

# Sofortimplantation und Weichgewebsmanagement bei bukkalem Knochendefekt

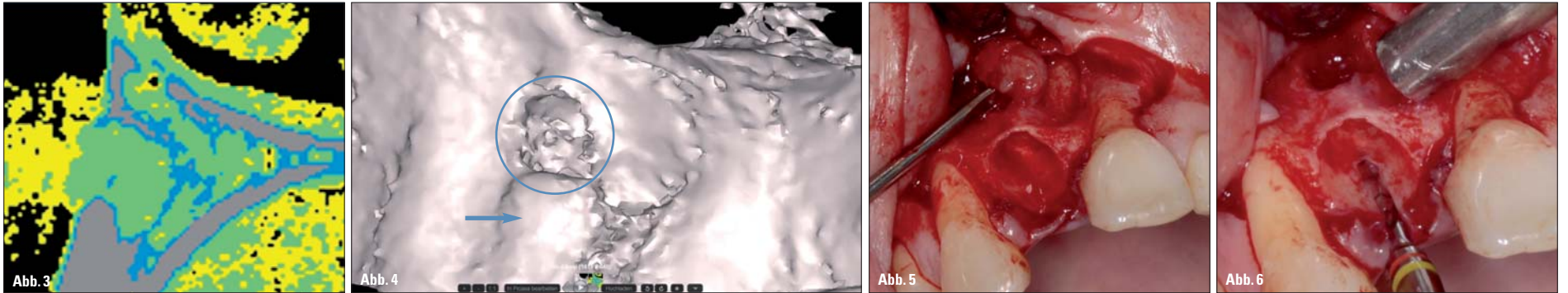


Abb. 3: 3-D-Darstellung des apikalen Knochendefekts bei 12. – Abb. 4: 3-D-Darstellung des labialen Knochendefekts (Kreismarkierung) und persistierenden labialen Knochenstegs (Pfeilmarkierung). – Abb. 5: Excochleation des Granuloms. – Abb. 6: Achsenbestimmung des Implantats.

**PN Fortsetzung von Seite 1**

**Beispiel aus der Praxis**

Die Patientin, eine 50-jährige Musikerin, wünschte eine kostengünstige minimalinvasive Lösung sowie wenig beruflichen Ausfall. Der klinische Befund ergibt einen generalisierten horizontalen Knochenverlust. Das Weichgewebe ist der Knochenhöhe gefolgt, sodass die Zahn-

genbild eine apikale Aufhellung und distolaterale Wurzelresorption erkennen (Abb. 2). Bei weiterer 3-D-Diagnostik mithilfe des DVT und SimPlant-Auswertung wird die verbliebene Knochensubstanz dargestellt und die Implantatposition bestimmt (Abb. 3 und 4).

**Patientenaufklärung**

Im Rahmen der Patientenaufklärung werden alternative Zahn-

Versorgungsmöglichkeiten und die Endversorgung bezüglich des zeitlichen Ablaufes und der Kosten besprochen.

**Operatives Vorgehen**

Das operative Vorgehen beginnt mit einer one-shot AB Prämedikation (600 mg Clindamycin eine Stunde vor OP). Zur Lokalanästhesie wird labial von Regio 12 ein Depot von 1,5 ml und palatinal von 0,2 ml UDS

und Excochleation des Granuloms (Abb. 5) wird das Implantat 2 mm palatinal der geplanten Inzisalkante und 3 mm unterhalb der geplanten Gingivarekonstruktion platziert. Wichtig bei dieser Vorgehensweise ist die Primärstabilität, die durch ein konisches Implantatdesign, welches einfacher zu platzieren ist, ein selbstschneidendes Gewinde und ein verdichtendes Knochenmanagement unterstützt wird

des geringen Durchmessers wird aus Stabilitätsgründen ein Titanaufbau anstelle eines Keramikaufbaues gewählt (Abb. 13). Dieser wird individualisiert und keramisch verblendet. Zudem wird ein individueller Zirkonoxidstift zur Verlängerung des Aufbaus gefräst (Abb. 14) und die Vollkeramikkrone wird mit Harvard zementiert (Abb. 15). Die Patientin erhält eine Hygieneinweisung und kommt in

