

Die Sofortbelastung dentaler Implantate

Eine Übersicht verschiedener klinischer Szenarien

Die Sofortbelastung dentaler Implantate stellt ein sehr kontrovers diskutiertes Behandlungskonzept dar. Momentan gibt es in der Fachliteratur keine einheitliche Empfehlung für Indikation, Kontraindikation oder klinisches Vorgehen. Dieser Bericht soll dazu beitragen, anhand von verschiedenen klinischen Szenarien die Möglichkeiten der Implantat-Sofortbelastung darzustellen.

DR. MED. DENT. ÖNDER SOLAKOGLU, MCD/HAMBURG,
MINNEAPOLIS (USA)

Die dentale Implantologie stellt eine evidenzbasierte Behandlungsmethode dar, die seit mehreren Jahrzehnten zum Spektrum der Zahnheilkunde gehört. Durch zahlreiche prospektive Langzeitstudien konnten hohe Erfolgsquoten für verschiedene klinische Indikationen dokumentiert werden. Angefangen mit der Versorgung zahnloser Kiefer¹ wurde die Indikation auch auf das teilbezahnte Gebiss und die Einzelzahnlücke ausgeweitet.² Aufgrund wachsender Erkenntnisse in der Biologie der Wundheilung und den Mechanismen der Osseointegration konnten die Implantatsysteme ständig weiterverbessert und die empfohlenen Protokolle dem Wissensstand angepasst werden. So wurde histologisch nachgewiesen, dass eine subgingivale Einheilzeit nicht unbedingt notwendig ist, um Osseointegration zu erreichen.³ Ebenso konnte die Einheilzeit von Implantaten (traditionell drei bis sechs Monate) durch spezielle Oberflächenbehandlung auf sechs bis acht Wochen verkürzt werden.⁴ Diese Modifikationen des Protokolls führten einerseits zu dem gewebeorientierten Konzept der Sofortimplantation nach Extraktion,⁵ welches den Vorteil reduzierter Resorptionsprozesse an Hart- und Weichgewebe und einer somit verbesserten Ästhetik bietet sowie andererseits zu weiter verkürzten Implantateinheilzeiten. So wurde zunächst nach dem klassischen „delayed loading“ das „early loading“ nach drei Wochen Einheilzeit und auch das „immediate loading“ empfohlen. Die Sofortbelastung dentaler Implantate stellt ein durch zahlreiche klinische und histologische Studien untermauertes Behandlungskonzept dar, das viele Vor-

teile sowohl für den Behandler als auch für den Patienten bietet. Diese Vorteile müssen jedoch gegen die zusätzlichen Risiken im individuellen Fall abgewogen werden. Dieser Beitrag soll anhand verschiedener Fallbeispiele mögliche Indikationen der Implantat-Sofortbelastung am zahnlosen Kiefer, im teilbezahnten Gebiss, bei der Einzelzahnlücke, als auch nach der Sofortimplantation darstellen und somit dem implantologisch tätigen Zahnarzt bei der Entscheidungsfindung helfen.

Situation 1: Zahnloser Unterkiefer

In der Literatur wurde das Konzept der Sofortbelastung zunächst für verblockte Implantate in ausgeheiltem Knochen in der intraforaminären Region beschrieben.⁷⁻¹⁰ Diese Behandlungsmethode wurde in vielen prospektiven Langzeitstudien erfolgreich angewendet und kann daher für vier bis fünf intraforaminäre verblockte Implantate empfohlen werden. In den Abb. 1a–1d ist diese Therapieform bei einem Patienten mit Angle Klasse II/2 dargestellt. In diesem Fall wurden vier intraforaminäre Implantate sofort nach Extraktion der nicht erhaltungswürdigen mandibulären Frontzähne inseriert und mit einer verblockten Brücke sofort okklusal belastet. Die verschraubte Stegprothese wurde nach einer Einheilzeit von drei Monaten hergestellt. Die Röntgenkontrolle erfolgte nach 18 Monaten in Funktion und zeigt röntgenologisch keine pathologischen Veränderungen.



Abb. 1a: Ansicht vor Behandlungsbeginn. Es ist eine Angle Klasse II/2 mit 100 % Deckbiss, starke Abrasion der UK-Frontzähne mit sekundärer Übereruption sowie ein Verlust der vertikalen Dimension zu erkennen. – Abb. 1b: Hier ist die Situation nach sofortiger Implantation in Regio 33–43 und Sofortbelastung mit einer verblockten temporären Acrylbrücke dargestellt. Die Änderung der vertikalen Dimension sowie der Okklusion ist zu beachten. – Abb. 1c: Situation nach Behandlungsende. Die mit der temporären sofortbelasteten Brücke eingestellte Okklusion konnte beibehalten werden. Funktion und Ästhetik wurden stark verbessert. – Abb. 1d: Panoramaröntgenbild nach 18 Monaten in Funktion. Der Alveolarknochen um die vier ITI-Implantate, die als Retention für die Stegprothese dienen, weisen keinerlei pathologische Veränderungen auf.