

Transgingivale Implantate im zahnlosen Unterkiefer

Versorgungskonzepte mit Sofortbelastung, insbesondere in Verbindung mit Implantaten im anterioren Unterkiefer, zielen auf eine Vereinfachung der Verfahren, Verkürzung der Einheilzeit und Verringerung der Dauer zwischen der chirurgischen und prothetischen Phase ab. Die hohe Vorhersagbarkeit und klinische Evidenz dieses erstmals vor über 40 Jahren beschriebenen Versorgungskonzeptes veranlasste uns dazu, den Ansatz in unserer Klinik zu übernehmen. Transgingivale Implantate tragen darüber hinaus dazu bei, das vielfach diskutierte Auftreten eines Mikrospalts im empfindlichen periimplantären Bereich zu vermeiden sowie die Gesamtbehandlungszeit, und dadurch die damit verbundenen Kosten, zu verringern.

Dr. Claudia Carolina Lenzi

■ Langzeitstudien belegen die erfolgreiche Rehabilitation des zahnlosen Kiefers mit dentalen Implantaten. Die klassischen Richtlinien für die Osseointegration von Implantaten im Unterkiefer gehen von einer ungestörten Einheilzeit von drei Monaten aus. Neben der Vermeidung einer funktionellen Belastung sollte das Implantat beim zweizeitigen Vorgehen vor einer potenziellen Bakterienbesiedlung während der Osseointegration geschützt werden.¹⁻⁴ Die lange Einheilzeit jedoch kann für zahnlose Patienten einen unerträglichen Zustand darstellen, da sie über einen längeren Zeitraum eine unpraktische abnehmbare provisorische Prothese tragen müssen. Die Vorhersagbarkeit des ursprünglichen zweizeitigen Prozederes führte zu Entwicklungen, die auf eine Vereinfachung der Verfahren, Verkürzung der Einheilzeit und Verringerung der Dauer zwischen der chirurgischen und prothetischen Phase abzielten.

Zahlreiche Autoren konnten über positive klinische Ergebnisse im Zusammenhang mit einzeitigen Vorgehensweisen berichten.⁵⁻⁸ In mehreren Studien wurde nicht nur eine hohe Überlebensrate, sondern auch eine Erfolgsrate beobachtet, die durchaus mit der zweizeitigen Verfahren vergleichbar ist.⁹⁻¹² Der Einsatz von transgingivalen Implantaten ohne Sofortbelastung vermeidet aber zunächst nur den zweiten chirurgischen Eingriff, löst jedoch nicht die unerträgliche Versorgungssituation für Patienten während der Einheilphase.¹³⁻¹⁵ Der Widerstand einiger Patienten gegen das Tragen einer abnehmbaren Prothese und die erfolgreiche Erforschung einfacherer Behandlungsprotokolle mit kürzeren Einheilzeiten führte zur Versorgungsoption mit Implantaten mit Sofortfunktion innerhalb von 48 Stunden nach der Insertion. Für eine erfolgreiche Vorgehens-

weise mit Sofortbelastung ist die Versorgung mit der provisorischen oder endgültigen Prothese innerhalb dieses Zeitraums eine zwingende Voraussetzung.¹⁶⁻¹⁹ Mittlerweile wurden über Verfahren mit Sofortbelastung, insbesondere für Implantatinsertionen im anterioren Unterkiefer, gute Ergebnisse berichtet, und es wurden mehrere Vorgehensweisen vorgeschlagen, bei denen das Tragen einer fixierten Prothese während der Osseointegration ohne negative Auswirkung auf den Langzeiterfolg möglich ist.²⁰⁻²³ Die evidenzbasierten chirurgischen und klinischen Konzepte umfassen die Insertion von vier sofortbelasteten Implantaten in die interforaminale Region, die eine abnehmbare Prothese tragen. Zur Befestigung der Suprakonstruktion wird eine stabile Verbindung gefertigt, um Mikrobewegungen an der Implantat-Knochen-Grenze zu verringern und eine erfolgreiche

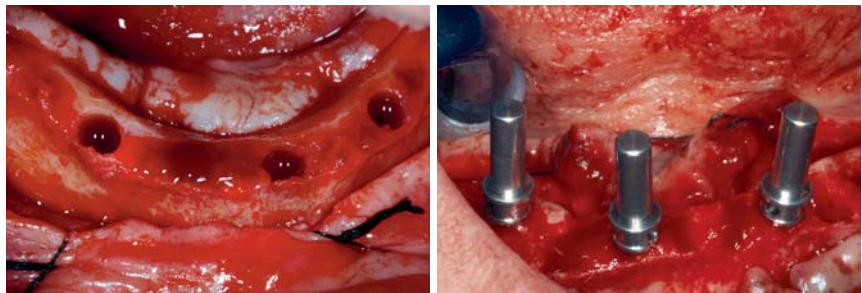


Abb. 1: Das Operationsfeld des ersten Falls ist nach Bildung eines Mukoperiostlappens übersichtlich dargestellt. Jetzt ist die anatomische Struktur beurteilbar. Eine Osteotomie der Kieferkamms wird bei Bedarf durchgeführt. – **Abb. 2:** Während der Implantatbett-Präparation kann die korrekte Implantatposition mit Parallelisierungshilfen überprüft werden.

