



Region 41 Implantation mit Sofortversorgung und gleichzeitiger Wurzelspitzenresektion bei 31

Nach Entfernung eines oberflächlich liegenden Wurzelrestes in rg. 41 wurde ein KOS-Implantat inseriert. Gleichzeitig führten wir am Zahn 31 eine Wurzelspitzenresektion durch. Danach erfolgte die Augmentation mit autologem Knochen und einer Bio-Gide-Membran. Das Implantat wurde im Sinne einer Sofortbelastung mit einer provisorischen Krone versorgt.

Frank Schrader



Frank Schrader

Die Patientin stellte sich zur Implantatversorgung im Bereich 41 mit einer unversorgten Lücke vor (Abb. 1). Das Röntgenbild zeigte einen verbliebenen Wurzelrest in der rg. 41 und am Zahn 31 eine überstopfte Wurzelfüllung mit apicaler Parodontitis (Abb. 2). Die Abb. 3 zeigt den Röntgenprüfkörper, den Wurzelrest und den Schnitt des Unterkiefers im nichtlinearen Spiraltomographen. Aufgrund des ausreichenden Knochenangebotes im Bereich 41 entschieden wir uns für einen chirurgischen Eingriff. Zuerst wurde nach Eröffnung des OP-situs der

Wurzelrest entfernt (Abb. 4). Die Abb. 5 zeigt den entfernten Wurzelrest und die durchgeführte Wurzelspitzenresektion an Zahn 31. Im Anschluss begannen wir mit der Implantatkavitätenaufbereitung. Dazu wurde mit einem Spiralbohrer die Kavität bis auf die geplante Endtiefe aufbereitet. Die dabei gewonnenen Knochenspäne wurden aufgefangen, um das Material für die Augmentationen zur Verfügung zu haben. Da die Sofortversorgung des

Implantates geplant war, wurde die Implantatkavität weit unterdimensioniert aufbereitet.

Mit einem zur Implantatform passenden Bonespreader (Dehnschraube) wurde die Implantatkavität auf den vorgesehenen Durchmesser des Implantates aufbereitet.

Nach Vorbereitung der Implantatkavität wurde ein KOS-Implantat (Ihde-Dental) mit dem Durchmesser 3,0 mm und der Länge 15 mm inseriert (Abb. 6). Da wir generell skalierte Ratschen benutzen, konnten wir sicherstellen, dass das Implantat mit über 40 Ncm inseriert worden war. Dies ist das entscheidende Kriterium für eine Sofortbelastung.

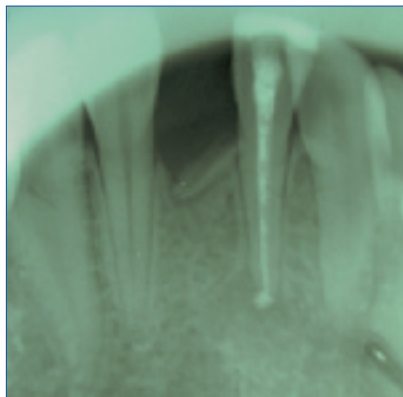


Abb. 2

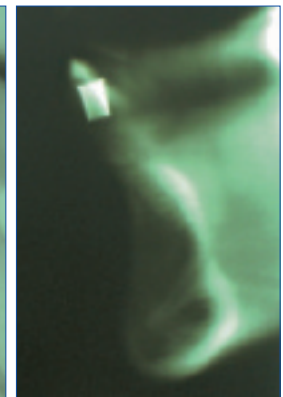


Abb. 3



Abb. 1

Bei einer Primärstabilität von über 40 Ncm ist eine Sofortbelastung in der Regel möglich. Liegt die Primärstabilität darunter gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Explantation des „Osteoms“ und Insertion eines Implantates mit einem größeren Durchmesser zur Erreichung der gewünschten Primärstabilität.
2. Die Verblockung von mehreren Implantaten mit einer geringeren Primärstabilität als 40 Ncm.

