



Sofortversorgung- und Implantation an 24

Aktueller Fall am Beispiel einer 56-jährigen Patientin

Text/Bilder Implantologe Frank Schrader

In der Literatur wird zunehmend die Kombination von Sofortimplantation in Verbindung mit Sofortversorgung / Sofortbelastung diskutiert. 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 Analyse traten histologisch keine Reaktionsunterschiede zwischen sofortversorgten Implantaten mit und ohne Okklusionskontakt auf².

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 Nkenke⁵ 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 56-jährige Patientin stellte sich im Februar 2011 zur implantologischen Beratung vor. Der klinische Befund zeigte einen frakturierten 24 (Abb. 1). Wir erläuterten der Patienten die Vor- und Nachteile einer Sofortimplantation mit gleichzeitiger Sofortversorgung.

Der Verzicht auf eine Übergangsprothese überzeugte die Patientin sofort und sie entschied sich für das nachfolgende Vorgehen.

Am 5. April 2011 wurde der Zahn 24 vorsichtig extrahiert (Abb 2), die Alveole auskürrettiert und auf Knochendefekte untersucht.

Mit einem Spiralbohrer und einem Kondenser schufen wir in der palatinalen Alveole einen neuen Zugang.

Danach begannen wir mit der Implantation eines Champions-Implantates mit dem Ø 4,5 mm und einer Länge von 16 mm (Abb. 3+4).

Beim weiteren Inserieren wurde vorsichtig okklusaler und vestibulärer Druck auf den Carrier ausgeübt, um die Achsrichtung des Implantates zu korrigieren (Abb. 5+6). Durch dieses Vorgehen erreichten wir den geplanten, korrekten Endsitz des Implantates (Abb. 7+8).

Am Ende der Implantatinsertion erreichten wir eine Primärstabilität von 60 Ncm. Die Messung mit unserem Periotestgerät ergab einen Wert von 0.

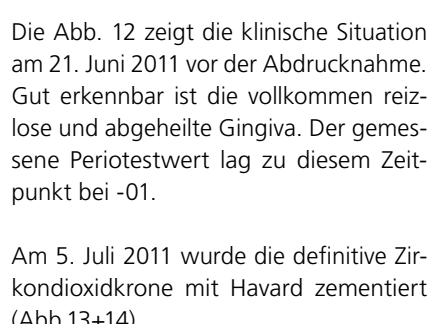
Ein kurzes,gerades Prep-Cap aus Zirkondioxid wurde definitiv zementiert und klassisch präpariert (Abb. 9).

Aufgaben des Prep-Caps:

- Verbreiterung der klinischen Krone
- Erleichterung der Modellherstellung
- Exakte Übertragung der Implantatpräparation vom Mund ins Labor



Frank Schrader



Die Abb. 12 zeigt die klinische Situation am 21. Juni 2011 vor der Abdrucknahme. Gut erkennbar ist die vollkommen reizlose und abgeheilte Gingiva. Der gemessene Periotestwert lag zu diesem Zeitpunkt bei -01.

Am 5. Juli 2011 wurde die definitive Zirkondioxidkrone mit Havard zementiert (Abb.13+14).

- Ästhetische Verbesserung der Implantate
- Verbesserte periimplantäre Weichgewebssituation nach Implantation
- Ausgleich von Pfeiler- bzw. Einschubdivergenzen

In der Literatur wird die Bone-Jumping-Distanz mit 1-2mm angegeben. Deshalb ist nach der Implantation ein Auffüllen der verbleibenden Alveole mit Knochenersatzmaterial in der Regel nicht notwendig. Die natürliche Heilungskraft des menschlichen Körpers wird in der Implantologie

oft unterschätzt. Im Anschluss wurde eine provisorische Krone erstellt. Um Belastungen während der 8-wöchigen Osseointegrationsphase zu minimieren, wurde die provisorische Krone mit einem lichthärtenden Kunststoff mit den Nachbarzähnen verblockt (Abb. 10). Dabei ist es für eine optimale Gingivaheilung sinnvoll, die provisorische Krone nicht bis auf die Zirkonstufe des Prep-Caps herunter zu ziehen (Abb. 11).

In den folgenden zwei Monaten erfolgt die Osseointegration und die Ausformung der Weichgewebe.

Fazit: Auch in kritischen Situationen ist die Sofortimplantation mit Sofortversorgung eine geeignete Methode für einen schnellen, sicheren und ästhetischen Behandlungserfolg. Darüber hinaus ermöglicht dieses Vorgehen eine gute Zusammenarbeit mit dem überweisenden Hauszahnarzt, da kein teures Implantatequipment benötigt wird.

Eine Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

info@zahnarzt-zerbst.de