

Schmalkieferimplantate – Innovation erhöht Lebensqualität

Der zahnlose Unter- und Oberkiefer (Implantat-Indikationsklasse III) ist seit Beginn erfolgreicher Berichte zur Implantatversorgung (Pruin und Heinrich) mit dem Therapiekonzept von Steg-Verblockung und sofortiger Belastung verbunden. Alle technischen Lösungen zur Herstellung passgenauer Stege (Sheffield-Test) auf der Basis von Funkenerosion, Galvano oder vorgefertigten Hilfsteilen gelten als ausgereift.

DR. MED. DENT. DR. KLAUS MÜLLER/SINN

Nachteilig ist bei nachlassender Motivation, alters- und krankheitsbedingten Pflegedefiziten, eine vermehrte Plaqueanfälligkeit. Wurden ein- oder zweiteilige Implantatsysteme mit einer makroporösen Oberfläche bis zum Implantatthals verwandt, führte dies oft zu Entzündungen und zu schrittweisem Verlust der Osseointegration und brachte eine schnelle Versorgung in Verruf. Dennoch schützte die primäre Verblockung, und zwar langfristig, bei Bruch der Suprastruktur oder mangelhaftem Unterfütterungs-Recall die Implantate vor Fehlbelastung und Lockerung. Die Statistiken verweisen erwartungsgemäß auf eine Abhängigkeit von Implantatlänge und Durchmesser bezüglich der Intaktrate dieser älteren Systeme.

Der Trend der letzten Jahre, unter dem Einfluss neuer technischer Möglichkeiten, wechselte zur spannungsfreien geklebten Galvano-Teleskop-Prothetik mit sekundärer Verblockung, die zudem hygienefreundlicher sein sollte und in Abhängigkeit zur Knochenqualität sofort belastet werden konnte. Nach einem Fünfjahreszeit-

raum fühlen sich jedoch Kritiker dieser neuen und aufwendigen Konkurrenz zur althergebrachten Stegverblockung bestätigt. Einige Punkte sind z. B. Implantatfraktur oder Verlust durch fehlendes Recall, Verschleiß der Galvanoprimärteile durch mangelnde Wandstärke oder falschen Konuswinkel, schwieriges Rezementieren dieser hochpräzisen Verankerungselemente sowie nachlassende Friktion.

Langzeitstudien, die beide prothetisch unterschiedlichen Vorgehensweisen vergleichen und zudem evidenzbasiert sind, liegen nicht vor. Dies liegt zum Teil daran, dass die meisten Autoren bei der Versorgung zahnloser Kieferabschnitte die Einordnung der Resorptionsklassen im Oberkiefer nach Fallschlüssel und im Unterkiefer nach ATWOOD nicht vornehmen, und damit keinen Vergleich der Ausgangssituation haben (Abb. 13). Die Forensik bezüglich Aufklärung und Haftung führt auf Seiten der Hersteller zur Empfehlung großvolumiger Implantate, bei den Anwendern hierdurch über CT und DVT zu präimplantologisch augmentativen Anlage-



Abb. 1–3: Gewohnt einfache Aufbereitung des Implantatlagers unter der Berücksichtigung notwendiger prothetischer Achsen. – Abb. 4: Intraoperative Abdrucknahmen in der Pick-up-Technik. Abdruckpfosten können auch gleichzeitig als Steghülsen verwandt werden. – Abb. 5: NEM Rundsteg wird individuell fallbezogen gekürzt und zur Lötung oder Laserschweißung vorbereitet.



Abb. 6: Soforteingliederung und Sofortbelastung eines NEM Steges postoperativ möglich. Aufnahme nach Entfernen der Fäden. – Abb. 7: Weich unterfütterte alte UK Prothese zur sofortigen Belastung. – Abb. 8: Preisgünstige Fixierung der Altprothese mit Stegreiter inkl. Gehäuse.