

In Ergänzung zu schon früher durchgeführten Kursbesuchen haben wir die Möglichkeit genutzt, ein individuelles Implantat-Training mit Prof. Dr. Stefan Ihde in unserer Praxis durchzuführen. Im Hinblick auf die wirklich sofortige Versorgung von implantierten Patienten stellt die Zusammenarbeit mit dem Labor eine besondere Herausforderung dar. Ziel des Trainings war nicht nur der Implantationsvorgang selber, sondern gerade auch die Kooperation des Praxisteam und die Zusammenarbeit mit dem Labor.



Individuelles Implantat-Training für die Sofortbelastung

Autor: Torsten Kunze

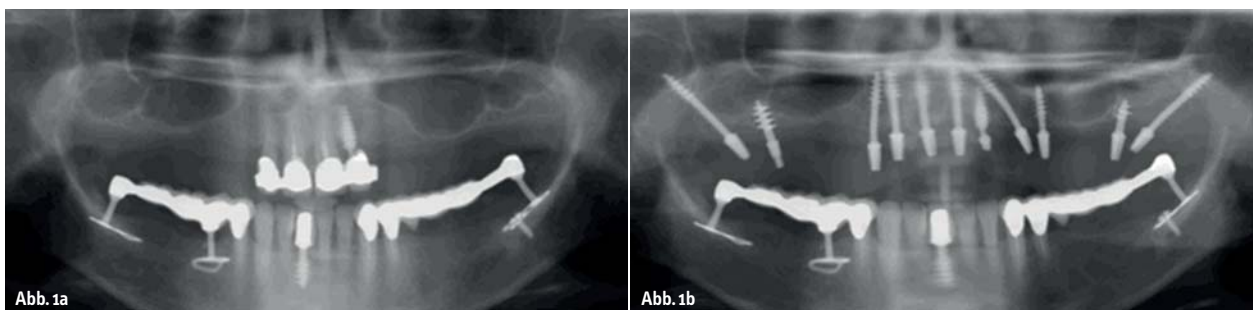


Abb. 1a, b: Vorher: Mehrere Jahre nach der Versorgung des Unterkiefers mit zahn- und implantatgetragenen Brücken stand der Oberkiefer zur Versorgung an. Nachher: Unterbelastung eines KOS-Schraubenimplantats.

Zwei schwierige Behandlungsfälle – ein kompletter Oberkiefer und ein kompletter Unterkiefer – standen auf dem Programm. Beide Patienten sollten spätestens am Tag nach der Operation festsitzend versorgt sein. Der Oberkieferfall ist hier dokumentiert; nachfolgend wird anhand dessen von den beiden Trainingstagen berichtet.

Nach vorangegangener Infiltrationsanästhesie und anschließender Extraktion der drei vorhandenen Frontzähne (in Regio 22 lag bereits ein langjährig integriertes KOS-Implantat vor) wechselten wir in den OP-Bereich. Eines der Lernziele war die sichere multicortikal abgestützte Implantation in der Tubero-Pterygoid-Region. Die für mich schwierige Im-

plantatregion meisterte Prof. Ihde mühelos und der gesamte Ablauf dieses Vorgangs konnte detailliert beobachtet werden: Nach Abtasten des distalen knöchernen Gaumendachs und dem Ertasten des medialen Hamulus des Sphenoidknochens wurden rechts wie links je ein BCS 3,5 26 inseriert. Gleich davor, ca. in Regio 6–7, wurde je ein BCS 5,5 12 Im-

