

Die Sofortimplantation und Sofortbelastung – ein Für und Wider?

Die Sofortimplantation und Sofortbelastung stellt nach wie vor ein kontrovers diskutiertes Behandlungskonzept dar. Das Implantologie Journal befragte erfahrene Implantologen, wie sie die Frage der Sofortimplantation und Sofortbelastung beurteilen.

KATJA KUPFER/LEIPZIG



Dr. Dr. Dieter Haessler

Die Sofortimplantation mit Sofortbelastung stellt die einmalige Chance dar, die originären Strukturen von Hart- und Weichgewebe nach Zahnentfernung zu erhalten. Voraussetzung für eine Sofortimplantation mit Sofortbelastung sind ein belastbares Knochenlager insbesondere der Erhalt der vestibulären Lamelle sowie eine hohe

Primärstabilität des Implantates (Eindrehkraft ca. 30 N cm). Drehbewegungen, z.B. durch das Ein- und Ausdrehen von Aufbauten, können die Osseointegration nachteilig beeinflussen, sodass Systeme mit primär vorhandenen Aufbauten (XiVE®-System), die für die provisorische Versorgung belassen werden können, zu bevorzugen sind. Günstig ist die Verblockung mehrerer Sofortimplantate durch eine sofortige provisorische Brücke im Sinne einer polygonalen Abstützung. Bei (prov.) Einzelzahnkronen dürfen in der Einheilphase keine statischen und dynamischen Okklusionskontakte bestehen, die Möglichkeit der Abstützung der provisorischen Krone auf den Nachbarzähnen durch seitliche Flügel sollte genutzt werden. Die Mitarbeit des Patienten während der Osseointegrationsphase des Implantates ist unerlässlich, u. a. muss die Belastung des Implantates durch Kauen harter Nahrung unterbleiben, um Makrobewegungen auszuschließen.



Prof. Dr. Georg-H. Nentwig

Um es vorweg zu sagen: Sofortimplantation mit sofortiger prothetischer Versorgung wäre die bessere Ausdrucksweise, weil eine normale kaufunktionelle Belastung ein frisch inseriertes Implantat in hohem Maße gefährden würde. Knochenheilung – sprich Mineralisation – braucht Grenzflächenstabilität im Interfacebereich, also

Ruhe – und Zeit. Zuverlässige knöcherne Regeneration setzt u.a. Entzündungsfreiheit und vitale knöcherne Umgebungsstrukturen voraus; das zu überprüfen ist im Vorfeld der Zahnextraktion (Symptomlosigkeit des Zahnes) und unmittelbar danach (Exploration der Knochenwände) die erste Aufgabe, um die Indikation zur Sofortimplantation zu stellen. Die zweite Aufgabe besteht darin, eine mechanische Primärstabilität des Implantats im Umgebungs-

chen zu erzielen. Hier hilft eine strukturadaptierte Präparation des Knochenlagers, aber auch das Implantatdesign (Konus mit aufgesetzter Gewindestruktur, geeigneter Durchmesser). Bis zur biologischen Fixierung durch die knöcherne Heilung muss das prothetisch sofort versorgte Implantat ruhiggestellt werden – die dritte Aufgabe, in die auch der Patient eingebunden wird. Er darf den Neuerwerb zu allem benutzen: reden, lachen, Zähne zeigen – nur nicht zum Kauen harter Nahrung! Zur Ruhigstellung eignen sich ferner alle Arten von Verblockungen mit weiteren Implantaten, nicht dagegen mit natürlichen Zähnen. Nach sechs Wochen kann mit der ersten Belastung begonnen werden (Knochentraining – Remodellingphase), nach weiteren sechs Wochen erfolgt die definitive Prothetik und normale Kauaktivität. Alles in allem: contra Sofortbelastung, pro Sofortversorgung, wenn die o.g. Voraussetzungen erfüllbar sind.



Dr. Jan Kielhorn

Die Atrophie des Alveolarknochens und der Kollaps der gingivo-papillärer Strukturen nach Extraktion führen zur unwiderruflichen Zerstörung des parodontalen Komplexes. Trotz Entwicklung zahlreicher operativer Techniken für die Augmentation des Alveolarkammes oder zur Rekonstruktion des Weichgewebes verbleiben jedoch Fragen bezüglich

deren Durchführbar- und Vorhersagbarkeit. Die sofortige Implantation nach Zahnextraktion konserviert durch funktionelle Belastung den Alveolarknochen und somit keratinisiertes Weichgewebe. Komplexe chirurgische Eingriffe für die Knochenaugmentation oder zur Papillenrekonstruktion werden so vermieden, Einheilzeiten und chirurgisches Trauma auf ein Minimum reduziert. Die Gingivamanschette und die papillären Strukturen werden weder durch Implantat noch durch Knochen gestützt. Um den Erhalt dieser ästhetisch kritischen Zone zu gewährleisten, sollte, sofern Primärstabilität (Eindrehwiderstand), Okklusion und Artikulation es erlauben, eine Sofortbelastung im Sinne einer nicht funktionellen (!) Belastung durch ein Provisorium immer angestrebt werden. Ist dies nicht möglich, empfiehlt sich für die Stützung des periimplantären Weichgewebes die Verwendung individualisierter Gingivaformer. Sofortimplantation und Sofortbelastung sind eine bewährte und sichere Therapieform in der Implantologie. Entscheidend für den Erfolg sind eine strenge Indikationsstellung, eine adäquate Patientenselektion und das strikte Einhalten des Operationsprotokolls. Der Patient letzt-