Der gewonnene autologe Knochen (Bohrspäne) wurde im vestibulären Bereich des Implantates aufgetragen und die Wunde mit einer Bio-Gide-Membran abgedeckt (Abb. 7). Danach wurde der OP-situs mit Einzelknopfnähten speicheldicht verschlossen. Zur Erstellung der sofortbelasteten provisorischen Krone wurde ein dazu passendes Kunststoffkappchen aufgesetzt (Abb. 8). Unter Verwendung



Abb. 4



Abb. 8



Abb. 5



Abb. 9



Abb. 6

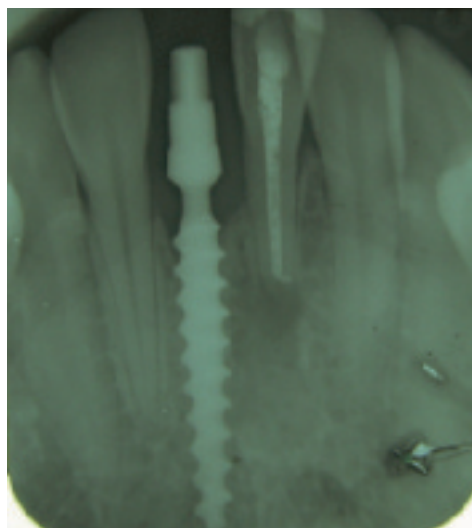


Abb. 10



Abb. 7

einer passenden Frasacrone wurde die provisorische Kunststoffkrone angefertigt (Abb. 9). Die Passgenauigkeit dieser provisorischen Krone war so groß, dass ein Einzentieren nicht notwendig war.

Das Röntgenkontrollbild zeigt das inserierte KOS-Implantat und den Zustand nach WSR am Zahn 31 (Abb. 10). Die Abb. 11 zeigt die Wundverhältnisse einen Tag postimplantationem. 10 Tage nach der OP erfolgte die Nahtentfernung (Abb. 12). Nach Ablauf von drei weiteren Monaten

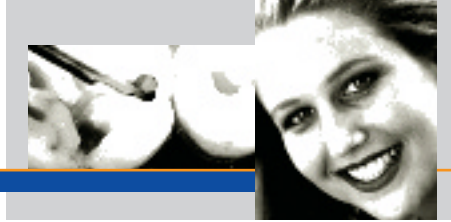


Abb. 11

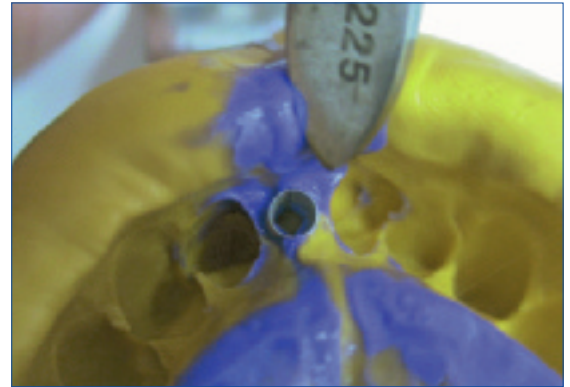


Abb. 15



Abb. 12



Abb. 16



Abb. 13



Abb. 17



Abb. 14



Abb. 18



Abb. 19



Abb. 20

erfolgte die Anfertigung der definitiven Zirkondioxidkrone. Die Abb. 13 zeigt einen vollständig ausgeheilten, reizfreien OP-situs. Das Transferkappchen wurde von uns so bearbeitet, dass die Abdrucknahme trotz der geringen Lückenbreite möglich war (Abb.14). Mittels einer konventionellen Sandwichabformung wurde die Implantatsituation abgeformt (Abb.15). Nach Anfertigung des Modells mit

Zahnfleischmaske wurde vom Labor die Zirkondioxidkrone hergestellt (Abb.16). Die Abb. 17 zeigt die fertige Zirkondioxidkrone. Sehr gut ist hier die Gestaltung des Kronenrandes im submarginalen Bereich zu erkennen. Für eine gute Ästhetik ist diese Art der Kronengestaltung von großer Bedeutung.

Die Abb.18 und 19 zeigen die zementierte Zirkondioxidkrone. Das Abschlussröntgenbild (Abb. 20) zeigt den exakten Sitz der definitiven Kronen und Zustand drei Monate nach WSR an Zahn 31.

/// FAZIT

Eine Sofortversorgung ist aus meiner Sicht immer dann erfolgreich, wenn die Kombination der individuellen Parameter wie Knochenfestigkeit, ausreichende Primärstabilität und Entzündungsfreiheit gewährleistet ist.

AUTOR

Dr. Frank Schrader
Albertstraße 33, 39261 Zerbst/Anhalt

KONTAKT

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Straße 19
85386 Eching
Tel.: 089/31 97 61-0
Fax: 089/31 97 61-33
E-mail: info@ihde-dental.de
Internet: www.ihde-dental.de