

Sofortimplantation in Verbindung mit Augmentation unter Berücksichtigung der Primärstabilität

Um in bestimmten Fällen den Ansprüchen einer optimalen ästhetischen Versorgung des Patienten nachzukommen, rückt die implantologische Sofortversorgung als mögliche Behandlungsmethode immer wieder in den Fokus des behandelnden Arztes.

DR. MANFRED SONTHEIMER, DR. CHRISTIAN FRIES/ISSING

Das Ziel einer Sofortimplantation ist es in erster Linie, eine Alveolarkammatrophie zu vermeiden und das zahnumgebende Weichgewebe zu erhalten. Unter Beachtung gewisser Voraussetzungen und Indikationen hat sich diese Art der Implantatversorgung zwischenzeitlich zu einem festen Bestandteil der heutigen Implantologie entwickelt und findet auf unterschiedlichen nationalen und internationalen Kongressen Beachtung.

Wesentliche Voraussetzungen der Sofortimplantation stellen unter anderem ein entzündungsfreies Hart- und Weichgewebe, ausreichendes zirkuläres Knochenangebot (intakte Alveole) und eine messbare Primärstabilität der inserierten Implantate von mehr als 30 Ncm dar. Diese stabile Implantatverankerung ist nur durch ein wurzelanaloges Schraubenimplantatdesign mit einer speziell ausgestalteten Makrostruktur zu realisieren. Eine Implantatform, die diese Voraussetzungen erfüllt, stellt das bereits 1989 entwickelte wurzelanaloge Implantatdesign des TILOX®-Implantates dar. Das grobe, konisch ausgestaltete Sondergewinde in Verbindung mit der CBS-Oberfläche führt zu einer optimalen Kondensation unterschiedlicher Knochendichten und somit zu einer für die Sofortimplantation notwendigen Primärstabi-

lität. Als Indikationen für eine Sofortversorgung kommen unter anderem Traumata oder traumatische Fraktur eines Zahnes, persistierende Milchzähne, nicht fixierbare Zähne mit hohem Lockerungsgrad, endodontisch behandelte Zähne oder Verlust eines Implantates mit sofortigem Ersatz durch ein neues in Frage.

Falldarstellung

Beim vorliegenden Fall handelt es sich um einen 58-jährigen männlichen Patienten (Nichtraucher), bei dem sich die bestehende Oberkieferfront als nicht erhaltungswürdig darstellt, lediglich die Eckzähne und Prämolaren können in eine spätere prothetische Versorgung einbezogen werden (Abb. 1 und 2). Auf Grund der parodontalen Vorschädigung des Restgebisses ist als langfristige Versorgung eine teleskopierende Brücke mit einem individuellen implantatgetragenen Steg im Frontzahnbereich geplant. Um einen weiteren Verlust des Alveolarfortsatzes zu verhindern, wurde eine Sofortimplantation nach Extraktion der natürlichen Zähne geplant. Voraussetzung für eine derartige Strategie ist eine hohe Primär-



Abb. 1: OPG. – Abb. 2: Klinische Ausgangssituation vor OP. – Abb. 3: Lappenöffnung und Darstellung der ossären Verhältnisse. CAVE: apikale Entzündung an 12.



Abb. 4: Darstellung der ossären Verhältnisse nach Entfernung des Granulationsgewebes. – Abb. 5: Schneiden des Gewindes. – Abb. 6: Einbringen des TILOX®-Implantates.