

Die Verbundbrücke – Alternative zum rein implantatgetragenen Zahnersatz?

Heutzutage äußern Patienten vermehrt den Wunsch, festsitzend versorgt zu werden. Eine festsitzende prothetische Versorgung ist allerdings – je nach Lückensituation – nicht immer möglich. Liegen Freirandsituationen oder gekrümmte Schattlücken vor, ist eine rein zahngetragene festsitzende Versorgung in den seltensten Fällen realisierbar. In diesen Patientenfällen ist es jedoch möglich, über Verbundbrücken eine festsitzende Rehabilitation zu gewährleisten, indem die prothetische Versorgung sowohl zahn- als auch implantatgestützt geplant wird (Abb. 1).

Laura Homberg, Dr. Malin Janson, Univ.-Prof. Dr. Anja Liebermann, Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig

Grundsätzlich gelten bei zahn- und implantatgestützten Brückenversorgungen vergleichbare Indikationen und Kontraindikationen wie man sie für die konventionelle Prothetik und Implantatprothetik kennt. Tabelle 1 gibt dazu einen Überblick. Die Anforderungen an die natürlichen Pfeilerzähne sind dieselben, die bei herkömmlichen Brücken erfüllt sein müssen, und umfassen dementsprechend ein ausreichendes Angebot der Zahnhartsubstanz (u. a. die Möglichkeit des Fassreifeneffekts („ferrule effect“) sowie einen günstigen parodontalen und endodontischen Ausgangszustand.

Geeignete Lückensituation:

- Ein- oder beidseitige Freirandlücke mit der Möglichkeit eines posterioren Implantats
- Schattlücke mit ein bis zwei fehlenden Zähnen und der Möglichkeit eines endständigen Implantats

Erhaltungs- und überkronungsbedürftiger, lückenbegrenzender natürlicher Pfeiler

Vermeidung von zusätzlichen Implantaten (anatomische Gegebenheiten)

Keine herausnehmbare Prothese gewünscht

Keine Implantation/Knochenaugmentation möglich/gewünscht

Tab. 1: Indikationen Verbundbrücke.

Individuelle Begründung zur Verbundbrücke

Verbundbrücken sollten vor allem dann als Therapieoption in Betracht gezogen werden, wenn die prospektiven natürlichen Pfeilerzähne überkronungsbedürftig sind (Abb. 2).¹ Der Entscheidung zur zahn-/implantatgetragenen Verbundbrücke geht das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten mit der Diskussion der Behandlungsalternativen voraus. Grundsätzlich konkurriert die Verbundbrücke zum rein implantatgetragenen Zahnersatz oder der konventionellen Prothetik ohne Implantate. Während der rein implantatgetragene Zahnersatz auch eine Einzelzahnrekonstruktion zulässt, erfährt der Patient die Verbundbrücke bezüglich Funktion und Hygiene in der Regel wie eine konventionelle Brücke.

Ergeben sich anamnestisch Einflussfaktoren auf die Einheilung von Knochenaugmentaten oder Implantaten sollte dies aus fachlicher Sicht in der Einschätzung der Erfolgsprognose der jeweiligen Therapiealternative eine Berücksichtigung finden. Für das Beispiel eines Diabetes mellitus würde das bedeuten, dass bei einem HbA1c-Wert zwischen 6,5 und 7,5 von einem mittleren Risiko bei Augmentation und Implantation ausgegangen werden kann, während bei einem HbA1c-Wert von mehr als 7,5 ein erhöhtes Risiko einer gestörten Einheilung von Knochenaugmentaten besteht. Da bei der Verbundbrücke für einen Implantatpfeiler meist ein geringerer oder kein Bedarf der Augmentation besteht, kann diese Therapieform im Vergleich zum rein implantatgetragenen Zahnersatz an Bedeutung gewinnen.²



PURE SIMPLICITY



NEW CHIROPRO

IMPLANTOLOGY
motor system

NEW CHIROPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Steuern Sie Ihren Implantologie- und Chirurgie-Motor mit einem einzigen Drehknopf. Die neuen Chiropro von Bien-Air Dental wurden komplett nach einer Philosophie konzipiert: **Schlichtheit!**



Abb. 1: Zwei natürliche (zuvor überkronte) Pfeilerzähne und ein posteriores Implantat in Regio 37 zur späteren Verankerung einer viergliedrigen Verbundbrücke bei Freundsituation. – **Abb. 2:** Bei bereits überkrontem Zahn 37 stellt die dreigliedrige Verbundbrücke mit nur einem Implantat in Regio 35 eine mögliche Therapiealternative dar.



