

Stark und schön wie ein natürlicher Zahn

Heutzutage sollten Patienten mit Freiendsituation mit Implantatlösung versorgt und einzelne Zähne durch Implantate ersetzt werden. Deshalb erwarten sowohl der Behandler als auch die Patienten höchästhetische Ergebnisse, die ihrer natürlichen Zahnsituation entsprechen.

■ So hat bei vielen Implantatbehandlungen mit langfristigen und prognostizierbaren Ergebnissen das Bemühen um eine bessere Ästhetik zu zahlreichen Fortschritten in der Entwicklung von Implantatsystemen geführt: Sowohl im Design als auch in puncto Material wurden die Implantatoberflächen und -abutments deutlich verbessert. Auch beim Verständnis der biologischen Reaktion des periimplantären Gewebes auf ein Implantat, Abutment oder prothetische Korrekturen konnten vor allem in der transmukosalen Zone große Fortschritte erzielt werden. Der vorliegende Fall beschreibt eine Implantatversorgung einer Freiendsituation im rechten Oberkiefer bei geringem Knochenangebot.

Ausgangssituation

Wer kennt es nicht: Komplizierte Ausgangssituationen und höchst anspruchsvolle Patienten, die eine perfekte Ästhetik erwarten und im Hinblick auf die Behandlung eigene Vorstellungen haben. Anfang 2006 stellte sich in unserer Praxis ein solcher Patient vor. In Regio 15 bis 18 zeigten sich insuffiziente Wurzelfüllungen an den Zähnen 15 und 17. Des Weiteren fielen parodontologische Probleme in dieser Region auf (Abb. 1). Die Zähne 15, 17, 18 wurden atraumatisch extrahiert und die sogenannte Socket Preservation Methode (den Erhalt der Extraktionsalveole) durchgeführt. Diese Methode ermöglicht den Erhalt der vertikalen und horizontalen Knochenarchitektur. Bei der Socket Preservation geht es im Wesentlichen darum, den Eingriff weniger invasiv vorzunehmen und dabei die knöchernen Struktur möglichst weitgehend zu erhalten. Sicher gibt es auch bei diesen Erhaltungstechniken immer einen gewissen Abbau des Knochenvolumens (Bündelknochen), aber normalerweise ist dieser nicht so groß und kann bei der Implantatinsertion leicht kompensiert werden. Im Rahmen der gesamten Sanierung wurden die Alveolen mit PRGF und Bio-Oss aufgefüllt. Auf eine Sofortimplantation wurde aufgrund des geringen Knochenangebotes verzichtet.

Vier Monate nach Extraktionen erfolgte die eigentliche Implantat-OP. Es wurde ein externer Sinuslift durchgeführt. In unserer Praxis wird der Zugang zur Kieferhöhle mit piezochirurgischen Instrumenten (mectron) gelegt. Die Augmentation erfolgte mit Bio-Oss. Wir verwendeten drei Heraeus IQ:NECT Implantate „coated-neck-Variante“ mit einer Ti-Activ beschichteten Oberfläche. Wir inserierten ein 13 mm langes 3,75 Implantat Regio 15 und jeweils zwei 4,75/11 mm Implantate Regio 16 und 17 (Abb. 3).

Grundsätzlich bevorzugen wir coated-neck-Versionen. Vor Insertion benetzen wir die Implantate mit einer PRGF-Lösung. Die Oberfläche der Implantate zeichnete sich aufgrund der hydrophilen Eigenschaften durch eine hervorragende und schnelle Adaption an PRGF und Blut aus. Abbildung 2 zeigt die eingesetzten Parallelisierungspfosten, wobei wir bei jeder Implantation zur genauen Lageposition immer eine Bohrschablone verwenden.

Abbildung 4 zeigt die Freilegung mittels Rollappentechnik. Man sieht sehr gut, dass die befestigte Gingiva rund um das Implantat erhalten werden konnte. Eine spürbare Erleichterung mit dem Heraeus IQ:NECT-System ist das Verwenden des IQ-Lifts, dem einzigen, notwendigen Instrument zum Einbringen und Entfernen von Einheilkappen und Gingivaformer. Die entsprechenden Einheilkappen bzw. die nach der späteren Freilegung verwendeten Gingivaformer und Abdruckpfosten werden nicht wie üblich geschraubt, sondern einfach in das Implantat eingeklickt. Einheilkappe, Gingivaformer und Abdruckpfosten können einfach und schnell ausgetauscht werden. Für den Wechsel der Komponenten gibt es lediglich ein einziges Instrument (IQ-Lift), der auch in der Prothetik zur Anwendung kommt (Abb. 5). Zur weiteren Überprüfung der Stabilität werden die Implantate sondiert sowie mit 30 N/cm belastet. Alle Komponenten lassen sich nur in einer bestimmten Richtung einsetzen, da die Innenverbindung einen asymmetrischen Vierkant darstellt. Zusätzlich lässt der akustische „Feedback-Klick“ – ein hörbares Klicken – erkennen, dass

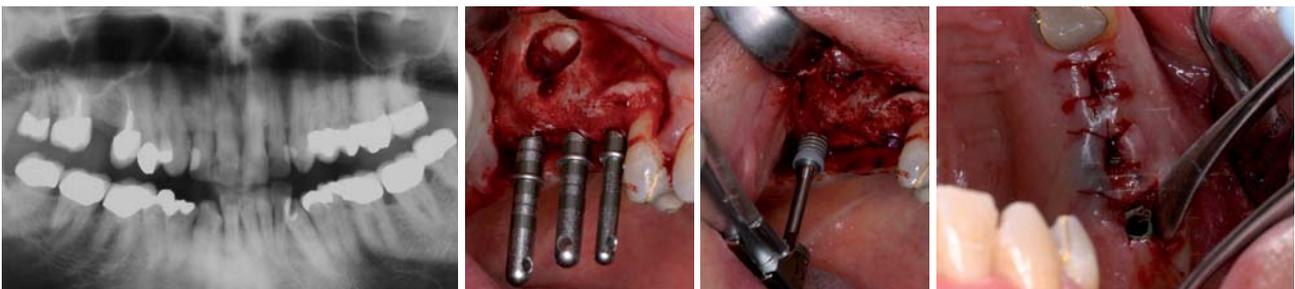


Abb. 1: Anfangs-OPG. – Abb. 2: Parallelisierungspfosten. – Abb. 3: Einbringen der Implantate. – Abb. 4: Schnittführung bei der Freilegung.