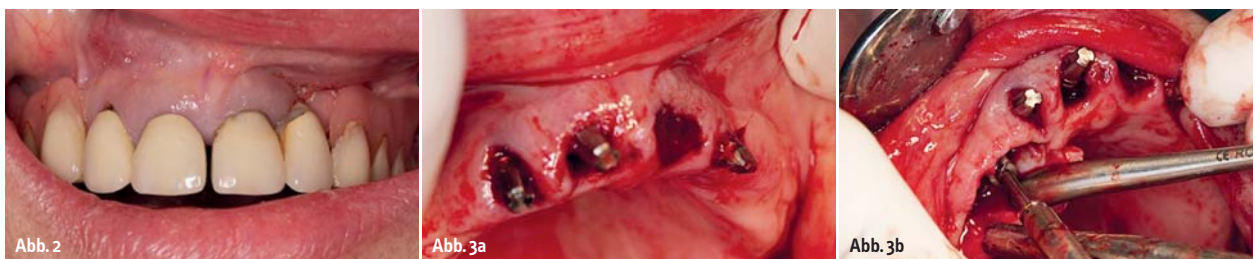


Abb. 2: Klinisches Bild des Oberkiefers mit alten Frontzahnkronen und einer Teilprothese. – **Abb. 3a, b:** Unmittelbar nach der Extraktion wurde im Bereich der Alveolen implantiert. Die Verankerung der Implantate erfolgte basal.

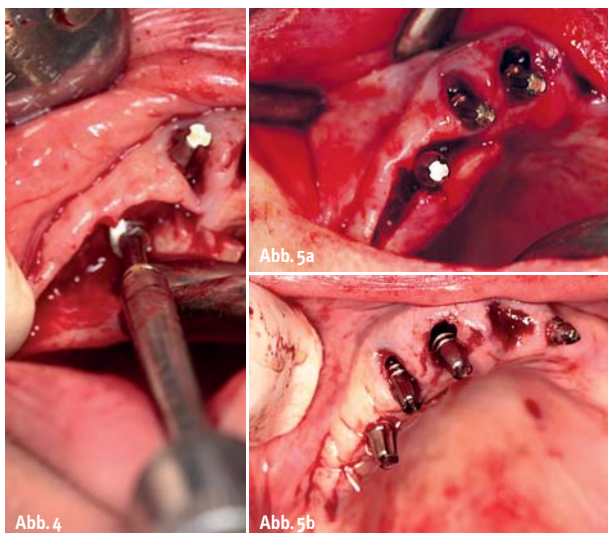


Abb. 4: Einsetzen des Implantats 13 mit dem Handgriff, nach palatinaler Abklappung und palatinaler Implantatbettpräparation. – **Abb. 5a, b:** Nach dem Biegen des vertikalen Implantatanteils befindet sich der Kopf des Implantats 13 im Bereich des späteren Zahnbogens und der palatinale Lappen kann zugenäht werden.

plantat ergänzt. Auf dem OPG ist sehr gut zu erkennen, dass diese beiden Implantate jeweils in einem Septumbereich der Kieferhöhle stehen, was den Implantaten eine enorme Primärstabilität gab und alle verfügbaren Kortikalregionen ausnutzte.

Die Insertion der Frontzahn-Implantate gestaltete sich ebenfalls mühelos, wobei hier die bikortikale Verankerung dadurch erreicht wurde, dass alle Implantate sicher im Bereich des Nasenbodens verankert wurden. Einzig das Implantat Regio 13 erforderte eine Aufklappung, da der Alveolarkamm dort so schmal war, dass der krestale Implantatanteil an dieser Stelle nicht untergebracht werden konnte. Nachdem also eine einfache transgingivale Insertion des Implantats dort nicht möglich war, erfolgt eine kleine Inzision mit Aufklappung nach palatinal. Die basale Verankerung des Implantats wurde im apikalen Bereich des Alveolarfortsatzes und im Nasenboden erreicht. Das Implantat wurde hierbei zunächst von mesial/palatinal inseriert und anschließend konnte der Implantatkopf in den Bereich des Zahnbogens hineingebogen werden. Es war für alle erstaunlich, welche enorme Festigkeit die verbliebenen Restknochenanteile des Oberkiefers aufwiesen. Die palatinale Insertion ist im Prinzip eine sehr einfache und eine elegante Standardmethode in der basalen Implantologie, und sie wird sowohl für laterale basale Implantate als auch bei den basalen Schraubentypen durchgeführt.