„Verbundbrücken sollten vor allem dann als Therapieoption in Betracht gezogen werden, wenn die prospektiven natürlichen Pfeilerzähne überkronungsbedürftig sind.“

Vergleichbar mit der konventionellen Prothetik sollte der natürliche Pfeiler der Verbundbrücke möglichst vital, parodontologisch gesund und/oder therapiert, ohne Lockerungsgrad und im Falle einer Wurzelfüllung endodontisch suffizient versorgt sein.³

Bezogen auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung bestehen meist nur geringe Unterschiede zwischen der Verbundbrücke und dem rein implantatgetragenen Zahnersatz. Dem Mehrbedarf an Kosten für ein bis zwei zusätzliche Implantate und der ggf. erforderlichen Hartgewebsaugmentation steht der prothetische bzw. zahn-technische Kostenbedarf der Versorgung einer größeren Brückenspanne mit Präzisionsverbindungselementen gegenüber.

Während bei rein implantatgetragenen Zahnersatz, insbesondere in Fällen mit Implantaten in beiden Kiefern, mit bis zu zehnfach höheren Kaukräften gerechnet werden muss, ist durch Einbeziehung des Zahns in der Verbundbrücke beim teilbezahnten Lückengebiss von einer guten Adaptation der taktilen Sensitivität auszugehen (Tab. 2).⁴

Planung, Konstruktion der Verbundbrücke und biologische Hintergründe

Entscheidend bei der Planung einer Verbundkonstruktion ist die Erkenntnis, dass sich Zahn und Implantat beim Kauzyklus hinsichtlich der Einsenkbarkeit bzw. Resilienz nahezu vergleichbar verhalten. Bei der Mastikation kommt es zu einer impulsartigen Belastung von Zähnen, die in etwa eine viertel Sekunde in Anspruch nimmt. Hierbei können die Interzellularflüssigkeit, Blut und Lymphe aus dem Parodontalspalt nicht schnell genug in die umliegenden Gewebe verdrängt werden, sodass sich in der Folge eine viskoelastische Eigenschaft des Zahnhalteapparates ergibt, die eine vergleichbar niedrige Resilienz, wie es das Implantat aufweist, zur Folge hat. Aufgrund der Elastizität des Knochens weist auch das Implantat eine Geweberesilienz von bis zu 20µm auf, sodass bei Kaubelastung nahezu vergleichbare Werte (gesunder Zahn bis 40µm) vorliegen.³⁻⁵ Aus diesen Gründen ergibt sich, dass die Verbindung zwischen Zahn und Implantat rigide, also starr, gestaltet sein sollte. Bei nicht rigiden Verbindungen treten nachweislich vermehrt Komplikationen auf.^{3,6} Als Haupt-

Erhalt der taktilen Sensitivität

Verringerung der Gesamtbelastung des Gebisses durch kleinere Brückenspannen

Erweiterung des restaurativen Behandlungsspektrums

Zusätzliches Therapiekonzept für die Frendlücke(n)

Tab. 2: Vorzüge einer Verbundbrücken-Versorgung.

*Ästhetisch.
Funktional.
Sicher.*

white
SKY



*Wissenschaftlicher
und klinischer Erfolg
neu verkörpert*



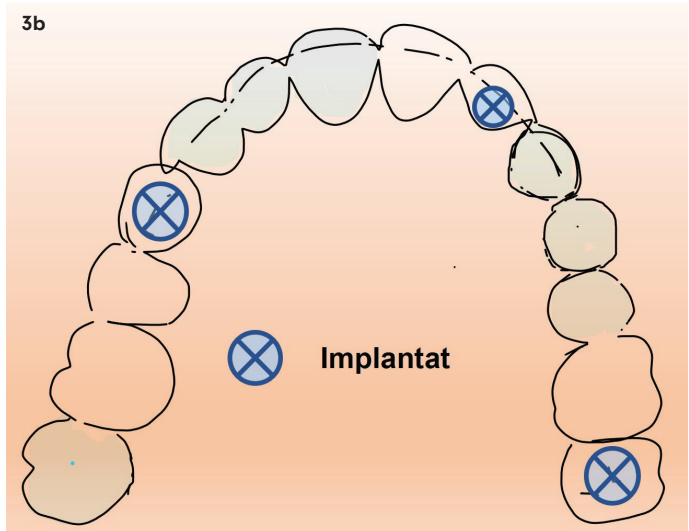
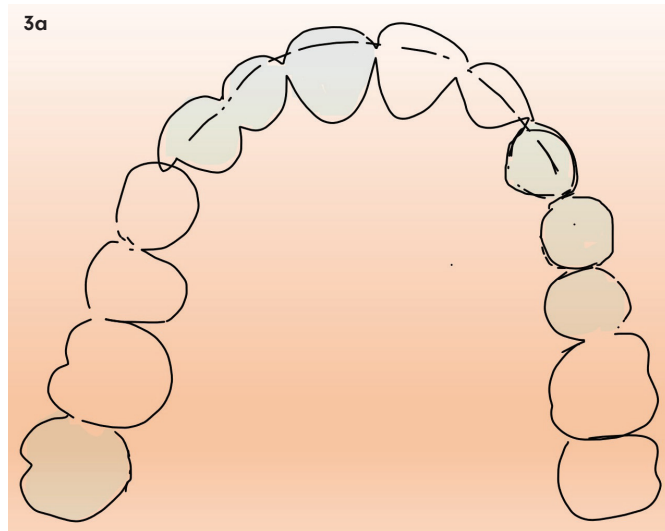
Open for next

