

Immediatversorgung in der Implantologie als Konzept

In der heutigen implantologischen Praxis stellt sich immer häufiger die Frage nach Möglichkeiten der Sofortversorgung, sei es für den Interimsersatz zur Überbrückung der Einheilphase gedeckt einheilender Implantatschrauben, sei es für die endgültige Versorgung ohne Wartezeit. Einteilige Implantattypen erweisen hier gute Dienste, bieten sie doch prinzipbedingt einige Vorteile gegenüber herkömmlichen, klassisch zweiteiligen.

Dr. Eberhard Lang, Milan Michalides/Stuhr

■ Die Indikation für Onepiece Implantate ist eingeschränkter, für die Versorgung zahnloser Unterkiefer mit steggetragener Vollprothese bei reduziertem Knochenangebot sind sie jedoch unschlagbar. Die Firma Wolf Dental mit ihrem Konzept „For Me Implant“ geht in diesen Tagen mit einem neuen, einteiligen Implantat für die Kronen- und Brückenversorgung an den Markt, das die Produktpalette der zurzeit erhältlichen, zweiteiligen Implantate und einteiligen Kugelkopfimplantate ergänzen soll. Wir konnten Prototypen vorab in unserer Praxis verwenden, dazu im Folgenden unser Anwenderbericht.

Falldarstellung

Eine 54-jährige Patientin, seit Jahren Vollprothesenträgerin, kam mit dem Wunsch nach einer fester sitzenden Unterkieferprothese zu uns in die Praxis. Die initiale Röntgenübersichtsaufnahme stellt einen stark atrophierten Unterkieferknochen dar, welcher zumindest im anterioren Bereich noch eine leichte vertikale Erhebung aufweist. Die klinische Inspektion ergibt in diesem Gebiet jedoch in horizontaler Ausdehnung nur ein Knochenangebot von 4–5 mm, eindeutig zu wenig für ein

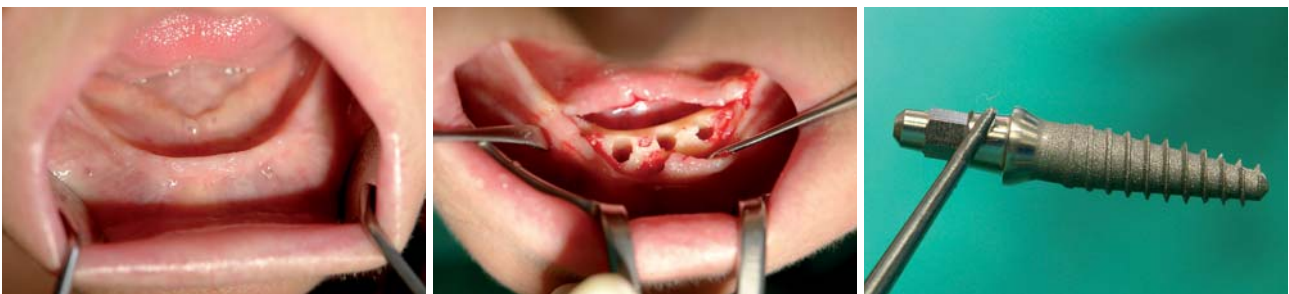


Abb. 1: Atrophierter, dachfirstartiger Unterkiefer. – Abb. 2: Aufbereitete Implantatlager. – Abb. 3: Einteiliges For Me Implantat vor dem Einbringen.



Abb. 4: Zustand nach Implantatinsertion und Wundverschluss. – Abb. 5: Abformung mit eingebrachten Laborimplantaten und applizierter Gingivamaske. – Abb. 6: Fertig gefräster Steg mit PreziLine-Geschieben endständig.

