

Die Möglichkeit der Sofortimplantation mit partieller Sofortbelastung

Patienten äußern in der Praxis immer häufiger den Wunsch nach unmittelbarer Versorgung: Zahnentfernung – Implantatinsertion – festsitzende Versorgung am selben Tag. Dieser Wunsch steht im Gegensatz zur von Bränemark et al.¹ vertretenen Auffassung, dass die Osseointegration von Implantaten im Wesentlichen durch zwei Maßnahmen zu sichern sei.

DR. MED. DR. MED. DENT. RAINER FANGMANN MSC,
ZA MICHAEL STOPPA/WILHELMSHAVEN,
ZTM KLAUS HERRMANN/JEVER

Erstens sollte das Implantat primär gedeckt bleiben; zweitens sollte es erst nach einer Einheilphase von vier bis sechs Monaten belastet werden. Tatsächlich führte dieses bekannte Vorgehen in der Vergangenheit in der Folge auch zu höheren Erfolgsraten.² Aus Sicht der Patienten hat es allerdings viele Nachteile. Denn es bedeutet für viele Implantatpatienten, die sich ausschließlich eine festsitzende Versorgung vorstellen können, dass zunächst eine Phase von vier bis sechs Monaten mit einer herausnehmbaren Interimsprothese zu überbrücken ist. Diese Zeiträume sind aus funktionellen wie auch psychischen und insbesondere beruflichen Gründen für viele Patienten schwer zu ertragen. Nachdem einige Kliniker bereits in den 1970er-Jahren Konzepte zur Sofortbelastung von Implantaten^{3,4} entwickelten, wurden mehrere interessante experimentelle und klinische Studien, aber insbesondere Fallberichte zum Konzept der Sofortbelastung publiziert. Nach unserer Erfahrung entscheiden die von DAVARPANA und MARTÍNEZ⁵ zusammengestellten Kriterien über den Erfolg der Sofortbelastung nach Implantation, die sowohl mit einer Spät-

implantation, einer verzögerten Sofortimplantation als auch einer Sofortimplantation kombiniert sein kann. So empfehlen DAVARPANA und MARTÍNEZ beispielsweise Schraubenimplantate mit einer Länge von > 10 mm, um eine angemessene mechanische Retention zu erzielen. Gleichzeitig sollten die sofortbelasteten Implantate möglichst so entlang des Kieferbogens angeordnet sein, dass ihr Bewegungsspielraum eingeschränkt wird.

Unsere Praxis versorgt zahnlose Kiefer anhand der Vorgaben von DAVARPANA und MARTÍNEZ⁵ mit mindestens zehn Implantaten, wobei vier oder mehr sofort mit der provisorischen Prothese versorgt werden. Je mehr Implantate die provisorische Prothese tragen, umso besser verteilen sich die Okklusionskräfte. DAVARPANA und MARTÍNEZ empfehlen weiterhin, dass der provisorische Ersatz in sich starr sein sollte (Metallverstärkung) und distale Extensionen nicht über die Breite eines Zahns ausgedehnt werden sollten. Der Interimsersatz darf provisorisch zementiert sein, wenn gewährleistet ist, dass dieser in den ersten Monaten der Einheilphase zementiert bleibt, da das Abziehen die

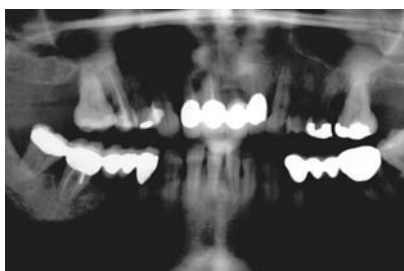


Abb. 1: Präoperatives OPG. – Abb. 2: Postoperatives OPG. – Abb. 3: Intraorale Situation mit Eierschalenprovisorium auf vier SynCone® Aufbauten – Interimsersatz.



Abb. 4: OPG sechs Monate nach Implantatinsertion. – Abb. 5: Intraorale Situation am Patienten nach Implantatfreilegung. – Abb. 6: Situationsmodell nach Implantatfreilegung mit polygonaler Positionierung der SynCone® Aufbauten.