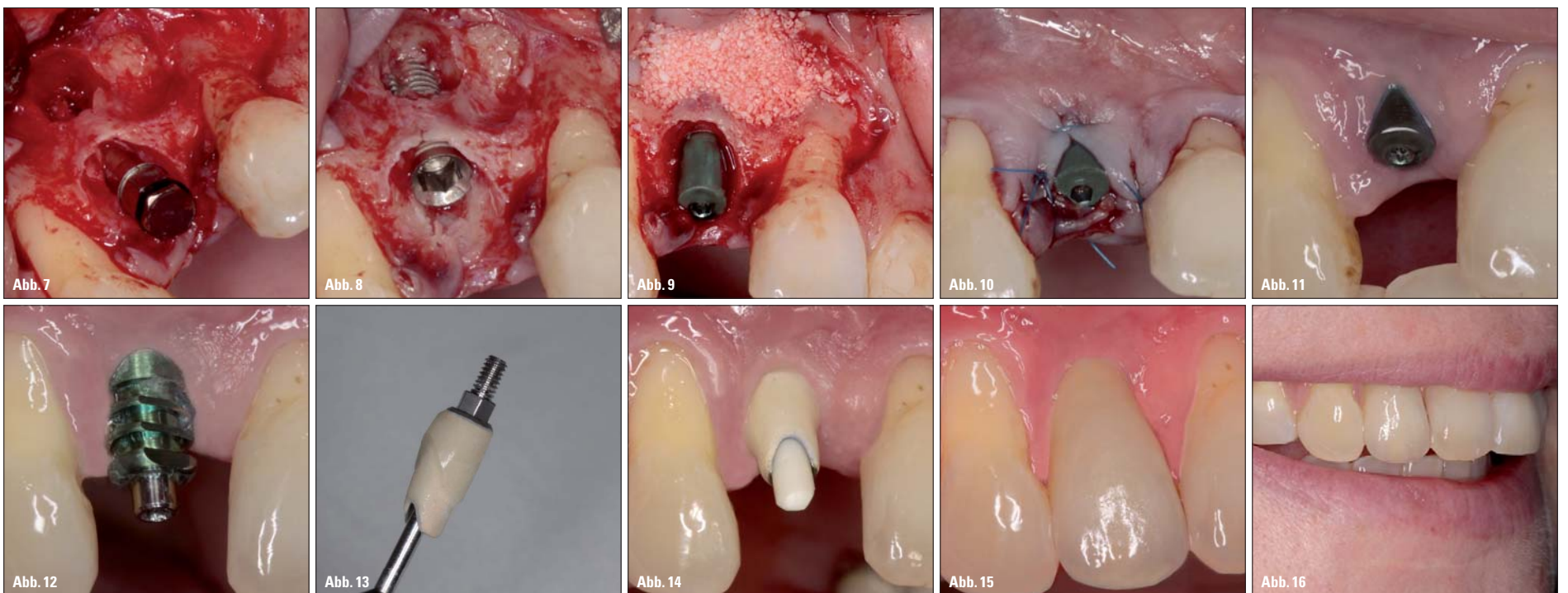


Abb. 7: Knochenkonsolidation. – Abb. 8: Implantatposition mit Dentegris tapered Implantat 11,5mm; ø 3,75mm. – Abb. 9: Knochenaufbau mit CompactBone B. – Abb. 10: Dichter Nahtverschluss. – Abb. 11: Abheilung nach vier Wochen. – Abb. 12: Aufgeschraubter Abdruckpfosten nach fünf Monaten Einheitszeit. – Abb. 13: Individualisierter, keramisch verblendeter Titanaufbau. – Abb. 14: Verlängerung des Aufbaus durch gefrästen ZrO-Stift in situ. – Abb. 15: Definitive Keramikkrone. – Abb. 16: Lippenbild.

