

# Schnelle Rehabilitation und mehr Lebensqualität

## Navigierte Sofortimplantation und gleichzeitige festsitzende provisorische Versorgung

*Der Wunsch des Patienten nach einer schnellen, implantatgestützten Neuversorgung ist in unserer Praxis zum Behandlungskonzept geworden. In nur einer Behandlungssitzung werden teilbezahnte und zahnlose Patienten implantologisch versorgt und in nur acht Stunden provisorisch implantatgetragen auf Übergangsimplantaten restauriert.*

DR. DR. RALF LUCKEY, MSC/HANNOVER

Die Sofortimplantation stellt neben den klassischen Vorgehensweisen der Spätimplantation eine implantologische Therapievariante dar, die neben der verkürzten Gesamtbehandlungsdauer zahlreiche Vorteile hinsichtlich Komfort, Weichgewebsmanagement und Ästhetik für den Patienten bietet. In Hinblick auf die Erfolgsprognose können zum aktuellen Zeitpunkt sicher noch nicht die guten Erfolgsraten des klassischen Prozedere mit Sicherheit angenommen werden, doch bereits vorliegende Untersuchungen deuten auf durchaus gute bis sehr gute Prognosen hin. Durch Veröffentlichungen in öffentlichen Medien ist der Anspruch der Patienten in den oben genannten Punkten deutlich gewachsen. Der vorliegende Artikel soll anhand eines klinischen Falls eine Therapiemöglichkeit dokumentieren, die es erlaubt, den Patienten mit sofortiger Rekonstruktion der Freierlöcher zu behandeln.

### Fallbericht

Der 66-jährige Patient stellte sich wegen zunehmender Zahnlockerung in unserer Praxis mit dem Wunsch nach einer festsitzenden Oberkiefer- und Unterkieferversorgung sowie Verbesserung der Gesamtsituation vor. Guter Allgemeinzustand, keine Erkrankung, keine Medikation. Die Anamnese zeigte weiterhin, dass der Patient weder Nikotin noch Alkohol konsumierte. Einseitige Freierlöcher Klasse IIa im 3. Quadrant. Generalisierte Parodontitis marginalis profunda. Der extraorale Befund war unauffällig (Zahnstatus, Abb. 1).

Die Zähne 36 und 37 fehlten, ferner fehlten die Weisheitszähne. Der mit Teleskop versorgte Zahn 35 zeigte einen Lockerungsgrad IV. Die Teleskope 34 und 33 zeig-

f		k		k						k	b	k	k		f
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
f	k	b	b	k						k	k	k	f	f	f

Abb. 1

ten einen 3 mm freiliegenden Kronenrand, die einseitig teleskopierende Sattelprothese wurde bereits seit Jahren nicht mehr getragen, die Brücke im 4. Quadranten zeigte ebenfalls einen Lockerungsgrad IV, der Zahn 47 war vertikal und horizontal voll beweglich. Ebenso war die prothetische Versorgung des Oberkiefers insuffizient. Die Zähne 14 und 16 hatten völlig unzureichende freiliegende Kronenränder von 4 mm, genau wie die Zähne 23, 25 und 26. Zahn 23 war zudem mit einer Extensionsbrücke in Regio 24 versorgt. Der Zahn 12 hatte sich nach einer Wurzelbehandlung verfärbt. Nach der klinischen Untersuchung wurde unverzüglich eine parodontale Initialbehandlung der erhaltungswürdigen Zähne 13 bis 23 sowie 33 bis 44 durchgeführt, die Restzähne 15 bis 17, 23 bis 27 sowie 34, 35 und 47 waren auf Grund eines Lockerungsgrad IV nicht erhaltungswürdig.

Die Initialbehandlung umfasste die Motivation und Instruktion zur effektiven Mundhygiene sowie eine supra- und subgingivale Zahnreinigung. An allen mesialen Zahnfleischtaschen der erhaltungswürdigen Zähne wurden subgingivale Plaqueproben entnommen und durch DNA-Analyse (meridol, Firma Gaba, Lörrach) im Hinblick auf das Vorkommen der Mikroorganismen *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella Intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* untersucht. Es konnten *Prevotella Intermedia* und *Porphyromonas gingivalis* in höherer Konzentration nachgewiesen werden. Auf Grund des PA Rankings ergab sich somit nach Extraktionstherapie eine generalisierte Freierlöcher Situation in allen vier Quadranten der Klasse IIa.

### Röntgenbefund

Das OPG des Ausgangsbefundes zeigte eine Freierlöcher Situation im 3. Quadrant mit ausgedehnter apikaler Osteolyse in Regio 35 und 47. Im 4. Quadranten bestand eine insuffiziente Brücke von 44 auf 47. Generalisierter Knochenabbau an allen Zähnen im Sinne einer Parodontitis marginalis profunda. Der Zahn 12 zeigte eine vollständige Wurzelfüllung ohne apikale Beherrschung. Der Zahn 25 zeigte eine unvollständige Wurzelfüllung ebenfalls ohne apikale Beherrschung.