Irrtum und Änderungen vorbehalten.

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

breident
group

breident medical GmbH & Co. KG · Weissenhorner Str. 2 · 89250 Senden · Germany · T: +49 7309 872-600 · F: +49 7309 872-635 · www.breident-medical.com · @: info-medical@breident.com



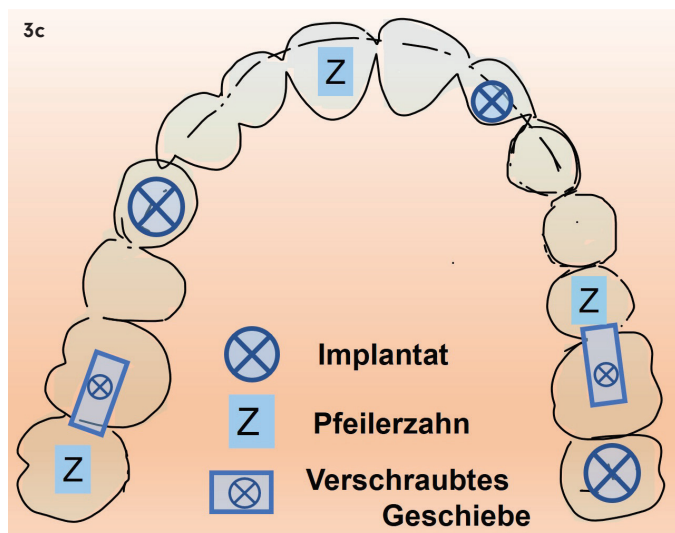
„Die im Vergleich zur rein implantatgetragenen Versorgung bzw. zum konventionellen Zahnersatz häufiger genannten Risiken der Verbundbrücken sind die Intrusion und die Sekundärkaries.“

Abb. 3a–c: Indikationen zur Verbundbrücken-Versorgung in der Schalltlücke mit zwei bis maximal drei fehlenden Zähnen im Front- und/oder Seitenzahnbereich (helle Zahnregionen in Skizze = fehlende Zähne) sowie der Freidücke. Versorgung mittels definitiv befestigter Einstück-Verbundkonstruktion oder durch geteilte Brücke mit am Pfeilerzahn verschraubtem extrakoronalem Präzisionsgeschiebe. – **Abb. 4a:** Getrennte Verbundkonstruktion mit definitiv auf dem natürlichen Pfeiler befestigtem Brückenanker und verschraubbarem Geschiebeanteil. – **Abb. 4b:** Verschraubter Brückengliedanteil und okklusale Verschraubung am Implantat-Brückenanker.

komplikation ist die Intrusion des Pfeilerzahns zu nennen.⁶ Die Konstruktion des Brückengerüsts kann mittels eines durchgängigen, definitiv befestigten (adhäsiv befestigten oder zementierten) Brückengerüsts oder durch geteilte Brückenkonstruktion mit am Pfeilerzahn verschraubtem extrakoronalem Präzisionsgeschiebe erfolgen. Bei der geteilten Brückenkonstruktion sollte die Krone am Pfeilerzahn grundsätzlich definitiv befestigt werden, während im Bereich des Implantats eine semipermanente Befestigung oder okklusale Verschraubung erfolgen kann. Im Idealfall ist eine Verbundbrücke dreigliedrig und umfasst ein Implantat, das Brückenzwischenglied und einen Pfeilerzahn. Unter Einbeziehung von zwei Pfeilerzähnen und einem Implantat oder bei zwei zu ersetzenden Zähnen können in geeigneter Indikation auch viergliedrige Restaurationen gestaltet werden (Abb. 3a–c).¹