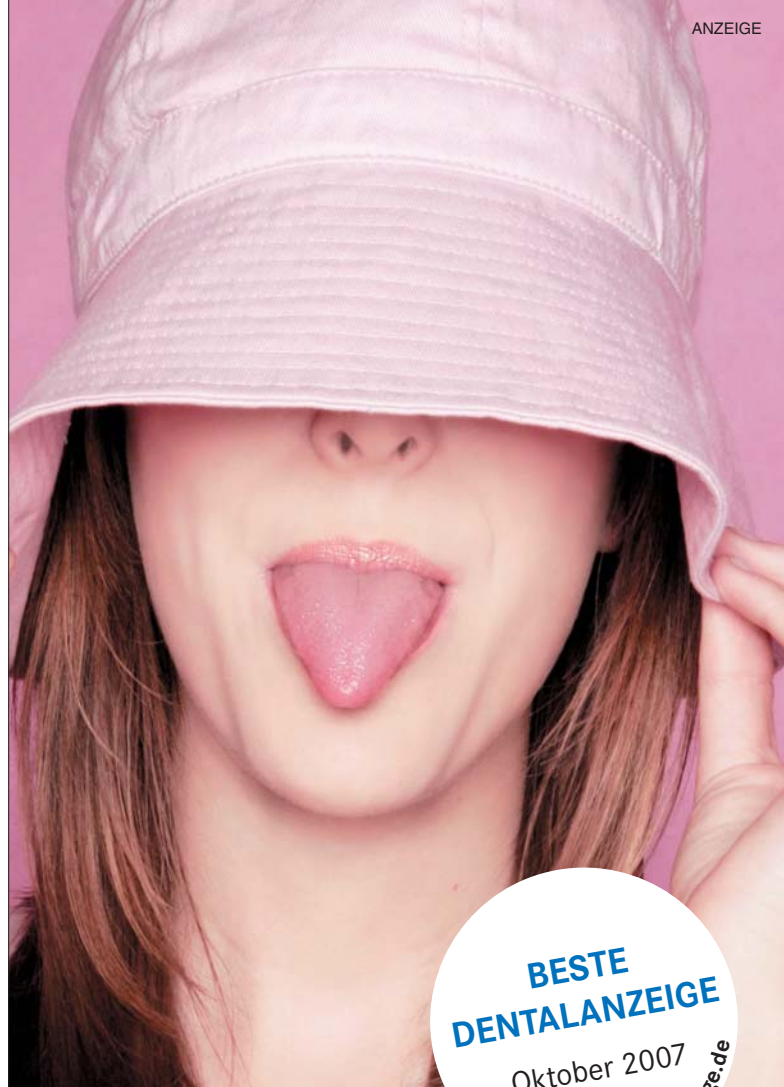


Abb. 7: Steg mit Gerüst auf Modell aufgepasst. – Abb. 8: Steg mit Sekundärgerüst von basal. – Abb. 9: Modellgussgerüst mit rosa Opaker für bessere Ästhetik.

klassisches, zweiteiliges Implantat, müssen doch aufgrund der Abutmentverschraubung Mindestwandstärken eingehalten werden, woraus Durchmesser resultieren, die bei dieser Knochendimension nicht inserierbar sind. Diese Indikation ist die Domäne der durchmesserreduzierten einteiligen Implantate, bei der Implantatschraube und Aufbau eine stabile Einheit bilden. Im konkreten Fall verwendeten wir hier vier der neuen For Me Implantate mit 3,4 mm Durchmesser, welche sich dank der guten Gewindegeometrie sehr gut primärstabil interforaminär im Knochen verankern lassen, eine Grundvoraussetzung für die Sofortbelastung von Implantaten. Des Weiteren präferieren wir das Design des Implantataufbaus zum einen wegen seines definierten Präparationsrandes im zervikalen Bereich, welcher einen definierten Abschluss der Mesokonstruktion bei der Verklebung ermöglicht, zum anderen wegen seiner leichten Konizität im Stumpf, welche leichte Disparalleltäten der Implantatachsen kompensiert. Trotzdem empfehlen wir die Verwendung einer Bohrschablone oder anderer geeigneter Hilfsmittel, um eine nahezu parallele Inserierung der Implantate sicherzustellen. Nach dem Einbringen der Implantate wird sofort anschließend in der gleichen Sitzung eine Abformung über diese genommen, da es für den Behandlungserfolg essenziell ist, dass die Eingliederung der Prothese innerhalb der nächsten fünf bis sieben Tage postoperativ erfolgt. Ledermann et al. postulieren schon 1972, dass eine Implantatbelastung entweder sofort nach sehr kurzer Zeit (maximal eine Woche) bei ausreichender Primärstabilität oder erst nach Abschluss der Osseointegration nach mehreren Monaten erfolgen darf. Als Übertragungskäppchen für den Abdruck fertigen wir im Labor Pattern-Resin Überzüge über die Modellanaloge, welche wir im Mund miteinander verblocken, um ein sicheres Fassen der Laboranaloge im Abdruck bei der späteren Herstellung des Meistermodells zu gewährleisten. Hier hätten wir uns konfektionierte Abdruckkäppchen gewünscht, der Hersteller verspricht aber bis zur offiziellen Markteinführung, diese anzubieten.

