

Socket preservation

Minimalinvasive Frontzahnimplantation

| Dr. Bert Mielke, Dr. Ulrich Lemke, ZÄ Jana Mielke

In den letzten Jahren hat sich die Implantologie in der ästhetischen Zone – basierend auf den Erfahrungen des letzten Jahrzehnts – deutlich weiterentwickelt. Unsere Ergebnisse werden unter Beachtung der Indikationskriterien, wie sie auf der ITI Consensus Conference 2004 festgelegt wurden, immer vorhersagbarer und optimaler.

Dank der Verfeinerung von chirurgischen Instrumenten und Nahtmaterialien ist in vielen Fällen ein mikroinvasives und

Zahnes 11. Die röntgenologische Untersuchung zeigte eine erhebliche parodontale Schädigung, einen apikalen Herd sowie eine Wurzelfüllung mit

plantation nicht möglich gewesen. Nach besonders schonender Extraktion des Zahnes 11 (Abb. 2) sowie der Beseitigung von Granulationsgewebe aus der Alveole erfolgte deren Inspektion. Dabei wurde die ungenügend starke vestibuläre Knochenlamelle diagnostiziert und die Richtigkeit unseres konservativen Vorgehens bestätigt. Bereits bei der klinischen Untersuchung der Patienten in der präoperativen Phase sollte die Situation um die Hart- und Weichgewebe genau kontrolliert und eingeschätzt werden. Ein „Knochensounding“ gibt hier bereits Auskunft über eventuelle Knochendefizite (Abb. 3, anderer Behandlungsfall).

Zur Verbesserung der Hartgewebs- und damit auch der nachfolgenden Weichgewebssituation nehmen wir in Fällen dieser Konstellation eine „socket



Abb. 1: Röntgenbefund 11.



Abb. 2: Luxierter 11.



Abb. 3: Knochensounding.



Abb. 4: Augmentat in situ.



Abb. 5: Fibrinmembran über Augmentat.

damit schonendes Vorgehen möglich, sodass der Patient über den gesamten Behandlungszeitraum nur wenig kompromittiert wird. Besondere Bedeutung kommt dabei der Behandlungsplanung mit Analyse der den Patienten betreffenden Risikofaktoren sowie der Rekonstruktion der Hart- und Weichgewebe zu. Erst nach Optimierung dieser Komponenten ist eine sichere, Erfolg versprechende und in gewissen Grenzen vorhersagbare Implantation am prothetisch erforderlichen Ort möglich.

Fallbeschreibung

Der 51-jährige männliche Patient wurde in unsere Praxis überwiesen zur implantologischen Versorgung eines „austherapierten“, stark gelockerten

Stiftaufbau (Abb. 1). Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich zudem Lockerungsgrad III. Die Unversehrtheit der Nachbarzähne und die lückige Zahnstellung der Oberkieferfront machten aus unserer Sicht eine implantologische Versorgung unumgänglich. Nach gründlicher präoperativer Risiko- und Fallanalyse entschieden wir uns für ein minimalinvasives „two stage“ Protokoll, da ein knöchernes Defizit im vestibulären Lamellenbereich zu erwarten war. Ohne Verbesserung der Hartgewebssituation wäre eine erfolgreiche und mit langzeitstabilen Weichgeweben versehene Im-

plantation vor. Dabei wird die Alveole nach der gründlichen Inspektion und Reinigung mit Bio-Oss aufgefüllt. Dieses wird standardisiert mit PRP und Eigenblut des Patienten in eine Konsistenz gebracht, die ein plastisches Augmentieren und Platzieren des Knochenersatzstoffes erleichtert (Abb. 4). Wie die Abbildungen 5, 6 und 7 von einem anderen Patienten (der in gleicher Weise von uns versorgt wurde) zeigen, wird nach Mobilisation des Weichgewebes im Bereich des Limbus alveolaris mittels eines Papillenelevators das Augmentat zuerst mit einer von uns selbst hergestellten Fibrin-