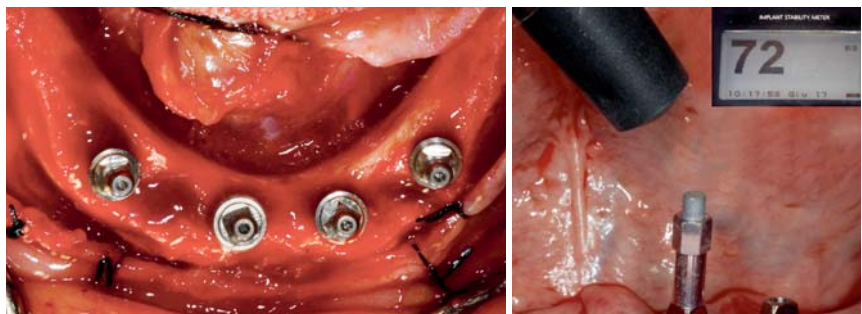


Abb. 3: Die XIVE® TG Implantate werden in die interforaminale Region inseriert. – **Abb. 4:** Anschließend werden die RFA-Werte gemessen (Osstell ISQ).

Osseointegration zu gewährleisten. Diese spezifische Vorgehensweise, bei der vier transgingivale Implantate (XiVE® TG) in die interforaminale Region des Unterkiefers eingesetzt werden, umfasst die Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen prothetischen Lösungen zur Versorgung von zahnlosen Patienten zu wählen. Je nach der individuellen klinischen Situation und den Anforderungen des Patienten können unterschiedliche Prothetikkonzepte verfolgt werden, die von einer klassischen Lösung mit einer Deckprothese auf einem U-förmigen Steg bis hin zu einer fixierten Prothese mit einem starren Innengerüst reichen. Mit den genannten Implantaten sind demnach praktische prothetische Lösungen durch die Verwendung von vorgefertigten oder individuellen Bauteilen möglich, und sie weisen die oben genannten Vorteile von transgingivale Implantaten auf. Die Versorgung mit diesen Implantaten in Verbindung mit einer Sofortbelastung ist für den Patienten eine preiswerte Lösung, da die Fertigung einer temporären Versorgung

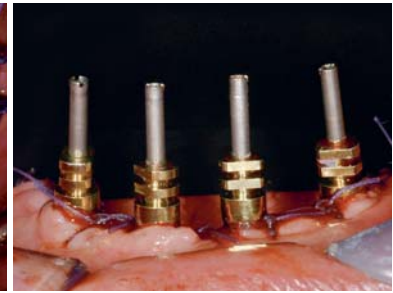
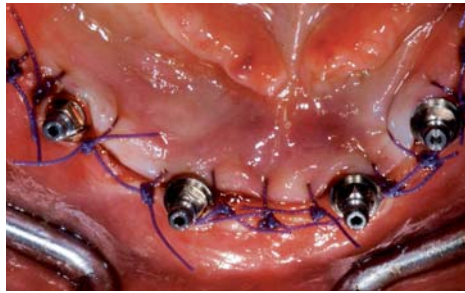


Abb. 5: Das Weichgewebe wird reponiert und vernäht. – **Abb. 6:** Die XiVE® TG Abdruckpfosten für die Pickup-Technik werden in die Implantate eingesetzt.



Abb. 7: Die Abdrucknahme erfolgt mit einem Polyethermaterial. – **Abb. 8:** Abdruck mit den integrierten XiVE® TG Abdruckpfosten für die Pickup-Technik.

nicht unbedingt erforderlich ist und die vorhandene Prothese mit vorgefertigten Aufbauten verwendet werden kann. Der maschinerte und leicht konische Implantatshals lässt sich mit Zahnzwischenraumbürsten einfach

ANZEIGE



Die zentrale Wasserentkeimung wird *easy*

Mit dem wahrscheinlich kleinsten zentralen Entkeimungssystem für Ihre Praxis!



Und das bereits
ab 3.990 Euro
zzgl. ges. MwSt.