Nach nicht mal einer Stunde waren alle Implantate sicher inseriert. Die Patientin war überrascht und sehr guter Dinge. Angesichts der kurzen Behandlungsdauer und der minimalinvasiven Technologie ist eine Sedierung im Prinzip nicht nötig, obgleich sie für viele Patienten hilfreich ist.

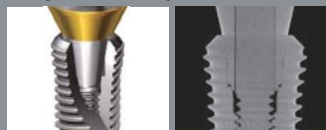
Nun folgten Abdruck und Bissnahme; der Abdruck erfolgte (nach Verblockung der Abdruckkäppchen mit Composite zur Lagesicherung) mit Optosil und die Bissnahme mit einer Wachsplatte. Während der Bissnahme ist ein unterstützendes, den Biss stabilisierendes manuelles Festhalten des Unterkiefers nötig, da die alte Bissituation von der Gelenkzentrik weit abwich. Die definitive Bissnahme erfolgt später

Dentium SuperLine

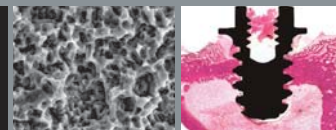


Größere Stabilisierung in der Extraktionsalveole
Frühe Belastung im oberen hinteren Bereich
In Harmonie mit der Anatomie
Präzises und schnelles Einsetzen

Biologische Verbindung



S.L.A. Oberfläche (Sandstrahlung mit grobem Korn und Säureätzung)



Dentium
For Dentists By Dentists

Kontakt
 ICT Europe GmbH
 Frankfurter Str. 63-69
 65760 Eschborn
 Tel : +49-(0)6196-954820
 www.dentium.com
 eu@dentium.com

