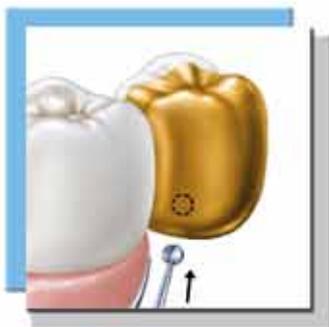
Anzeige



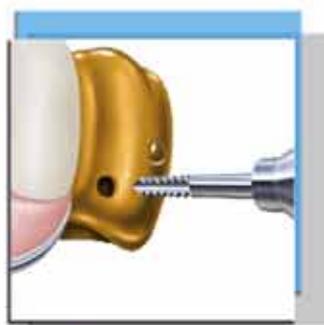


BESUCHEN SIE UNS AUF STAND 7!
NOV 25-26, IN DRESDEN

Machen Sie friktionslose Teleskopkronen wieder fit!



bohren



**Gewinde
schneiden**



**eindrehen,
einstellen**



abtrennen... fertig

Quick-rep

... eine schnelle Hilfe bei Friktionsverlust

- individuell ein- und nachstellbare Friktion
- einfache, minutenschnelle Einarbeitung
- verstellungsgesicherte Fixierung des Friktionsteils durch Klemmgewinde
- der rückstellfähige und abrasionsfeste Kunststoff sichert eine lange Funktion
- kein zeitaufwändiges Einkleben notwendig

Stempel

Bitte kreuzen Sie an:

Bitte senden Sie mir ein kostenloses Funktionsmuster*
*Nur einmal pro Labor/Praxis.

Bitte senden Sie mir das Quick-rep Starter-Set zum
Sonderpreis von 125,00 €**.

Inhalt des Starter-Sets: 14 Friktionselemente + Einbauwerkzeuge
** Nur einmal pro Labor/Praxis. / zzgl. ges. MwSt. / versandkostenfrei

per Fax an 02331 / 8081 - 18

Kostenlose Hotline (0800) 880 4 880



Im Anschluss wurde eine proviso-
rische Krone erstellt. Um Betastungen
während der mehrwöchigen Osseo-
integrationsphase zu minimieren, wur-
de die provisorische Krone mit einem
lichthärtenden Kunststoff verblockt.

In der Literatur wird die Bone-Jum-
ping-Distanz mit 1-2mm angegeben.
Deshalb ist nach der Implantation ein
Auffüllen der verbleibenden Alveole
mit Knochenersatzmaterial in der
Regel nicht notwendig. Die natür-
liche Heilungskraft des menschlichen
Körpers wird in der Implantologie
oft unterschätzt. Abb. 14 zeigt die
Palatinal-Ansicht am OP-Tag und
Abb. 15 am Folgetag.

Die Abb. 16 veranschaulicht den
Wundbereich mit verblockter Krone

am Folgetag. In den folgenden zwei
Monaten erfolgt die Osseointegration
und die Ausformung der Weichge-
webe. Die Abb.17 zeigt die klinische
Situation am 9.6.2011 (acht Wochen
nach Implantation) vor der Abdruck-
nahme. Gut erkennbar ist die vollkom-
men reizlose und abgeheilte Gingiva.
Der gemessene Periotestwert lag zu
diesem Zeitpunkt bei - 01.

Am 23.06.2011 wurde die defini-
tive Zirkondioxidkrone mit Havard
zementiert (Abb. 18) und ein Kontroll-
röntgenbild erstellt (Abb. 19).

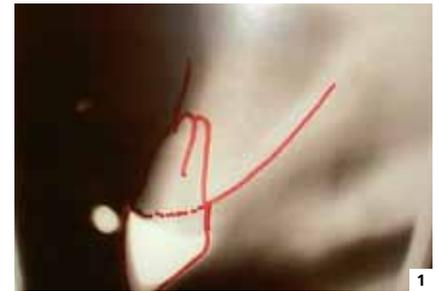
Fazit

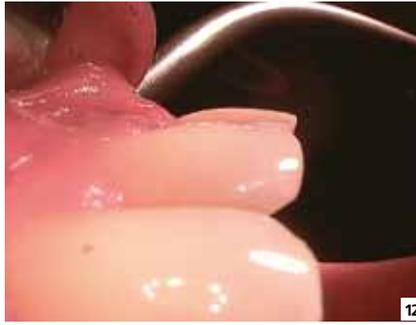
Auch in kritischen Situationen ist die
Sofortimplantation mit Sofortversor-
gung eine geeignete Methode für

einen schnellen, sicheren und ästhe-
tischen Behandlungserfolg. Darüber
hinaus ermöglicht dieses Vorgehen eine
gute Zusammenarbeit mit dem über-
weisenden Hauszahnarzt, da kein teures
Implantatequipment benötigt wird.

*Eine Literaturliste kann bei der
Redaktion angefordert werden.*

info@zahnarzt-zerbst.de





Anzeige

lege artis