Unser sanftes & hochwirksames Entkeimungsmittel *lodent*

- ✓ besteht zu 99 % aus Wasser
- ✓ baut sich zu 100 % selbst ab
- ✓ entkeimt sanft mit pH-neutralem NAOCL (pH 6,5 – 7,8)
- ✓ ist ca. 10 x stärker als Chloroxid
- ✓ ist absolut materialverträglich und beinhaltet kein Alkohol
- ✓ ist VAH-konform
- ✓ ist hochwirksam gegen Bakterien, Viren, Sporen und Pilze

Die
aquadent easy
entkeimt zentral mit
unserer sanften und
hochinnovativen
lodent-Lösung!



Die doctorwater-Lösung.
Sicherheit. Vertrauen. Reinheit.

doctorwater GmbH | Kanalstraße 17 | D - 16727 Velten | Tel: +49 (0) 800 2000 260 | www.doc-water.com QUALITÄTSFÜHRER

Fachdental Leipzig
06. – 07.09.2013

id nord in Hamburg
21.09.2013

Fachdental Süd-West
Stuttgart
11. – 12.10.2013

id Süd in München
19.10.2013

id Mitte in Frankfurt
08. – 09.11.2013

Messetermine
2013
Wir freuen uns
auf Ihren Besuch.

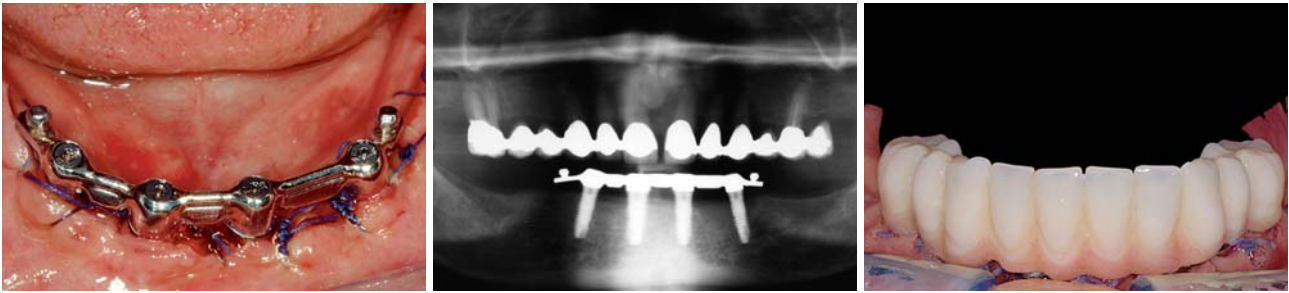


Abb. 9: Der im Labor gefertigte U-förmige Steg, der die Prothese stabilisieren soll, wird innerhalb von 24 Stunden nach der Implantatinsertion in den Mund des Patienten eingesetzt. – **Abb. 10:** Röntgenkontrolle 24 Monate nach Implantatinsertion. – **Abb. 11:** Dieser zweite Fall veranschaulicht, wie die Suprakonstruktion zur Korrektur von fehlendem Gewebe mittels rosafarbenen Kunststoffs verwendet werden kann.



Abb. 12: Röntgenaufnahme dieses Falls nach 24 Monaten: Das starre Gerüst und die stabile Knochensituation sind sichtbar. – **Abb. 13:** In einem anderen Fall wurde die Suprakonstruktion aufgrund der günstigen vertikalen Dimension ohne zusätzliches rosafarbenes Material gefertigt. – **Abb. 14:** Röntgenaufnahme dieses Falls nach 24 Monaten.

reinigen, was sogar für ältere Patienten und Patienten mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit möglich ist. Wir haben die Langzeitergebnisse von Patienten, die in unserer Klinik nach diesem Konzept therapiert wurden, ausgewertet, um den langfristigen Erfolg von sofortbelasteten Versorgungen des Unterkiefers zu überprüfen. Bewertet wurden die Stabilität des Hart- und Weichgewebes sowie der Einfluss einer adäquaten Handhabung und Pflege. Die entsprechenden Parameter wurden für jeden Fall mehrmals überprüft. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Behandlungsergebnisse von 20 Patienten bewertet, die auf die beschriebene Weise versorgt wurden. Alle Probanden wiesen einen guten Gesundheitszustand auf. Vor der Operation wurden klinische Untersuchungen und Röntgenuntersuchungen durchgeführt. Eine CT-Analyse erfolgte nach Bedarf. Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden alle Patienten derselben chirurgischen Vorgehensweise unterzogen. Diese wird in den folgenden klinischen Beispielen dargelegt.