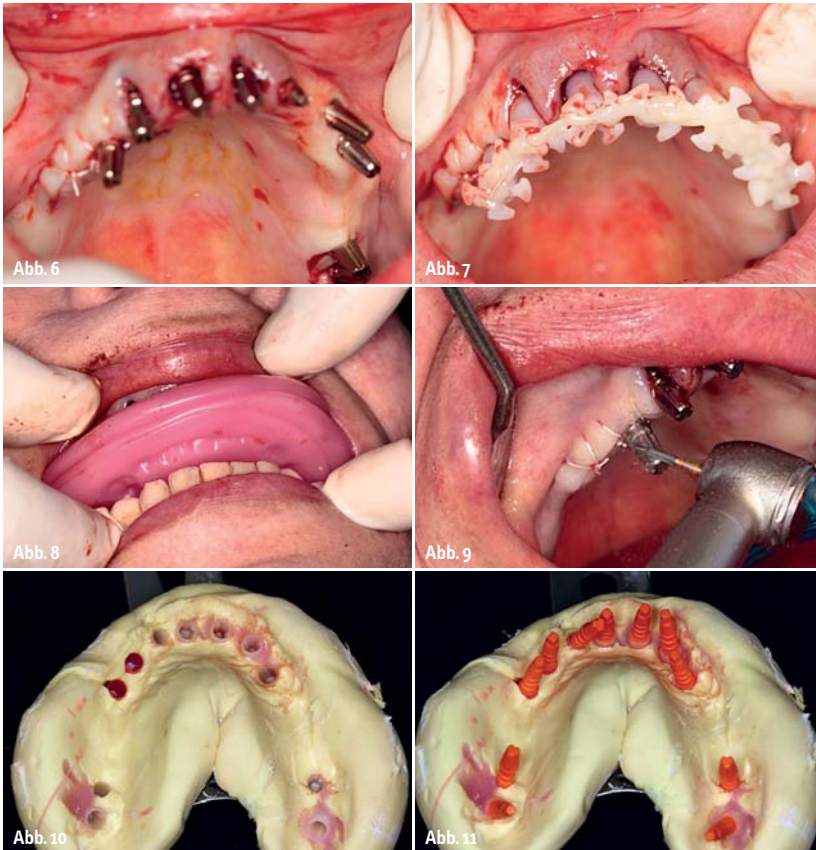


Abb. 6: Übersicht über den implantierten Oberkiefer. – **Abb. 7:** Die aufsteckbaren Abdruckkappen werden mit dünnfließendem Composite (Enamelite) verblockt. – **Abb. 8:** Die Wachsbitnahme bereitete zunächst Schwierigkeiten, weil die Patientin immer wieder die gewohnte anteriore Einbissmöglichkeit suchte. – **Abb. 9:** Nach der Abdrucknahme wurden die Implantatköpfe an einigen Stellen angeschrägt, um das spätere Einsetzen der Prothetik zu erleichtern. – **Abb. 10:** Der Abdruck wird mit Wachs ausgeblockt. – **Abb. 11:** Nach dem Einsetzen der Implantatanaloge wird Gingiva-Silikon aufgebracht und der Abdruck wird ausgegossen.

auf dem Gerüst. Dennoch ist eine weitgehend richtige erste Bissnahme für die Behandlung wichtig.

Im praxiseigenen Labor wurde der Abdruck ausgegossen, die beiden Modelle kiefergelenkbezogen einartikuliert und danach sofort mit der Modellation des Gerüsts begonnen. Bereits um 17 Uhr kam die Patientin zur Gerüstanprobe erneut in die Praxis. Bei der Gerüstanprobe ist in aller Regel ein Beschleifen der Implantatköpfe notwendig und völlig

beschwerdefrei machbar. Prof. Ihde brachte zum Kurs eine Zahntechnikerin mit, die sowohl selber Teile der Arbeit anfertigte als auch die Arbeitsschritte für unsere Technikerin demonstrierte und sie anleitete.

Nach der Gerüstanprobe und erneuter Bissnahme setzten die Zahntechniker ihre Arbeit fort. Wir entschieden uns für eine metall-armierte Kunststoffbrücke, da das Erstellen einer keramischen Brücke zeitlich nicht zu realisieren war und zuerst abgewartet werden

sollte, ob und wie sich die Oberkiefermorphologie nach der Exzision noch verändern würde. Aus diesen Gründen sollte in die erste Brücke nicht so viel Geld und Arbeitszeit investiert werden.

Beide Arbeiten konnten dann am Folgetag fest eingesetzt werden. Wir benutzen bei uns in der Praxis fest angemischtes Fuji Plus-Zement, wobei wir nach dem Einsetzen der Arbeit die überschüssigen Zementreste sofort gründlich mit Wasser abspülen.

Fazit

„Simpler is better ...“ Nach diesem Motto konnten wir zwei Patienten schnell, sicher und schmerzfrei zu festsitzenden Zähnen verhelfen; ohne Augmentation, ohne große Traumata und in nur eineinhalb Tagen.

Unsere teaminterne Fortbildung unter Supervision von Prof. Ihde gestaltet sich von Beginn an als sehr kollegial, fast freundschaftlich und unkompliziert. Die Art und Weise des Prof. Ihde ist einzigartig, und für alle Hilfe möchten wir uns an der Stelle ganz herzlich bedanken. Wir implantieren seit 2008 ausschließlich Implantate von Dr. Ihde Dental und werden das zum Wohle unserer Patienten ganz sicher auch beibehalten. Ein besonderer Dank gilt auch der mobilen Zahntechnikerin, die im Labor so arbeitete wie wir in der Praxis – sehr gut!

