



Abb. 1

Sofortimplantation nach Extraktion im ästhetisch sichtbaren Oberkiefer-Frontzahnbereich

Sven Görrissen

Extraktionen im Frontzahnbereich haben im Zuge der knöchernen Umbauten Auswirkungen auf das ästhetische Erscheinungsbild der Frontzähne. Mittels korrekter, in allen drei räumlichen Ebenen angepasster Sofortimplantation wird das umliegende Hart- und Weichgewebe nach Extraktion optimal gestützt und stabilisiert. Der vorliegende Patientenfall veranschaulicht die Versorgung des Sofortimplantates regio 11 im zweizeitigen Verfahren mit einer Einzelkrone.

Die 33-jährige Patientin stellte sich im Juni 2016 in unserer Praxis mit dem Wunsch zur Beratung bezüglich der Erhaltungswürdigkeit des Zahnes 11 vor (Abb. 1). Der Zahn war bedingt durch ein Frontzahntrauma vor zwei Jahren wurzelkanalbehandelt und anschließend zusätzlich mittels Säureätzttechnik und einem Draht an den Nachbarzähnen fixiert worden (Abb. 2). Die Patientin gab (unklare) Beschwerden an dem fraglichen Zahn an. Auf den Aufnahmen des Digitalen Volumentomogramms (DVT) war eine große apikale Aufhellung zu erkennen (Abb. 3, 4).

Es bestand der Verdacht auf eine Osteolyse im Bereich der bukkalen Knochenwand. Wir entschlossen uns nach eingehender Beratung der Patientin den Zahn zu entfernen und eine Sofortimplantation durchzuführen. Das Implantat sollte anschließend gedeckt einheilen und die prothetische Versorgung sollte nach einer dreimonatigen Einheilphase verzögert erfolgen.

Die Zahnkrone wurde von der Wurzel auf Höhe der Schmelz-Zement-Grenze abgetrennt, um sie später als Provisorium verwenden zu können. Nach Entfernung der Zahnkrone wurde eine Längsfraktur der Wurzel sichtbar, welche die Ursache für die



Abb. 2

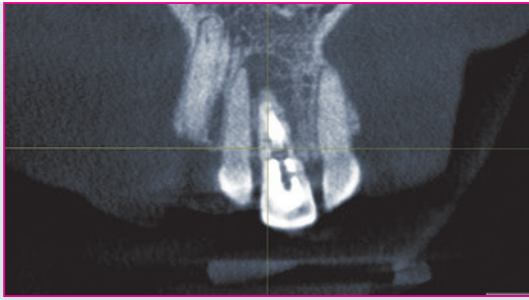


Abb. 3

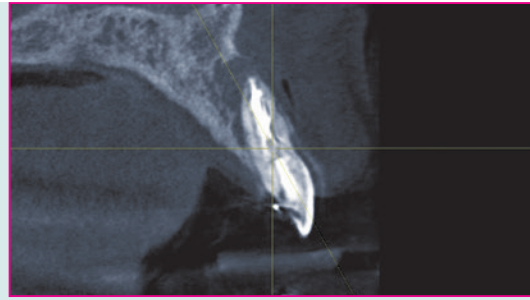


Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

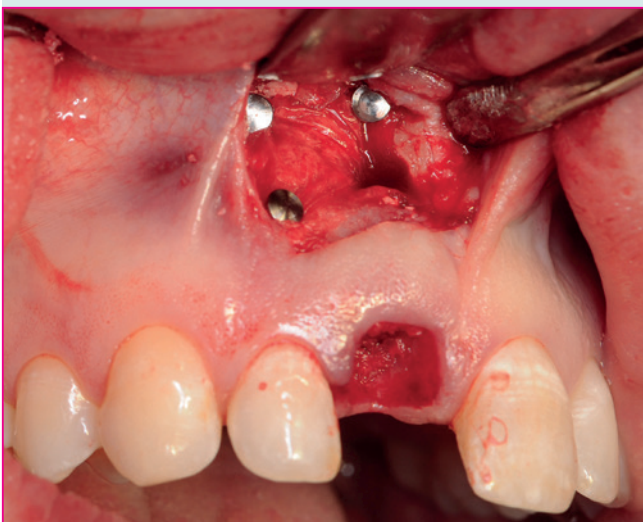


Abb. 9

Beschwerden gewesen war (Abb. 5). Um das Operationstrauma möglichst gering zu halten, wurde lediglich im apikalen Bereich ein Mukoperiostlappen präpariert (Abb. 6). Nach Aufklappung wurde der große Defekt in der bukkalen Knochenlamelle sichtbar. Nach vorsichtiger Extraktion der Wurzelfragmente mittels Periotom erfolgte im apikalen Bereich die Entfernung des entzündeten Gewebes (Abb. 6). Die lateralen und zervikalen knöchernen Anteile der Alveole waren intakt. Es erfolgte eine Sofortimplantation mit einem Ankylos-Implantat (Dentsply Sirona Implants, Mannheim), mit einer Länge von 17,0 mm und einem Durchmesser von 3,5 mm, da mit einem kürzeren Implantat voraussichtlich keine ausreichende Primärstabilität erreichbar gewesen wäre (Abb. 7). Nach Implantatinsertion erfolgte eine knöcherne Augmentation mittels Eigenknochen, welcher mittels Safescraper (Imtegra GmbH & Co KG, Rostock) aus dem Bereich der Linea obliqua des rechten Unterkiefers entnommen wurde (Abb. 8). Der augmentierte Bereich wurde mit einer Perikardmembran (Jason Membran, botiss biomaterials GmbH, Freiburg) abgedeckt und mit drei Titanpins befestigt (Abb. 9).