hülle freiliegen (Abb. 1). Eine PA-Behandlung und eine KFO-Behandlung sind alio loco durchgeführt worden. Im Zuge der aktuellen Behandlung lässt sich auf dem Rönt-

ersatzlösungen, die Risikobewertung der Sofortimplantation und notwendige Behandlung im Falle eines Implantatverlustes erörtert. Weiterhin werden die unterschiedlichen provisorischen

gesetzt. Anschließend erfolgt die Extraktion unter Trennung des Ligamentum circulare vorsichtig mit dem Periotom, sodass der labiale Knochensteg erhalten bleibt. Nach der Aufklappung

(Abb. 6 und 7). Verwendet wird ein 11,5 mm langes konisches Implantat (Dentegris tapered) mit 35 Ncm Insertionstorque (Abb. 8). Zum Aufbau des labialen Knochendefektes wird das Knochenersatzmaterial CompactBone B (Dentegris) verwendet (Abb. 9). Es erfolgt ein dichter Nahtverschluss unter Verzicht einer Membranabdeckung (Abb. 10). Bei der offenen Einheilung unterstützt und erhält eine Heilungsdistanzhülse die Gingivahöhe und die Papillen (Abb. 11).

ein sechsmonatiges Recall zur Kontrolle.

**Fazit**

Die Sofortimplantation sollte aufgrund einer erhöhten Komplikationsrate eher von routinierten Operateuren durchgeführt werden. Wird eine ausreichende Primärstabilität erzielt, überwiegen jedoch die sehr guten End- und Dauerergebnisse bei gleichzeitig geringer Patientenbelastung und niedrigen Kosten. ☑

**Definitive prothetische Versorgung**

Die endgültige prothetische Versorgung erfolgt fünf Monate nach dem Eingriff bei ausreichender Festigkeit des Implantats (Abb. 12). Mit dem Ostell Mentor wird die Osteointegration überprüft, der Wert beträgt 70. Aufgrund

**PN Adresse**

Dr. Marika Halbach-Spielau  
M.Sc. Kieferorthopädie  
Europäische Spezialistin für  
Implantologie der EDA  
Johannesstr. 7–9  
47623 Kevelaer



ANZEIGE

**www.zwp-online.info**  
FINDEN STATT SUCHEN. **ZWP online**

www.zwp-online.at Auch in Österreich und der Schweiz! www.zwp-online.ch



# Philips Sonicare AirFloss

Die Innovation zur einfachen  
Reinigung der Zahnzwischenräume

## War Ihren Patienten die Reinigung der Zahnzwischenräume bisher zu mühsam?



Der Philips Sonicare AirFloss arbeitet mit patentierter Luft- und Mikrotröpfchen-Technologie. Durch seinen Hochdruck-Sprühstrahl aus Luft und winzigen Wassertropfen reinigt er tief in den Zahnzwischenräumen und entfernt dort mühelos Plaque-Biofilm. Einfach und sicher in der Anwendung. Sanft zu Zahnfleischgewebe, Zähnen und Zahnschmelz.

- **Einfach:** Gezielte und tiefe Reinigung mit nur einem Knopfdruck
- **Schnell:** Reinigung in 60 Sekunden
- **Effektiv:** Gründliche Entfernung von Plaque-Biofilm
- **28 Tage Geld-zurück-Garantie:** Bietet Patienten, die bisher nie oder selten ihre Zahnzwischenräume gereinigt haben, die Möglichkeit, den AirFloss ohne Risiko zu testen.

Mehr Informationen dazu unter [www.sonicare.de/dp](http://www.sonicare.de/dp) oder telefonisch unter: (D) 0800 0007520, (AU) 0800 180016, (CH) 0800 422944 (kostenfrei aus dem Festnetz, Mobilfunkpreise können abweichen).

**PHILIPS**  
sonicare

sense and simplicity