Obleich wir seit mehreren Jahren festsitzende Versorgungen in Sofortbelastung durchführen, haben wir uns an die beiden im Kurs versorgten Fälle nicht herangetraut. Ein individuelles Praxiscoaching stellte eine elegante Variante dar, bei der diese beiden schwierigen Fälle versorgt werden konnten. Der Lerneffekt war besonders gut, weil das ganze Team beteiligt war und auch viele Hinweise durch den Coach an Helferinnen und gerade auch an die Fachkraft an der Anmeldung gegeben wurden. Auf diese Weise



Abb. 12a, b: Ober- und Unterkiefer sind nun lagerechtereinartikuliert. – **Abb. 13:** Die Wachsmodellation ist in diesem Fall sehr einfach, weil sich alle Implantate im Zahnbogen befinden. Das Metallgerüst soll die frisch inserierten Implantate schienen und so eine komplikationslose Integration unter voller Kaulast ermöglichen.



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16

Abb. 14: Die Implantatköpfe werden im Hinblick auf die Ästhetik von vorne und im Hinblick auf die Phonetik von palatinal her angeschragt. Die Vorlage dazu erfolgte durch die Zahntechnik, das heißt, es wurden genau die Teile der Köpfe beschliffen, die auch auf dem Modell entfernt worden waren. Dies ist auch ohne jede Schablone sehr leicht. – **Abb. 15:** Übersicht über den Oberkiefer nach dem Einsetzen der Brücke. – **Abb. 16:** Detailaufnahme des von außen sichtbaren Mundbereichs mit der Implantatbrücke und den Weichteilen.

können telefonische Patientenfragen in Zukunft noch besser beantwortet werden.

Und wir alle kennen das Problem nach Kursbesuchen: Wenn nur der Zahnarzt alleine auswärts Kurse besucht, dann besteht oft die Schwierigkeit, das Gelernte richtig umzusetzen und Änderungen in der Praxis auch wirklich zu implementieren. Prof. Ihde ist ein erfahrener Praxiscoach und er hat mit Humor und nach genauer Beobachtung der Praxis-situation viele kleine Hinweise an alle in unserem Team gegeben. Der Kurs hat sich für unsere Praxis wirklich gelohnt. ◀

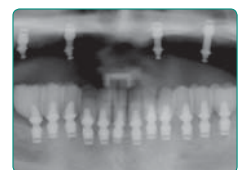
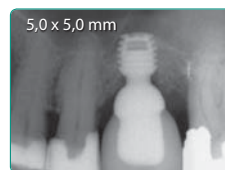
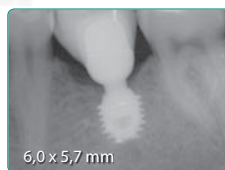
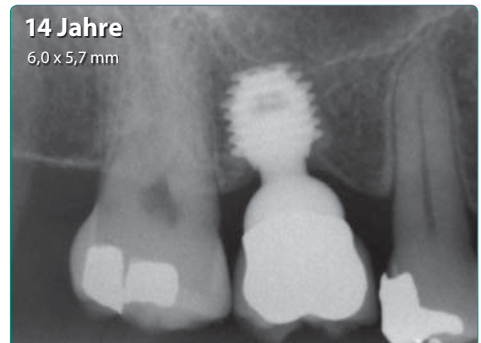
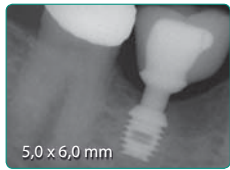
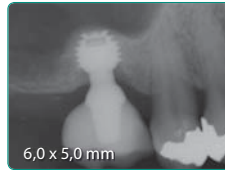
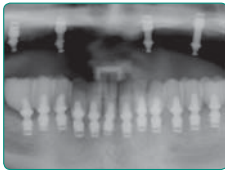
kontakt

Torsten Kunze
Hauptstraße 39
49835 Wietmarschen
Tel.: 05908 960720
praxiskunze@yahoo.de
www.zahnartzkunze.de

Dr. Ihde Dental GmbH
[Infos zum Unternehmen]



ANZEIGE



bicon[®]
DENTAL IMPLANTS

SHORTEST IMPLANTS
LONGEST HISTORY

SHORT[™]
IMPLANTS