

Schablonengeführte Implantation ohne Skalpell und Naht

Sofortversorgung mittels fester Brücken beim zahnlosen Ober- und Unterkiefer

Nach Verlust der letzten Zähne war die 54-jährige Patientin mit ihrer oralen Situation äußerst unzufrieden. Die eingegliederten Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer als Immediatversorgung waren aus den bekannten Gründen für die Patientin inakzeptabel.

DR. WERNER HOTZ/SIGMARINGEN

Der Patientin wurde als Lösung des Problems eine Versorgung auf Implantatbasis angeraten. Ihre anfängliche, ängstliche Zurückhaltung ob langwieriger und schmerzhafter operativer Eingriffe wich rasch einer hoffnungsvollen Zustimmung, als der Patientin in einem ausführlichen Beratungsgespräch die Vorzüge einer schablonengeführten Implantation anhand anschaulicher und für sie verständlicher Informationen vor Augen geführt wurden. Die extrem kurze Behandlungsdauer – insgesamt nur drei Termine für Bissnahme mit Funktionsanalyse, CT-Scan und Setzen der Implantate einschließlich der sofortigen prothetischen Versorgung mittels bedingt abnehmbarer Brücken – überzeugten dann sehr schnell. Das Versprechen einer durchweg schmerzfreien Behandlung, ohne Schwellung, beschleunigte noch ihre Zustimmung vor dem Eingriff. Um es vorweg zu nehmen: Sogar diese Zusage konnte in vollem Umfang eingehalten werden.

Gemeinsam mit der Patientin wurde die prothetische Lösung geplant. Im Oberkiefer sollten sechs Implantate mit einer bedingt abnehmbaren kunststoffverblendeten langzeitprovisorischen Brücke versorgt werden, während im Unterkiefer acht Implantate inseriert werden sollten, wobei die jeweils distal stehenden Implantate nicht sofort in die ebenfalls kunststoffverblendete, bedingt abnehmbare langzeitprovisorische Brückenversorgung mit integriert werden sollten. Während die langzeitprovisorische Sofortversorgung im Unterkiefer eine Verblockung auf den sechs anterioren Implantaten unumgänglich macht, ist für die definitive Versorgung die Trennung in zwei nicht miteinander verbundene Brückenelemente wegen der Torsion der Mandibula geplant.

Um eine unnötige Belastung der Patientin zu vermeiden, wurde bei der schablonengeführten Operation zwischen der Ober- und Unterkieferversorgung eine dreiwöchige Pause eingeplant. Die Implantatversorgung erfolgte als verzögerte Sofortimplantation knapp drei Monate nach Extraktion des Restzahnbestandes. Zur optimalen Geweberegeneration wurden die Alveolen post extractionem mit einer nicht resorbierbaren Membran auf PTEF-Basis abgedeckt, die nach drei Wochen wieder entfernt wurde. Parallel wurde die Patientin, wie ein-

gangs erwähnt, mit einer Immediatprothese für den Ober- und Unterkiefer als Interimslösung versorgt.

Als Implantatsystem kam Nobel Replace Tapered Groovy zum Einsatz. Durch die Konizität kommt dieses Implantat der natürlichen Wurzelform sehr nahe, was bei den anatomischen Gegebenheiten insbesondere im Oberkieferfrontzahnbereich häufig vorteilhaft ist. Die Ti-Unite-Oberfläche mit ihrer porösen Mikromorphologie ist osseokonduktiv und sichert eine gleich bleibend hohe Primärstabilität ohne Stabilitätslücke zur Sekundärstabilität hin. Sie ist damit speziell für die Sofortbelastung geeignet. Die bis zur Implantatschulter hochgezogenen Gewindekerben (Groovy) steigern nochmals Geschwindigkeit und Stabilität der Knochenbildung und fördern so auch die Gingiva-Regeneration. Beides Eigenschaften, die zu dem gewünschten Langzeiterfolg entscheidend beitragen.

Falldarstellung

Im Folgenden werden die extraorale Planung, die Umsetzung als Guided Surgery Implantation und die Sofortversorgung mit der präoperativ gefertigten langzeitprovisorischen Brückenversorgung des Oberkiefers beschrieben. Das geschilderte gilt für die Unterkieferbehandlung entsprechend. Als Behandlungskonzept wurde das Nobel Guide System gewählt. Das System erlaubt eine atraumatische, minimalinvasive Versorgung ohne Lappenbildung, Aufklappen und Vernähen der Schleimhaut. Im geschilderten Fall hatte die Patientin nach dem Eingriff keinerlei Schwellungen, ein Verabreichen von Schmerztabletten erwies sich als nicht notwendig. Zudem wird der Behandler Schritt für Schritt höchst präzise und mit größtmöglicher Sicherheit durch den gesamten Implantationsvorgang geführt: Von der computergestützten, extraoralen Planung über die Insertion bis zur Eingliederung der Versorgung. Die Umsetzung der Planungsdaten in die klinische Realität erfolgt „millimeter- und winkelgradgenau“ – man kann hier von einem Quantensprung in der Implantologie sprechen. Der entscheidende Vorteil dieses Systems liegt darin, dass der Behandler anhand einer CT-Aufnahme die gesamte orale Endsituation