

Versorgung durch eine einteilige Procera® Implant Bridge Zirconia

Eine Falldarstellung ein Jahr nach Eingliederung

Seit der ersten intraoralen Implantation vor 43 Jahren durch Prof. P.I. Brånemark wurde der prothetische Zahnersatz kontrovers diskutiert.¹⁴ Funktionelle Erfordernisse, die anfänglich im Vordergrund standen, werden heutzutage vom Patienten mehr und mehr als selbstverständlich vorausgesetzt. Die Frage stellt sich, ob die Implantologie es schaffen kann, nicht nur den gesteigerten ästhetischen Ansprüchen unserer Patienten, sondern auch den uns selbst immer höher gesetzten Zielen gerecht zu werden.

Dr. Patrick Heers, ZTM Gunda Mellmann, ZTM Berthold Emmerich/Coefeld

■ Hierbei ist in der jüngsten Zeit der in der Zahnmedizin traditionellste Werkstoff Gold nicht auch letztendlich aufgrund der gestiegenen Edelmetallpreise in den Hintergrund geraten. Titan und Zirkonoxid scheinen im Zeitalter der CAD/CAM-Technik die Materialien der Wahl zu sein.^{4,5,6,7,13,16}

Die noch immer bestehende Angst und Zurückhaltung bei der Verwendung von Keramikgerüsten begründet sich in den negativen Erfahrungen vieler Zahnärzte in der Vergangenheit.⁹ Anfänglich wurden kleinere metallene Brückengerüste aus Titan computerdatenbasiert aus einem Block gefräst.¹⁰ Die Brückenspannen wurden nach dieser Testphase erweitert. Mittlerweile ist man in der Lage, den gesamten Kiefer durch ein keramisch verblendetes Titangerüst prothetisch zu versorgen.

Zeitlich verzögert hat sich die gleiche Entwicklung für den bereits erprobten keramischen Werkstoff Zirkonoxid mit Erfolg gezeigt. Er wird bezüglich des Plaqueanlagerungsverhaltens bzw. der Ästhetik deutlich positiver bewertet.^{3,8}

Somit besteht jetzt bereits seit Mitte 2007 neben der Procera® Implant Bridge Titanium durch die Procera®

Implant Bridge Zirconia (beide Firma Nobel Biocare, Göteborg) die Möglichkeit, bei korrekter Abdrucknahme und entsprechender dimensionsgetreuer Modellation des Gerüsts durch den Zahntechniker, ein spannungsfreies Gerüst aus einem Block fräsen zu lassen;^{11,12} eine Methode, die unseren prothetischen Horizont erweitern und unseren Therapieoptionen deutlich mehr Möglichkeiten und Freiheiten bieten kann.

Behandlungsfall

Der damals 63-jährige Patient stellte sich erstmalig im September 2006 mit einer akuten parodontalen Entzündungssituation im rechten OK vor und äußerte den Wunsch nach einer umfangreichen Komplettsanierung seines Gebisses.

Die allgemeine Anamnese des Patienten war soweit unauffällig. Er war weder Raucher noch Diabetiker. Sowohl der radiologische als auch der klinische Befund zeigten ein parodontal stark vorgeschädigtes Restgebiss mit einer insuffizienten prothetischen Versorgung (Abb. 1). Die mit über 2/3 der Wurzel betreffenden sehr



Abb. 1

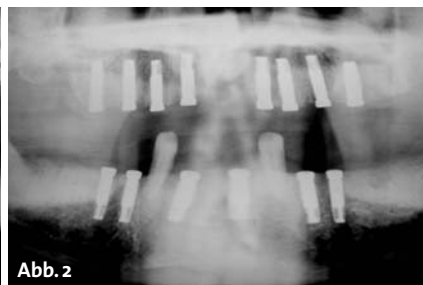


Abb. 2

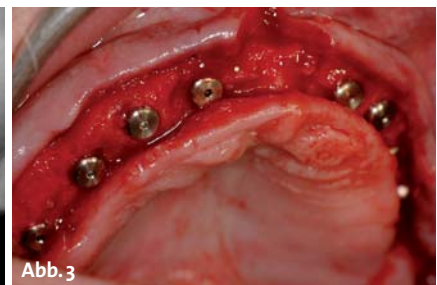


Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6