



Raus und rein ... Sofortversorgung in der ästhetischen Zone

Christian Dürr

Sofortimplantationen im Frontzahnbereich sind ein heikles Thema. Der vestibuläre Knochen ist meist sehr dünn und damit sehr empfindlich. Oft ist diese Knochenlamelle durch apikale Entzündungen, Frakturen oder parodontale Defekte des zu extrahierenden Zahnes zusätzlich geschädigt.

Deshalb ist es dringend erforderlich die Entscheidung pro Sofortimplantation kritisch zu treffen und die Behandlung vorher vorausschauend zu planen. Denn – wie ein Schweizer Kollege kürzlich auf dem KISS-Symposium in Kitzbühel in seinem Vortrag treffend sagte: „Wir sind Zahnärzte und keine Cowboys, die in jedes Loch ein Implantat schießen ...“.

Zum Erhalt der vestibulären Knochenlamelle stehen uns von der „Root-shield-technique“ über einen Aufbau mit „sticky bone“ bis zum klassischen Knochenaufbau mit oder ohne autologem Knochen viele mehr oder weniger evaluierte Möglichkeiten zur Verfügung. Ein kompletter Erhalt der vestibulären Knochenlamelle ist aber zum Erhalt der keratinisierten Gingiva in diesem ästhetisch anspruchsvollen Bereich essentiell erforderlich.



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1, 2: Ausgangssituation.



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Abb. 3-6: Klinische und röntgenologische Untersuchung.

Patientenfall

Die 41-jährige gesunde Patientin stellte sich wegen einer weißlichen Verfärbung vestibulär am Zahn 12 (Abb. 1) bei mir in der Praxis vor. Sie hatte eine gute Mundhygiene, zweimal jährlich ließ sie eine professionelle Zahnreinigung durchführen. Bei der klinischen und röntgenologischen Untersuchung (Abb. 2-6) zeigte sich ein wahrscheinlich durch eine auf einem Stiftaufbau mit Aufbaufüllung verankerte leicht mobile Krone ausgelöster Knocheneinbruch. Dieser parodontale Defekt wiederum war Ursprung eines Fistelganges, der sich vestibulär an der Oberfläche der Gingiva manifestierte. Auf dem präoperativ angefertigten DVT war ein apikaler Knochendefekt zu erkennen. Die vestibuläre

Knochenlamelle erschien nach meiner Ansicht ausreichend intakt. Derartige Defekte stellen noch kein Ausschlusskriterium für eine Sofortimplantation dar.

Wir erörterten mit der Patientin die anhand der klinischen und röntgenologischen Daten zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten, dabei unter anderem auch die Vorteile, Risiken sowie Kosten einer Sofortimplantation und auch einer Sofortversorgung. Gemeinsam mit ihr entschieden wir uns dann dazu, nach der Extraktion eine Sofortimplantation mit offener Einheilung durchzuführen und die Lücke provisorisch mit einem konventionellen im direkten Verfahren hergestellten Klebprovisorium zu versorgen. Das Vorgehen wird in der folgenden Bildergalerie vorgestellt (Abb. 7-30).



Abb. 7: Der Zahn und das apikale Entzündungsgewebe wurden sehr vorsichtig entfernt.



Abb. 8: Die Extraktionsalveole mit intaktem Weichgewebe.



Abb. 9: Kontrolle der Pilotbohrung. Die Implantatposition liegt am palatinalen Alveolenrand.



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12: α -PRF-Streifen nach Herstellung.

Abb. 10, 11: Herstellung des „sticky bone“. i-PRF, α -PRF (Mectron Dental), Bio Oss (Geistlich GmbH) und aus der Bohrung gewonnene Knochenspäne werden vermengt.

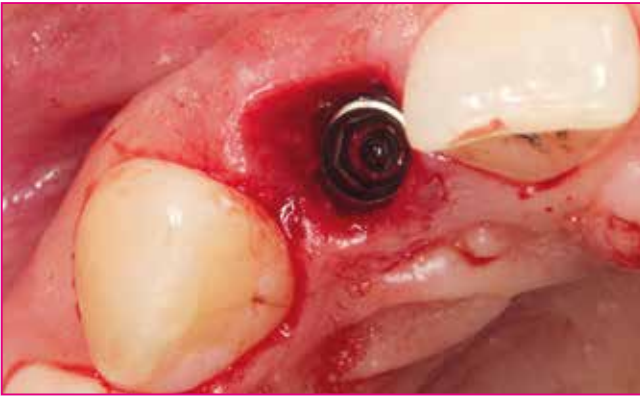


Abb. 13: Das MegaGen AnyRidge Implantat D3, 5, L13 primärstabil (ISQ 69) in situ.



Abb. 14: Der aus der Inkongruenz zwischen Alveole und Implantat entstandene Bereich wird vor und nach Eindrehen des Implantates mit sticky bone aufgefüllt.



Abb. 15: Wichtig bei Augmentation nach Implantation: Das Implantatlumen muss mit einem Einheilkäppchen abgedichtet werden, damit das Implantat im Inneren nicht verunreinigt wird.



Abb. 16: Mit eingeschraubtem Gingivaformer und abschließend eingebrachtem α -PRF.



Abb. 17



Abb. 18



Abb. 19

Abb. 17-19: Unter Zuhilfenahme eines Vorwalls wurde im direkten Verfahren ein Provisorium aus Komposit angefertigt. Der Eingriffsbereich wurde mit einem Separierstreifen geschützt.



Abb. 20: Kontrollröntgen nach dem Eingriff.



Abb. 21



Abb. 22



Abb. 23: Fistelgang eine Woche später.



Abb. 24



Abb. 25: Röntgenkontrolle nach drei Monaten.



Abb. 26: Reizlose Schleimhaut nach Abnahme des Gingivaformers.

Abb. 21-24: Kontrolle der Situation nach einer Woche.



Abb. 27: Zustand in Schlussbiss-Situation.



Abb. 28: Die fertige Krone verklebt auf einem individuellen Zirkonoxidabutment. Der Fistelausgang ist nicht mehr zu erkennen.



Abb. 29



Abb. 30

Abb. 29-30: So stellte sich die Situation sechs Monate nach definitiver Versorgung und acht Monate nach dem Eingriff dar. Die Schleimhautsituation ist zufriedenstellend.



Dr. Christian Dürr

- 1994-1999 Studium in Heidelberg
- 1998 Dreimonatiger Studienaufenthalt an der Univ. of Stellenbosch, SA
- 1999-2002 Promotion zum Dr. med. dent.
- 2000-2002 Assistenzarzt an der Zahnklinik des Universitätsklinikums Heidelberg, Abt. f. zahnärztliche Prothetik
- 2002 Assistenzzeit in priv. Praxis
- Seit 2002 Niederlassung in eigener Praxis in Aichach mit Schwerpunkt Implantologie

- Vortrags- und Schulungstätigkeit im Bereich Implantologie
- Aktives Mitglied DGI, DGOI, ICOI, DGZMK

- duerr@praxisamoberentor.de
- www.praxisamoberentor.de

Zahntechnik:
Dentallabor Molinek GmbH, Puchheim

