

Sofortimplantation nach endodontischem Misserfolg

Die Entwicklung moderner Materialien und Techniken insbesondere in der Endodontie und Parodontologie ermöglicht den Erhalt früher oft als grenzwertig oder extraktionswürdig bezeichneter Zähne. Die Implantologie hingegen vermag es zu leisten, Hart- und Weichgewebe direkt nach dem Verlust eines Zahnes zu erhalten und so nahezu naturanaloge Resultate zu erzielen.

DR. JAN KIELHORN/OPPENHEIM

Die Grenzen bezüglich des besten Extraktionszeitpunktes haben sich dadurch entscheidend verschoben. Zum einen verleiten die Möglichkeiten der Endodontie und Parodontologie den Zahnverlust zu weit hinauszuzögern und dadurch knöchernes Lager und Weichgewebe zu kompromittieren, zum anderen verleitet die Implantologie dazu gegebenenfalls (unter Verwendung modernster Techniken) erhaltungswürdige Zähne vorzeitig zu opfern. Da weder zahnerhaltende Techniken noch die Implantologie alles zu leisten vermag, gilt es abzuwägen, wann der Zahnerhalt den Gewebserhalt gefährdet und so die Chance auf einen Langzeiterfolg verspielt wird.

Falldarstellung

Die Patientin stellte sich auf Grund ihrer stark gelockerten Frontzähne im Oberkiefer in unserer Praxisklinik vor. Der klinische Befund ergab einen hohen Locke-

rungsgrad der Zähne 12, 11, 21, 22 bei leicht entzündlichen parodontalen Verhältnissen. Radiologisch zeigten sich, wahrscheinlich bedingt durch die mehrfach durchgeführten Wurzelspitzenresektionen, stark resorbierte Zahnwurzeln und erweiterte Pa-Spalten dieser Zähne. Da ein dauerhafter Erhalt der Oberkieferfront nicht gewährleistet war, entschieden wir uns für die Extraktion von 12–22 und eine Sofortimplantation mit Sofortbelastung bei ausreichendem Eindrehwiderstand (> 30 Ncm).

Nach möglichst atraumatischer Extraktion und sorgfältigem Exkochleieren des Granulationsgewebes erfolgte das Sondieren der Alveole. Die Unversehrtheit und der Erhalt der vestibulären knöchernen Lamelle stellt bei der Sofortimplantation eine *conditio sine qua non* dar! Anschließend wurden bei palatinal verlagelter Bohrachse in aufsteigender Bohrerreihenfolge das Implantatbett aufbereitet und vier XiVE Implantate Cell Plus (Fa. DENTSPLY Friadent) inseriert. Dabei wurde bewusst auf jegliche Kühlung bei der Insertion verzichtet, um primär



Abb. 1: Sofortimplantation XiVE nach Extraktion. – Abb. 2: Vier Implantate in situ. – Abb. 3: Transgingivale Einheilung zur Weichgewebekonditionierung.



Abb. 4: Geklebte Marylandbrücke als Provisorium. – Abb. 5: Marylandbrücke in situ. – Abb. 6: Ideale Weichgewebe-Situation nach drei Monaten.