

Studie

Implantationen im Rahmen von Sofortversorgungen

| Dr. Dr. Rainer Fangmann M.Sc., Dr. Jürgen Süllwold, ZTM Klaus Herrmann, ZTM Peter Töllner

Das Thema „Zahnimplantate“ wird für viele Menschen zunehmend wichtiger. Insbesondere seitdem die Krankenkassen ab dem Jahre 2005 einen Teil der Kosten für die Suprakonstruktion auf Implantaten übernehmen, ist das Verfahren in der Bevölkerung als Standardtherapie akzeptiert. Vor allem ein wachsendes Patienteninteresse an einer Verkürzung der Behandlungsdauer hat die Nachfrage nach einer Implantation mit sofortiger prothetischer Versorgung erhöht.

Als Anfangsbefund liegt häufig ein desolater Gebisszustand vor, bei dem nur wenige oder keine Zähne erhalten werden können. Oftmals wurden im Vorfeld notwendige Sanierungen aus Angst vor einer abnehmbaren prothetischen Versorgung hinausgeschoben. Die meisten dieser Patienten sind mit einem (ggf. desolaten) festsitzenden Zahnersatz versorgt und sehen sich außerstande, selbst für eine kurze Zeit ein herausnehmbares Provisorium zu tragen. Vielfach stehen sie beruflich in der Öffentlichkeit, müssen in der Öffentlichkeit sprechen und empfinden damit den Verlust ihrer Zähne und die Eingliederung eines herausnehmbaren Zahnersatzes als existenziell beeinträchtigend.

Das zunehmende Wissen betreffend der biomechanischen Wirkung enossaler Implantate auf den periimplantären Knochen und dessen Weichteile erlaubt die Umsetzung eines Konzeptes der Sofortversorgung und -belastung unter Beachtung strenger Kriterien (Abb. 1).

Die Sofortbelastung ist definiert als die Eingliederung von Zahnersatz mit Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation.

Kriterien der Sofortversorgung und „Sofortbelastung“

- Ausreichende Primärstabilität: ISQ > 75
- Implantatlängen: ≥ 10 mm
- Keine rotierenden Kräfte während der Osseointegration
- Laborgefertigte Provisorien
- Patientenaufklärung über reduzierte Kaubelastung

Abb. 1: Kriterien der Sofortversorgung und „Sofortbelastung“.

Die Sofortversorgung ist definiert als die nicht kaufunktionelle Sofortbelastung. Es handelt sich um die Eingliederung von Zahnersatz ohne Okklusionskontakt, d.h.

um eine „geschützte Okklusion“, am Tage der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation.

Minimale Mikrobewegungen fördern erfolgreich die Osseointegration (Softloading). Die Steigerung der sekundären Stabilität durch Knochentraining sowie ein optimiertes Weichgewebsmanagement stellen die herausragenden Parameter dieses Behandlungskonzeptes dar. Ein wichtiges Element dieser Versorgungsstrategie ist das exakt laborgefertigte Langzeitprovisorium mit möglichst geringer Belastung in statischer und dynamischer Okklusion. Im Weiteren wird der Patient instruiert, wie Belastungsspitzen und hohe extraaxiale Belastun-

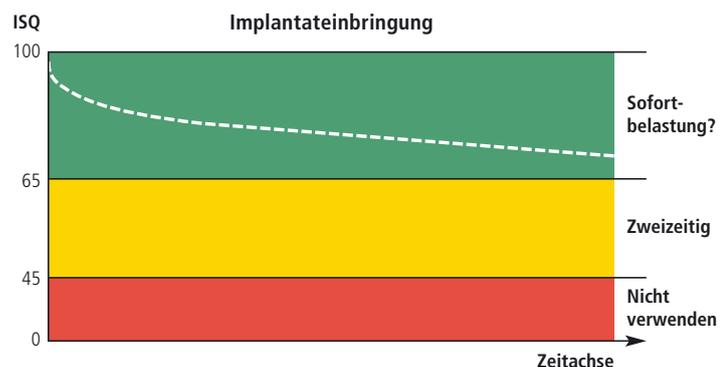


Abb. 2: Kriterien der Osstell™ mentor-Messung bei Implantateinbringung.