Abb. 10

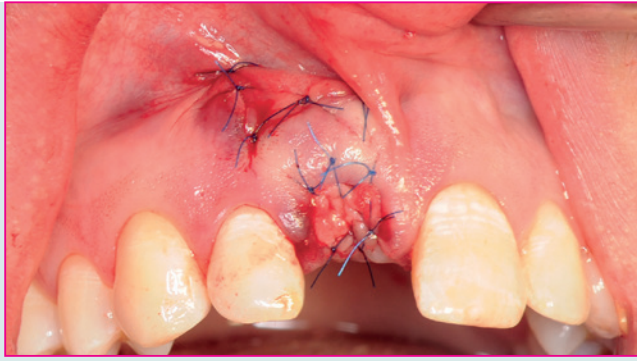


Abb. 11

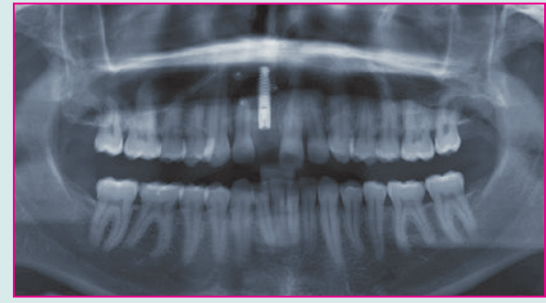


Abb. 12

Die Alveole wurde mit einem freien Bindegewebs-transplantat aus dem Oberkiefer verschlossen (Abb. 10-12). Die klinische Krone des extrahierten Zahnes 11 wurde apikal mit Komposit verschlossen und anschließend mittels Säureätztechnik an

einem vorab mittels Cerec (Dentsply Sirona, Bensheim) hergestellten Keramikgerüst befestigt (13-15). Zehn Tage später wurde die Naht entfernt (Abb. 16). Nach einer dreimonatigen Einheilphase erfolgte die Freilegung des Implantats (Abb. 17-19).



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18



Abb. 19



Abb. 20



Abb. 21



Abb. 22



Abb. 23

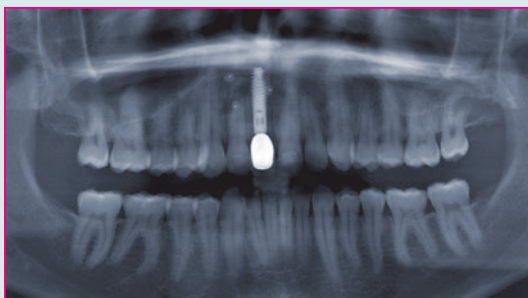


Abb. 24

Auf dem Einbringpfosten des Ankylos-Implantats wurde eine provisorische Krone befestigt (Abb. 20-21). Zehn Tage später erfolgte die Abformung. Ende Januar 2017 wurde die definitive Vollkeramikkrone auf einem individuell hergestellten Zirkondioxid-Abutment zunächst semipermanent eingesetzt (Temp Bond) (Abb. 22-24). ■



Dr. Sven Görrissen,
M.Sc.

- 1988 Approbation Universität Hamburg
- 1989 Ausbildung in Orale Chirurgie und Rehabilitation in einer Kieferchirurgischen Praxis in Hamburg
- 1995-2017 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (BDIZ)
- 1998-2003 Studienaufenthalt an der UCLA, Los Angeles, USA (UCLA Continuing Dental Education in Implantology)
- 2003 Curriculare Ausbildung und zertifiziert in Parodontologie, ZfZ Stuttgart
- 2003-2005 Geprüfter Spezialist der Implantologie (DGZI), Experte der Implantologie (DGOI)
- 2005 Gründung der Fachpraxis für Implantologie und Parodontologie, Dental Praxis und Tagesklinik Kaltenkirchen
- 2006-2013 Referent, Hospitations- und Supervisionspraxis Curriculum Implantologie der ZÄK Hamburg
- 2011 Ernennung zum Gutachter für Implantologie (DGZI)
- 2012 Berufung in den Vorstand der DGOI
- 2013 Master of Science Orale Chirurgie und Implantologie, Danube Universität, Krems, Österreich
- 2014 Gründung der Schwerpunktpraxis für orale Chirurgie und Implantologie Edelmund, Kaltenkirchen
- 2016-2017 Leitung IFS Nord, Implantologie für Studierende und Zahnärzte (DGOI)
- 2005-2017 Referent innerhalb der zahnärztlichen curricularen Ausbildung für Implantologie, Ausbilder der Fachassistenten in der oralen Implantologie (DGOI)

■ info@edelmund.de
 ■ www.edelmund.de