Fallbeispiele

Nach einem krestalen Schnitt wurde ein Mukoperiostlappen gebildet und vier transgingivale Implantate in die interforaminale Region inseriert (Abb. 1–3). Das Bohrprotokoll wurde gemäß den Angaben des Herstellers eingehalten. Es war zwingend erforderlich, nach der Implantatinsertion eine gute Primärstabilität zu erzielen (mindestens 35 N), denn diese gilt als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Sofortbelastung (Abb. 4). Hierfür wurden die RFA-Werte gemessen (Osstell ISO, Osstell AB, Abb. 4). Die Knochenklasse, die in dieser anatomischen

Region gewöhnlich als DII oder DIII klassifiziert werden kann, das knochenspezifische Aufbereitungsprotokoll (XiVE®) und das knochenkondensierende Gewindedesign spielen bei der Erzielung einer optimalen Primärstabilität eine wichtige Rolle.^{16,24} Die anschließende Abformung kann beim transgingivalen Implantat beispielsweise unter Verwendung eines Polyethermaterials entweder vor oder nach dem Nahtverschluss durchgeführt werden (Abb. 5–8). Bei letzterer Vorgehensweise erhält der Zahntechniker bereits annähernd die korrekte Dicke des Weichgewebes. Die provisorische oder endgültige Prothese kann je nach Behandlungskonzept innerhalb von 48 Stunden hergestellt und eingesetzt werden. Die wirtschaftlichste und einfachste Versorgung erfolgt mit einer Deckprothese auf einem U-förmigen Steg. Die Suprakonstruktion kann je nach vertikaler Dimension mit oder ohne rosafarbenen Kunststoff gefertigt werden (Abb. 9–14). Die Nähte werden in der Regel nach vierzehn Tagen entfernt und nach drei Monaten wird eine Nachuntersuchung anberaumt. Die ersten drei Monate nach der Operation sind entscheidend für eine erfolgreiche Osseointegration der Implantate und die Ausheilung des Weichgewebes. Den Patienten wird daher geraten, während des ersten Monats weiche Kost zu sich zu nehmen und die Mundhygieneanweisungen zu befolgen. Die Aufbauten sollten während der Einheilphase und insbesondere in den ersten sechs Wochen möglichst nicht entfernt werden, da das zum Lösen von Aufbauschrauben ausgeübte Drehmoment die Osseointegration beeinträchtigen kann. Der Einheilprozess bei einer provisorischen Rehabilitation wird drei Monate nach Einbringung der provisorischen Versorgung überprüft. Nach der Kontrolle der Osseointegration kann die endgültige Prothese hergestellt werden. Die Herstellung von implantatgetra-

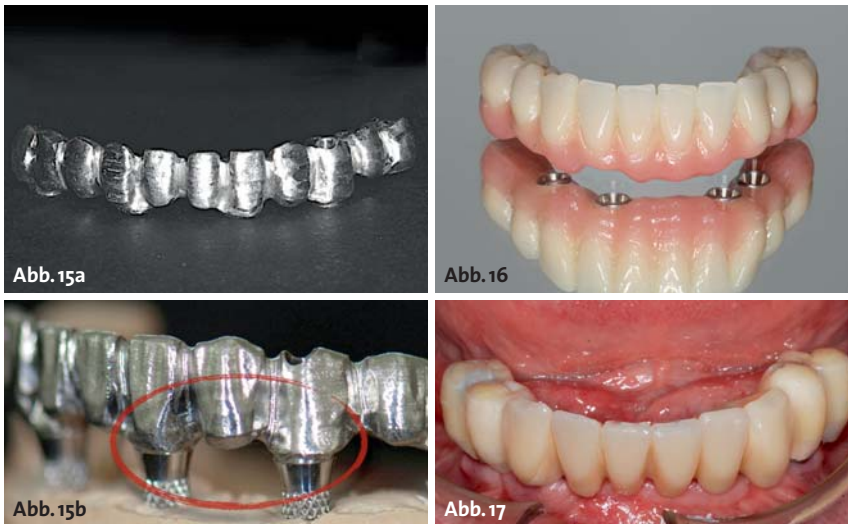


Abb. 15a und b: Abbildung des mit dem Computer entwickelten und hergestellten ISUS-Stegs für die definitive Versorgung eines anderen Falls. – **Abb. 16:** Für die ästhetische Rehabilitation dieses Falls wird Keramik verwendet. – **Abb. 17:** Die gesunden und stabilen Hart- und Weichgewebsverhältnisse nach 24 Monaten bei einem anderen Fall, der ebenfalls mit einer CAD/CAM-Struktur versorgt wurde.

