

Sofortimplantation nach interner Wurzelresorption

Die unmittelbare Implantation nach Entfernung des Zahnes ermöglicht mitunter ein Zeitvorteil für den Patienten und sollte zur Verkürzung der Gesamtbehandlungszeit in Betracht gezogen werden.

DR. KONRAD MIKETTA/FRANKFURT AM MAIN

Patienten wünschen Behandlungszeiten, wo immer es möglich ist, zu verkürzen. Besonders im Oberkiefer sind drei- oder sechsmonatige Wartezeiten im Rahmen einer Spätimplantation häufig mit erheblichen Knochenverlusten vergesellschaftet. Bei der Sofortimplantation sind hingegen die damit verbundenen Risiken sorgsam abzuwägen. Die Implantation direkt in die Alveole nach der Zahnentfernung ist besonders misserfolgsbehaftet, wenn zum Beispiel rezidivierende, chronische periapikale Prozesse vorhanden waren. Eine besondere Aufklärung des Patienten bis hin zur Ablehnung der Behandlung bei uneinsichtigen Patienten ist außerordentlich wichtig. Je nach den anatomischen Verhältnissen und dem Patientenverhalten sind auch alternativ die Sofortversorgung mit oder ohne Belastung zur Verkürzung der Gesamtbehandlungszeit möglich, um die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Kasuistik

Der 27-jährige Patient wurde im Oktober 1999 in unserer Praxis mit Beschwerden an Zahn 21 vorstellig. Der Patient wies einen sehr guten Allgemeinzustand auf. Er war Nichtraucher. Extraoral war keine Abweichung von der Norm festzustellen. Die zahnmedizinische Anamnese ergab insuffiziente Kronenränder an den Zähnen 11 und 21, eine Narbe Region 21, nach Angaben des Patienten von einer Wurzelspitzenresektion herrührend, sowie diverse kariöse Läsionen (Abb. 1). Der Röntgenbefund zeigte eine Stiftkrone an 21 mit resezierter Wurzelspitze und interner Wurzelresorption im apikalen Drittel (Abb. 2). Der Zahn war nicht erhaltungswürdig. Die Behandlungsplanung sah die Kariestherapie mittels

Füllungsmaßnahmen, die Entfernung des Zahnes 21 mit sofortiger Implantation und späterer Versorgung mit einer Metallkeramikkrone vor. Der Patient wurde über die Vorgehensweise und die damit verbundenen Risiken eingehend aufgeklärt. Die Knochensondierung ergab einen Verlust der vestibulären Lamelle. Die approximalen und palatinalen knöchernen Strukturen waren erhalten.

Es wurde ein Mukoperiostlappen mit vertikalen Entlastungsinzisionen Regio 22 und 11 distal präpariert. Nach der schonenden Entfernung des Zahnes 21 mit Periotomen erfolgte die Implantatbettaufrbereitung und die sofortige Insertion einer Fixtur (Bicon TPS 4,5 x 11 mm) im Sinne einer Sofortimplantation mit transgingivalem Aufbau (Abb. 3). Der transgingivale Aufbau dient gleichermaßen zur Stabilisation der Membran und als Platzhalter. Die knöchernen vestibuläre Dehizens wurde mit xenogenem Knochenfüller (BioOss) augmentiert, mittels einer Kollagenmembran (BioGide) abgedeckt (Abb. 4) und mit resorbierbaren Pins (Resorpins) fixiert. Anschließend erfolgten der speicheldichte Nahtverschluss (Abb. 5) und die Eingliederung des Provisoriums (Abb. 6). Im Bereich des Implantaufbaus wurde das Provisorium entlastet. Postoperativ erhielt der Patient Chlorhexidin 0,2%ig für sechs Wochen und Ibuprofen 1.200 mg täglich auf drei Einzeldosen verteilt für drei Tage danach nach Bedarf.

Die Nahtentfernung erfolgte nach zehn Tagen. Die Heilung verlief komplikationslos. Nach sechseinhalb Monaten erfolgte die Versorgung mit einem definitiven Aufbau (Abb. 7) und Sofortprovisorium. 14 Tage später wurde die Abformung mit Polyäther durchgeführt. Die Anfertigung und Eingliederung der Krone erfolgte wie bei dem natürlichen Nachbarzahn. Die Abbildungen 8 und 9 zeigen die Kronen und die dazugehörige Röntgenaufnahme.



Abb. 1: Ausgangssituation. – Abb. 2: Interne Wurzelresorption im apikalen Drittel. – Abb. 3: Verlust der vestibulären Lamelle. Implantat mit temporärem Aufbau in situ.