

Diagnose in der ästhetischen Implantologie

Auf Grund der fehlenden physiologischen Belastung ist nach Extraktion der Zähne eine Knochenresorption innerhalb der ersten drei Jahre zu beobachten, die anschließend Jahr für Jahr kontinuierlich fortschreitet. Ein derartiger Knochenverlust kann zu ästhetischen und funktionellen Problemen führen. Für eine implantatgestützte Versorgung ist dann oft keine ausreichende Restknochenhöhe vorhanden.

DR. MARIUS STEIGMANN/NECKARGEMÜND,
DR. OLAF DAUM/LEIMEN

Sofortimplantate stellen in den meisten Fällen eine ideale, der Ausgangssituation funktionell und ästhetisch ebenbürtige Lösung dar. Bei einem ausreichenden Knochenangebot an der Extraktionsstelle kann heutzutage praktisch jeder Zahn durch ein Implantat ersetzt werden. Zu diesem Zeitpunkt steht der Alveolarkamm in der Regel noch in unveränderter Höhe und Breite für die Aufnahme des Implantates zur Verfügung. Dadurch können längere und breitere Implantate mit einem günstigeren Kronen- Wurzel-Verhältnis gesetzt werden, die eine höhere Stabilität gewährleisten. Die Resorption des Alveolarkamms kann dadurch verhindert werden. Die Sofortimplantation reduziert zudem noch die Anzahl der Eingriffe und führt daher zu einer besseren Akzeptanz beim Patienten. Meistens ist eine Sofortimplantation möglich.

Allerdings gibt es aber auch akute Entzündungen wo eine Sofortimplantation fraglich ist. Aus ästhetischer Sicht stellt sich die Frage, ob bei einer späten Implantation auch dieselben Resultate zu erzielen sind. Um diese Frage zu beantworten, ist eine genaue Diagnose notwendig. Ziel dieses Artikels ist auf die wichtigsten diagnostischen Faktoren für eine ästhetische Implantologie hinzuweisen.

Faktoren

Eine der wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche Ästhetik in der Implantologie ist die interproximale Knochenhöhe (SALAMA). Sie ist die Basis für das Weichgewebe. Alle Maßnahmen in der chirurgischen und prothetischen Phase dürfen die Spitze dieses Knochens nicht traumatisieren. Je nachdem, wo sich diese Knochenhöhe befindet, sind verschiedene Korrekturmaßnahmen notwendig. Obwohl sich bei einer „Sofortversorgung“ die biologische Breite kurz nach der Implantation einstellt und eine Knochenresorption stattfindet, ist die Ästhetik nicht kompromittiert, wenn die Spitze des interproximalen Knochens erhalten bleibt. Diese darf nicht von einer Knochenresorption nach der Implantation in Mitleidenchaft gezogen werden.

Ein weiterer Faktor ist der Biotypus des Parodontiums. In der Literatur wurden zwei Biotypen von Parodontium (Ochsenbein) beschrieben, ein dickes und ein dünnes Parodontium. Beim dünnen Parodontium hat man aus ästhetischer Sicht schlechtere Karten, bei diesem Biotypus sind die Veränderungen nach einer Extraktion extrem. Es findet eine starke Resorption des dünnen unterliegenden Knochens und eine Rezession des

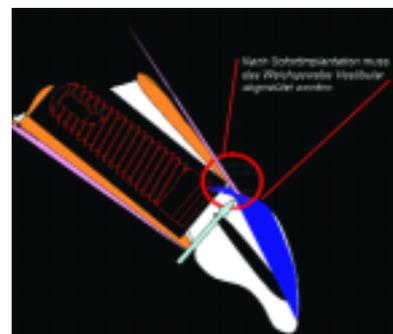


Abb. 1: Nach Sofortimplantation wird die alte metallkeramische Krone wieder eingesetzt. Kontakte in Protrusion und Laterotrusion werden vermieden. – Abb. 2: Schematische Darstellung der Notwendigkeit der Abstützung des vestibulären Weichgewebes nach Sofortimplantation, um ein Kollabieren zu vermeiden. – Abb.3: Für die Abstützung des Weichgewebes sind verschiedene Ausführungen der provisorischen Versorgung möglich, abhängig von der Implantatachse.