

Sofortimplantation und Sofortbelastung im Oberkiefer-Seitenzahnbereich

Klinische Beobachtungen

Die neuen Erkenntnisse in der Implantologie haben zu einem Trend der frühen oder sofortigen Versorgung geführt. Hierzu spielt das steigende Patienteninteresse an Implantatversorgungen sowie verkürzten Behandlungszeiten eine große Rolle.

Dies führt manchmal zu einem schnellen chirurgischen Handeln und Misserfolgen.

PRIV.-DOZ. DR. GREGOR-GEORG ZAFIROPOULOS^{1,2*},
DR. CHRISTIAN BEAUMONT^{2*}, /DÜSSELDORF,
BRITA WILLERSHAUSEN^{1*}, ADRIAN KASAJ^{1*}/MAINZ,
OLIVER HOFFMANN^{3*}/LOMA

Die Sofortimplantation und Belastung ist grundsätzlich in allen Kieferregionen möglich, obwohl sie meistens im Frontbereich durchgeführt wird. Implantate werden meistens im Frontzahnbereich sofort belastet, weil der posteriore Bereich größeren funktionellen Kräften ausgesetzt ist, oft eine schlechtere Knochenqualität hat und nicht in erster Linie die ästhetischen Ansprüche, Verlangen, Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten belastet.^{1,16} In aktuellen Studien konnte anhand von Daten zur Überlebensrate nach einem Jahr gezeigt werden, dass die Sofortimplantation mit Sofortbelastung im Oberkiefer-Seitenzahnbereich als geeignetes Therapiekonzept bei ausgewählten Patienten angesehen werden kann. Die Daten dieser Studie zeigten nach einem Jahr eine ähnliche Überlebensrate der Implantate mit Sofortbelastung im Vergleich zur verzögerten Belastung.¹² Die Durchführung einer Sofortimplantation ist im Bereich von infizierten Extraktionsalveolen, größeren apikalen Ostitiden sowie massiven Knochendefekten im betroffenen Bereich und Zeichen einer aktiven Parodontitis kontraindiziert.^{6, 8, 19}

In der vorliegenden Arbeit möchten wir anhand von klinischen Fällen, die Problematik der Sofortimplantation und Belastung im Seitenzahnbereich des Oberkiefers vorstellen und diskutieren.

Material und Methoden

Es wurden 24 Implantate bei 14 erwachsenen Patienten (7 weiblich, 7 männlich, im Alter zwischen 31 und 62 Jahren) inseriert. Alle Patienten waren frei von Allgemeinerkrankungen und nahmen keinerlei Medikamente zu sich. Sieben Patienten gaben einen Konsum von über

15 Zigaretten/pro Tag an, die restlichen sieben Patienten wurden als Nicht-Raucher angegeben (Tab. 1). Die Patienten waren zur parodontologischen Behandlung überwiesen worden. Bei allen Patienten wurde die Diagnose einer chronischen Parodontitis gestellt. Nach Abschluss der aktiven Parobehandlung (bestehend aus Hygienephase, subgingivale Reinigung und Wurzelglättung, Erhaltungsphase über 6–8 Wochen) wurden Lappen-Operationen durchgeführt, die zur Extraktion geplanten Zähne extrahiert, die Alveolen auskurettiert und die Implantate sofort inseriert. Es wurden zwei verschiedene Implantat-Typen (CAMLOG, root form, Altatec//ITI, solid screw type, Straumann) verwendet. Die Auswahl des Implantat-Typs erfolgte nach den Vorgaben/Wünschen des überweisenden Zahnarztes. Nach Implantatinserion wurden grundsätzlich die freibleibenden Bereiche der Extraktionsalveole sowie Dehiscenzen und Fenestrationsen im labialen Bereich augmentiert. Dazu wurde autologe und Bio-Oss-Spongiosa (Bio-Oss spongiosa 0,25–1 mm, 0,25 g, Geistlich Biomaterials) im Verhältnis 1:1 verwendet, der augmentierte Bereich wurde mit einer nicht resorbierbaren Membran (Cytoplast® Regentex GBR-200, 25 x 30 mm, ORALTRO-NICS) abgedeckt. Die Membran wurde im Bereich der einzelnen Implantate mittels sterilen Skalpell geöffnet und die Implantate mit einem provisorischen Aufbau versorgt. Im Fall der Versorgung mit CAMLOG-Implantaten wurden provisorische Abutments (CAMLOG PEEK-Abutment, Altatec//RNsynOcta post for temporary restorations, Straumann) verwendet. Nach Deckung des OP-Gebiets durch den Mukoperiostlappen wurden Impregum-Abdrücke (3M ESPE) genommen, die Kieferrelation bestimmt und Regio 24–26 mit einer provisorischen Brücke bzw. Krone (Protemp, 3M ESPE) sofort versorgt und sofort belastet. Vier Tage später wurde die provisorische Brücke bzw. Krone mit der definitiven Versorgung (zementierte MK) ersetzt. Im Fall einer Explantation wurde die Alveole erneut auskurettiert und mit einer nicht resorbierbaren Membran (Cytoplast® Regentex GBR-200,

^{1*} Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universität Mainz

^{2*} Blaues Haus Düsseldorf

^{3*} Department of Periodontics, Loma Linda University, USA