Die Verbundbrücke kann zudem auch als metallbasierte Einstück-Brückenkonstruktionen gefertigt werden. Bei geeigneter Indikation zeigen auch diese Konstruktionen vergleichbar günstige Überlebensraten wie der rein implantatgetragene Zahnersatz. Drei-Jahres-Überlebensraten von definitiv mittels Glasionomerzement befestigten dreigliedrigen Einstück-Zirkonoxid-Verbundbrücken weisen ebenso vielversprechende Ergebnisse auf.⁷





Befestigung

Die Art der Befestigung richtet sich nach der Gestaltung der Verbundbrücke: Die Einstück-Verbundkonstruktionen mit Metall- oder Keramikbasis werden immer definitiv befestigt. Man kann bei der definitiven Befestigung zwischen der traditionellen Zementierung (z.B. Glasionomerezement) oder der adhäsiven Befestigung mittels selbstadhäsiven oder konventionellen Befestigungskompositen unterscheiden. Die Wahl muss dabei patientenindividuell erfolgen, und eine ausreichende Reinigung nach der Eingliederung sollte unbedingt berücksichtigt werden. Die Lage des Befestigungsspalts zwischen Restauration und Implantat ist entscheidend. Bei getrennter Verbundkonstruktion wird der mit einem verschraubbaren Geschiebeanteil versehene Brückenanker auf dem natürlichen Pfeiler definitiv befestigt, das Geschiebe im Brückengliedanteil verschraubt und der Implantat-Brückenteil je nach Ausführung okklusal verschraubt oder semi-permanent/provisorisch auf einem (individuellen) Aufbau teil befestigt. Bei getrennter Verbundkonstruktion bleibt der Implantatpfeiler, im Falle einer Reparatur oder bei Bedarf einer Periimplantitistherapie, somit weiterhin zugänglich.⁸ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den natürlichen Pfeilerzahn mittels Primärkäppchen/-krone zu versorgen, wobei stets definitiv auf dem Pfeilerzahn befestigt werden sollte. Die Verbundbrücke kann in diesen Fällen semipermanent eingesetzt werden, wobei in Einzelfällen eine Intrusion des natürlichen Pfeilers beobachtet wurde.¹

Risiken und Komplikationen

Die im Vergleich zur rein implantatgetragenen Versorgung bzw. zum konventionellen Zahnersatz häufiger genannten Risiken der Verbundbrücken sind die Intrusion und die Sekundärkaries.⁹ Bei der Intrusion handelt es sich im Grunde um ein Komplikationsereignis, welches durch die nicht starre Verbindung von Zähnen und Implantaten verursacht wird. Bei starrer Verbindung ist dies ein sehr seltenes Ereignis. Bei Einhaltung geeigneter Befestigungsarten (s.o.) ist das Vorkommen von Sekundärkaries auf vergleichbarem Niveau wie bei konventioneller Kronen- bzw. Brückentechnik.

Grenzen, Überlebensraten

Die Überlebenszeiten von kombiniert zahn- und implantatgetragenen Brücken variieren in der Literatur je nach Metaanalyse und Untersuchungszeitraum. Wird ein Zeitintervall von fünf Jahren betrachtet, so liegt die Überlebensrate zwischen 91,3 und 94,1 Prozent, nach zehn Jahren respektive zwischen 77,8 und 82,5 Prozent.¹⁰⁻¹⁴

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen rein implantatgetragenen Brücken und Verbundbrücken hinsichtlich der Erfolgsprognose kein signifikanter Unterschied vorliegt.¹⁵ Bei Herstellung einer Verbundbrücke sollte auf die starre Verbindung zwischen Zahn und Implantat geachtet werden. Der natürliche Pfeilerzahn sollte die Anforderungen, wie sie beim festsitzenden Zahnersatz erforderlich sind, erfüllen.¹ Die Befestigungsart richtet sich nach der Ausführungsart der Verbundbrücke, beim natürlichen Pfeilerzahn besteht grundsätzlich der Bedarf der patientenindividuellen definitiven Befestigung.

kontakt.

Laura Homberg

Dr. Malin Janson

Univ.-Prof. Dr. Anja Liebermann

Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

Universitätsklinikum Köln (AÖR)

Kerpener Straße 32 · 50931 Köln

Tel.: +49 221 478-96731

malin.janson@uk-koeln.de · laura.homberg@uk-koeln.de

zahn-prothetik.uk-koeln.de

Dr. Malin
Janson
[Infos zum
Autor]



Laura
Homberg
[Infos zur
Autorin]



Prof. Dr.
Hans-Joachim
Nickenig
[Infos
zum Autor]



Literatur