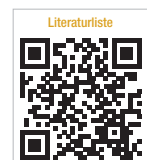
genen festsitzenden Brücken, die sich über den gesamten Zahnbogen ausdehnen, mittels der traditionellen „Lost-Wax-Technik“, ist nach wie vor eine handwerkliche Herausforderung. Die Rehabilitation kann durch einen Verzug der Legierung während des Gussvorgangs und dem Erhitzen während den einschließenden Phasen zum Aufbrennen der Keramik beeinträchtigt werden. Heutzutage können Passungsprobleme mit der CAD/CAM-Technologie zur Herstellung von weitspannigen Titanbrücken oder Titanbrücken über den gesamten Zahnbogen (Abb. 15–17) eliminiert werden. Die hohe Präzision der CAD/CAM-Verfahren brachte somit eine verbesserte Genauigkeit der endgültigen prothetischen Rehabilitation mit sich. Zu den Möglichkeiten zählen ISUS-Implantat-Suprakonstruktionen, die die Herstellung einer präzisen endgültigen Mesostruktur ermöglichen, die sowohl mit Keramik als auch mit Komposit vervollständigt werden kann. Für gute Ergebnisse ist daher eine sehr genaue Abformung unbedingt erforderlich. Für die Aufrechterhaltung und Erzielung positiver Langzeitergebnisse ist ein regelmäßiger Termin alle sechs Monate zur Untersuchung der korrekten Position von Implantat, Prothese und Gewebe sehr wichtig. Darüber hinaus wird bei diesem Termin die Mundhygiene kontrolliert und eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt.

Diskussion

In der aktuellen Fachliteratur werden mehrere Studien beschrieben, in denen die Ausheilung des Weichgewebes bewertet und ein Vergleich zwischen gedeckt und nicht gedeckt einheilenden Implantaten gezogen wird. Die Ergebnisse dieser Studien bestätigten, dass die Dimension der biologischen Breite bei transgingivalen Implantattypen signifikant kleiner ist als bei klassischen zweiteiligen Implantaten mit Mikrosplatt. Darüber hinaus lag der gingivale Rand bei transgingivalen Implan-

taten im Vergleich zu Implantatvarianten für eine subgingivale Insertion signifikant weiter in koronaler Richtung. Diese Ergebnisse lassen auf eine Adaptation der Mikrogefäße der Mundschleimhaut in der Umgebung von transgingivalen Implantattypen schließen, die den Verhältnissen um natürliche Zähne herum stärker ähneln als klassische, zweiteilige Implantate, unabhängig davon, ob diese einzeitig oder zweizeitig angewendet werden.^{26,28,29} Scheinbar bildet sich klinisch ein ausgereiftes, periimplantäres Weichgewebe bei einer einzeitigen chirurgischen Vorgehensweise etwa vier Wochen nach der Implantatinsertion. Die Osseointegration ist zwar eine Voraussetzung für eine langfristige Implantatstabilität, aber eine dichte Anla-

gerung des Weichgewebes an der Titanoberfläche im koronalen Bereich ist ebenso notwendig. Auf diese Weise wird eine mikrobakterielle Besiedlung und die Bildung einer pathologischen Umgebung verhindert, die den Prozess der Osseointegration behindern könnte, und um sowohl das Hart- als auch das Weichgewebe zu erhalten.^{30,27} In der aktuellen Fachliteratur werden statistisch signifikante Unterschiede bezüglich des Mittelwerts der keratinisierten Gewebeshöhe post operationem angegeben: Bei subgingival eingesetzten Implantaten im Vergleich zu transgingivalen Implantattypen ist diese signifikant niedriger.²⁵ Die Nachbeobachtung der mit dem beschriebenen Verfahren behandelten Fälle in unserer Klinik zeigt eine optimale Integration der Implantate in das Hartgewebe sowie eine ideale Ausheilung und Adaptation des Weichgewebes über und um den Implantathals herum. Die längste Beobachtungsdauer beträgt mehr als acht Jahre. Aufgrund der hohen Überlebensrate der Implantate (die Erfolgsrate beträgt bisher 100 Prozent) und der günstigen Gewebereaktion kann das transgingivale Implantat für den klinischen Einsatz und insbesondere für die beschriebene Indikation empfohlen werden. Die Vorteile des Implantats sind die wirtschaftliche und Erfolg versprechende Rehabilitation des zahnlosen Unterkiefers, die der Patient sehr zu schätzen weiß. ■



Literaturliste

KONTAKT

Dr. Claudia Carolina Lenzi

Via emilia levante 81
40139 Bologna, Italien
Tel.: +39 051 494663
info@carolinalezzi.it
www.carolinalezzi.it



Infos zum Autor