

Sofortbelastung in der Implantologie mit einem Einphasen-Implantat

Fallbericht einer Planung und Versorgung eines Oberkiefers

Bei einer implantologischen Rehabilitation steht der Wunsch des Patienten in Konflikt mit der medizinischen Realität. In unserer heutigen Gesellschaft ist der Anspruch auf sofortige Lösungen und höchster Qualität bei gleichzeitiger wirtschaftlicher und rationeller Arbeitsweise ein gefordertes Ziel.

DR. MARTIN HACKENBERG/SCHÖMBERG

In dem folgenden Fallbericht wird ein 48-jähriger Patient, der aus parodontalpathogenen Gründen bis auf Zahn 13 und 23 alle Oberkieferzähne verlor, vorgestellt. In diesem Fall standen in der Planung drei Möglichkeiten im Vordergrund: Eine konservative Versorgung mit Coverdentureprothese, implantatgetragene Hybridprothetik mit vorausgegangenem abnehmbarem Provisorium und implantatgetragene festsitzende Sofortversorgung mit einem Einphasenimplantat. Auf Grund des großen Leidensdruck entschied sich der Patient für die dritte Möglichkeit.

Material

Das zur Anwendung kommende Q-Implantat-System ist ein enossales Einphasen-Schraubenimplantat aus Reintitan, entwickelt von der Firma Triron/Karlsruhe und Dr. Kurrek/Ratingen. Technisch an das System gebunden ist die transgingivale Einheilung und die Sofortbelastung. Vorteile des Systems des Einphasen-Implantates ist die transgingivale Modellation der Gingiva während der Einheilphase, verbunden mit einer mikrobiologischen

Hygiene^{7,9}, die Wirtschaftlichkeit des Implantates und die rationale Knochenaufbereitung, da lediglich zwei Knochenbohrer benötigt werden und das Implantat ein selbstschneidendes Schraubengewinde aufweist. Aufwändige Implantatbettbearbeitungen entfallen. Durch das progressive und expandierende Gewindedesign wird auch bei schlechter Knochenqualität (D3/D4) eine Primärstabilität des Implantates erreicht (Abb. 1).

Methode

Bei dem 48-jährigen männlichen Patienten konnten lediglich die Dentes canini erhalten werden. Der Zahn 15 (Abb. 2) konnte aus parodontalen Gründen nicht erhalten werden. Die anatomischen Verhältnisse machten einen minimalinvasiven Sinuslift in Regio 14 und 16 erforderlich. Hier konnten zwei Implantate mit Durchmesser 3,5 mm inseriert werden. Auf Grund des expansiven Gewindes genügte eine Restknochenhöhe bis zum Sinus von ca. 4–6 mm. Im Frontzahnggebiet Regio 12 und 22 stellten sich intraoperative Knochenverhältnisse der Klasse D3 und D4 bei schmalen Alveolarlimbus dar, so-

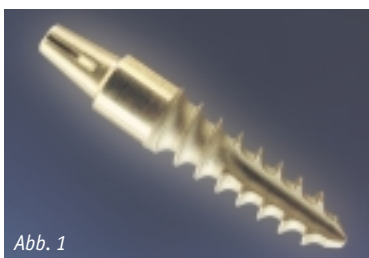


Abb. 1

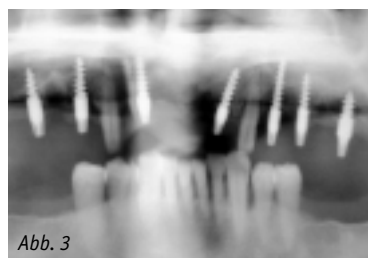


Abb. 3



Abb. 4b

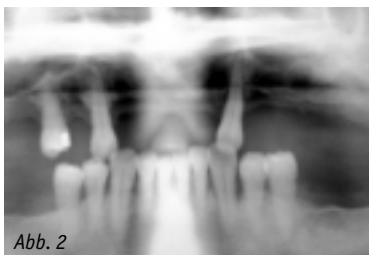


Abb. 2

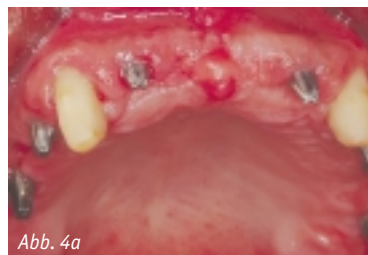


Abb. 4a

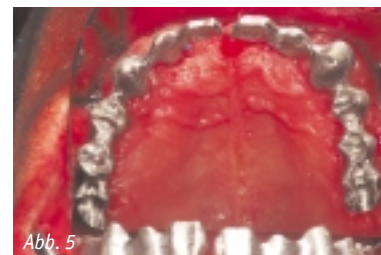


Abb. 5