

One Time – One Abutment – One Impression

Die Implantologie der letzten Jahre beschäftigt sich immer mehr mit kurzen und schmalen Implantaten. Dabei wurden auch die Durchmesser der Abutments immer kleiner. Deshalb besteht in vielen Fällen die Möglichkeit, bereits intraoperativ ein definitives Abutment zu verwenden. Dadurch entfällt der Aufwand individuell gefertigter Abutments. Doch wie stellen wir den passenden Zahnersatz für die im Mund belassenen Abutments her? Im folgenden Fall wurde bei acht Implantaten ein entsprechendes Prozedere angewendet.



Dr. Volker Knorr, ZTM Steffen Deppert-Labsch/Eislingen, Fils

n Eine 62-jährige Patientin stellte sich mit einem prothetisch und konservierend insuffizient versorgten Gebiss bei uns vor. Wir entschlossen uns zur Vier-Quadranten-Sanierung mit Einzelzahnkonzept.

Behandlung

Im Rahmen einer konservierenden Vorbehandlung wurden schadhafte Füllungen, kariöse Läsionen, nicht erhaltungswürdige Zähne und der bestehende Zahnersatz entfernt. Im Anschluss erfolgte eine Parodontalbehandlung mithilfe von Langzeitprovisorien. In diesem Zuge erfolgte eine Bissanhebung von 2 mm. Danach wurden acht Implantate inseriert und noch intraoperativ mit den definitiven Abutments bestückt (Abb. 1). Für die folgenden drei Monate wurde die Patientin abermals mit einem Langzeitprovisorium versorgt.

Die Zähne 17, 16, 13 bis 23, 26, 34 und 44 wurden präpariert. Es erfolgte in dieser Sitzung keine Präparation der Abutments. Beide Kiefer wurden mit Hydrokolloid abgeformt und in Gips ausgegossen, um die Lokalisation der Abutments zu rekonstruieren. Im Anschluss fertigten wir einen Übertragungsschlüssel aus Kunststoff (Abb. 2) an.

Mit dessen Hilfe implantierte der Zahntechniker Laboranaloge in die vorbereiteten Gipskavitäten (Abb. 3). Die aufgeschraubten Laborabutments sind mit den im Mund verwendeten Abutments identisch.

Im Anschluss fixierten wir die Laboranaloge mit Kunststoff (Abb. 4). Dabei korrigierten wir die suboptimale prothetische Implantatachse an 24,

indem wir das gerade Abutment gegen ein gewinkeltes tauschten. Die Elemente 34 bis 36 wurden in Wachs und Kunststoff vorbereitet und dann gepresst. In der Eingliederungssitzung wurden die Abutments 15 und 25 im Mund mit Präparationsschlüsseln nachbearbeitet (Abb. 5). Das Abutment 24 wurde wie oben beschrieben gegen ein gewinkeltes Abutment ausgetauscht. Danach wurden 19 Vollkeramikrekonstruktionen eingesetzt (Abb. 6–10). Unsere Patientin befindet sich heute in einem dreimonatigen Recall. Die parodontale Situation hat sich deutlich verbessert und die Implantate sind reizfrei osseointegriert (Abb. 11).

Fazit

Das beschriebene Prozedere bietet folgende Vorteile:

- nur ein chirurgischer Eingriff
- keine rotierenden Kräfte im Rahmen der prothetischen Versorgung (mit Ausnahme Implantat 24)
- kürzere Behandlungsdauer
- geringere Kosten
- angenehmere Abformtechnik

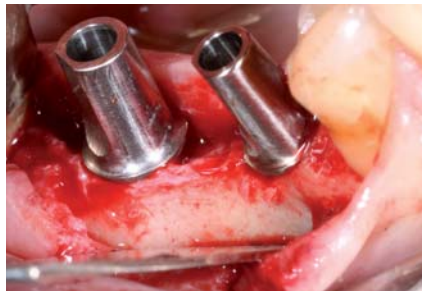


Abb. 1: Die intraoperativ eingeschraubten definitiven Abutments. – Abb. 2: Der Übertragungsschlüssel wird auf dem Gipsmodell hergestellt.



Abb. 3: Die Implantatanaloge „schweben“ im Gipsmodell. – Abb. 4: Die Implantatanaloge werden mit Kunststoff fixiert. – Abb. 5: Die Individualisierung des Abutments 25 im Mund erfolgt am Tag der Eingliederung.



Abb. 6: Okklusalan­sicht acht Monate postoperativ im Oberkiefer ... – Abb. 7: ... und im Unterkiefer. – Abb. 8: Lippenbild nach Behandlungsabschluss.



Abb. 9: Lachende Patientin am Behandlungsbeginn. – Abb. 10: Lachende Patientin nach Behandlungsabschluss. – Abb. 11: Die röntgenologische Situation acht Monate postoperativ.

Im Vergleich zur offenen Abformung bzw. zur geschlossenen Abformung mittels Übertragungskapen besteht ein weiterer Vorteil: Es gibt weniger Rückstellungsprozesse im Abformmaterial.

In anderen Fällen arbeiteten wir mithilfe des Übertragungsschlüssels im Mund. Bei der Reposition des Schlüssels auf dem Modell kommt es aber zum Gipsabrieb an den Nachbarzähnen. Dieser Abrieb wird durch die Herstellung des Schlüssels direkt auf dem Modell deutlich reduziert. Außerdem entfallen für Patient und Behandler unangenehme Arbeitsschritte. Das hier beschriebene Verfahren sollte allerdings nicht mit jedem Implantatsystem

durchgeführt werden. Wichtig ist eine Primärstabilität von über 35 Ncm. Dabei hilft ein selbstschneidendes und knochenverdichtendes Design. [n](#)

KONTAKT

Dr. med. dent. Volker Knorr

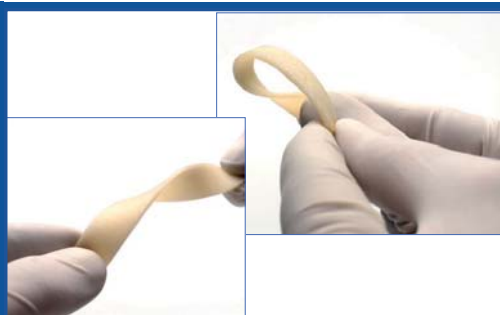
Master of Oral Medicine in Implantology
Mühlesgäßle 6, 73054 Eislingen
E-Mail: info@zahnheilkunde-muehlesgaessle.de
Web: www.zahnheilkunde-muehlesgaessle.de

ZTM Steffen Deppert-Labsch

Protrusion – Zahntechnische Werkstatt
Hauptstraße 2, 73054 Eislingen
E-Mail: info@zahnruine.de
Web: www.zahnruine.de



ANZEIGE



das neue

CortiFlex®

-flexibler Kortikal-Span-
formbar/biegsam u. lange Standzeit für:

- Schalentechnik
- Auflagerungsplastik
- vertikale u. horizontale
- Knochenaugmentation
- Parodontaltherapien
- exponierte Implantate

Alternative zum Knochenblock

Osteograft®

allogene transplantate

Demineralisierte Knochenmatrix (DBM)
sowie allogene Transplantate für das Weich- und Hart-Gewebemanagement

*OsteoGraft-Produkte sind nach AMG zugelassen

ermöglicht neues Knochenwachstum via Osteoinduktion und Osteokonduktion



ARGON MEDICAL
MAINZER STR. 346
D-55411 BINGEN
FON: 06721-3096-0
FAX: 06721-3096-29
WWW.OSTEOGRAFT.DE
INFO@OSTEOGRAFT.DE