Dank unseres praxiseigenen Labors sind wir in der Lage, einen edelmetallreduzierten Steg mit endständigen PreziLine Geschiebe innerhalb kürzester Zeit herzustellen und zur Einprobe zu bringen, bei der Spannungsfreiheit und Passgenauigkeit überprüft werden. Weiterhin erfolgt in dieser Sitzung die Kieferrelationsbestimmung über den Steg, auf welchen ein Plateau aus Autopolymerisat als Registrierhilfe aufgebracht wird, welches mittels Silikon oder Wachs ergänzt die interokklusale Verschlüsselung ermöglicht.

Ein weiterer Zwischenschritt für die Wachseinprobe ist empfehlenswert, da auf ein ausgewogenes okklusales Konzept besonderes Augenmerk gelegt werden sollte; wir empfehlen ein flaches Höcker-Fissuren-Relief, möglicherweise sogar höckerlose Prothesenzähne nach Rossbach mit Gruppenführung, um übermäßige Scherbelastungen auf die Implantate bei Laterotrusion zu vermeiden, auch eine präzise gleichmäßige interkuspale Vielpunktgestaltung ist obligat. Auch die Ästhetik kann so besser noch dem Wunsch des Patienten angepasst



**BESTE
DENTALANZEIGE**

Oktober 2007

www.die-beste-dentalanzeige.de

Clever sein: Mundkrebs erkennen, bevor er entsteht.

ORCA-BRUSH – Die Bürstenbiopsie

Immer indiziert bei:

- Lichen
- Leukoplakien
- Erythroplakien
- Tumorverdacht

Das Vorsorgeangebot für jede Praxis.

Abrechenbar nach BEMA 05



ORCA-BRUSH®

www.zl-microdent.de

Telefon 02338 801-0

Präzision seit 1968





Abb. 10: Ausgearbeitete Prothesen. – Abb. 11: Sekundärsteg in Prothesenbasis. – Abb. 12: Implantatstümpfe nach Epithelentfernung.



Abb. 13: Eingeklebter Steg – nahtloser Übergang zum Implantat.



Abb. 14: Prothesen in situ.

werden, so haben wir trotz des Zeitdrucks nicht darauf verzichtet.

Die nach diesen Kriterien gefertigte Prothese setzen wir am Tag 5 nach Implantation ein, zuvor muss jedoch überschüssig proliferiertes Epithelgewebe, das sich an die Implantatpfosten angelagert hat, entfernt werden; das geschieht in unserer Praxis üblicherweise mit dem Laser, der es uns ermöglicht, Schleimhaut nahezu blutungsfrei zu entfernen, worauf wir im besonderen Maße deswegen angewiesen sind, als dass wir den Steg auf den Implantaten anschließend mit FGP verkleben. Nach Entfernen der Kleberüberschüsse imponiert ein nahtloser Übergang zwischen Steg und Implantataufbau, bedingt durch die definierte Hohlkehle am Implantatstumpf.

Die Prothese erfährt einen sehr guten Halt durch die Verankerung über den Steg, welches zu einem zufriedenstellenden Behandlungsergebnis führt, insbesondere eingedenk der schwierigen Ausgangssituation bezüglich des reduzierten Knochenangebotes. Die Patientin kommt auf Anrieb mit der Prothese gut zurecht, was uns in unserem Konzept der Sofortversorgung über steggetragene Prothesen bestätigt, sodass es sich in unserer Praxis zu einer Standardversorgung etablieren wird.

Fazit

Als Fazit konstatieren wir dem Implantatsystem ein zuverlässiges, anwenderfreundliches Handling, gute Primärstabilität, präzise prothetische Konstruktionsmöglichkeiten zu einem unschlagbar günstigem Preis, welches am hiesigen Implantatmarkt seinesgleichen sucht. Gerade die preiswerte Implantologie wird spätestens ab dem nächsten Jahr eine immer größere Rolle spielen in Anbetracht der anstehenden Veränderungen im Zusammenhang mit der neuen GOZ, hier haben wir mit dieser Innovation ein weiteres, mögliches Werkzeug in der Hand. ■

■ KONTAKT

**Zahnarztpraxis Michalides
Lang & Partner**

Jupiterstraße 1, 28816 Stuhr/Brinkum
E-Mail: info@michalides.info

ANZEIGE

