

Minimalinvasive Frontzahnimplantation unter ästhetischen Gesichtspunkten

In den vergangenen Jahren hat sich die Versorgung der implantatgetragenen Frontzahnversorgungen von der funktionellen Wiederherstellung der natürlichen Bezahnung zu einer ästhetischen einwandfreien Versorgung geändert. Zwischen dem implantatgetragenen Zahnersatzes und der natürlichen Bezahnung soll möglichst, weder in der weißen noch in der roten Ästhetik, kein Unterschied mehr bestehen.

DR. HANS-JÜRGEN HARTMANN,
DR. MED. DENT. ALEXANDRA STEUP/TUTZING

Die Anforderungen an eine natürliche Gingivakontur, dem Emergence Profile und der natürlich aussehenden Restauration sind nie höher gewesen. Die Erwartungen unserer Patienten haben sich durch ihre täglichen Eindrücke aus Magazinen, Fernsehsendungen, Informationen der Industrie auch über Bleichmittel und dergleichen so erhöht, dass es immer schwieriger wird, diesen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Eine ästhetische Implantatrekonstruktion unter Berücksichtigung der chirurgischen und prothetischen Versorgung erfordert eine möglichst frühe Einbeziehung implantologischer Leistungen in das Therapiekonzept. Umgekehrt muss sehr vorausschauend geplant werden – unter Umständen mithilfe anderer Fachdisziplinen wie der Kieferorthopädie –, wenn der Wunsch des Patienten nach minimalinvasiver Therapie, also Sofortimplantation und Sofortversorgung, erfüllt werden soll. Die natürliche Zahnumgebung mit dem Alveolarfortsatz, Gingivasaum, den papillären Strukturen und der Schmelzzementgrenze unter Beachtung der intermaxillären Distanz for-

dert ein Implantatsystem, das all diesen Anforderungen entspricht. Die tatsächliche Position des Implantates bei einer Sofortimplantation muss so gewählt werden, dass die faciale Knochenlamelle und das Weichgewebe gestützt und damit Resorptionen vermieden werden. Der Lageposition zur bezahnten Umgebung mit der Angulation im Frontzahnbereich muss höchste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der interdentaler Abstand oder der Abstand vom Implantat zu den Nachbarzähnen muss so gewählt werden, dass die Papille geschont und durch die Kronenrekonstruktion gestützt wird. Die von SCHULTE angegebene Positionierung eines Sofortimplantates mit palatinaler Achsenrichtung hat sich bestens bewährt. Zu beachten ist, dass eine Präparation über den Fundus der Alveole hinaus in sehr vielen Fällen eine Fenestrierung des Implantatbettes zur Folge hat. Daher ist bei einer geschlossenen Implantation von einer Präparation über den Fundus der Alveole hinaus abzuraten. Das Implantatdesign sollte auf Grund der unterschiedlichen Platzverhältnisse in der Oberkieferfront konisch gestaltet sein, um die



Abb. 1: Frontzahnversorgung über einen endodontisch versorgten Zahn in Regio 11. – Abb. 2: Die leere Alveole zum Ausmessen des Durchmessers. – Abb. 3: Aufbereiten des Implantatbettes mit der letzten Stufenfräse für das FRIALIT-2 (Fa. DENTSPLY Friadent, Mannheim).

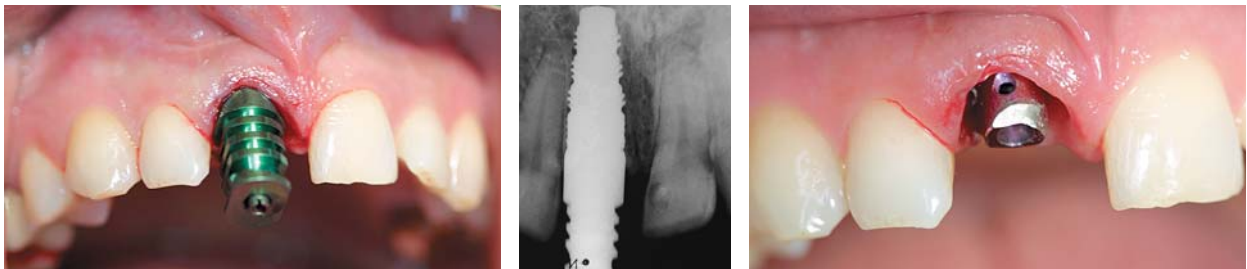


Abb. 4: Der Übertragungspfosten ist in das Implantat gesetzt. – Abb. 5: Die Röntgenkontrolle weist einen spaltfreien Verbund zwischen Implantat und Übertragungsaufbau auf. – Abb. 6: Nach Entfernen des Gingivaformers wird der individualisierte Kronenaufbau eingesetzt.