

Wiederherstellen der Stützzone durch ein Einzelzahnimplantat

Ein klinisches Beispiel mit dem Astra-Tech-Implantatsystem

Uni- und bilaterale Freiendsituationen zählen heute mit zu den häufigsten Indikationen zur Implantation. Der Stützzenenaufbau ist dabei ein wichtiger Therapiegrundsatz in der Versorgung des Kauystems. Der vorliegende Fall zeigt den minimalen Implantationsaufwand zum Ersatz des fehlenden Zahnes 16 bei maximalem Nutzen des Patienten zur oralen Rehabilitation.

Ein 50-jähriger Patient stellte sich mit einer unilateralen Freiendsituation distal 15 in der Praxis vor (Abb. 1). Der Zahn 46 wies keine okklusale Abstützung durch den Gegenkiefer auf. Die Therapiealternative zur Implantation wäre ein herausnehmbarer Zahnersatz in Form einer Teleskoparbeit oder einer Modellgussprothese gewesen. Diese Alternativen kamen für den Patienten jedoch nicht in Frage und er entschied sich für ein Implantat in regio 16.



Abb. 1

Behandlungsablauf

Am 08.10.04 wurde ein Astra-Tech-Implantat mit dem Durchmesser 5,0 Millimeter und der Länge 11 Millimeter komplikationslos inseriert. Die Schleimhaut wurde mit Knopfnähten speicheldicht vernäht (Abb. 2).

Am 29.11.04 erfolgte die Freilegung mit einer dezenten Inzision über dem Implantat, wobei gleichzeitig ein Gingivaformer mit 7,0 Millimetern Durchmesser eingebracht wurde (Abb. 3). Gingivaformer mit großen Durchmessern eignen sich besonders für den Molarenbereich, um ein natürliches Weichgewebsprofil zu erzeugen.

Von Vorteil ist hier das Conical-Seal-Design des Implantates. Die nahezu bakteriedichte konische Implantat-Abutment-Verbindung bewirkt einen sicheren klinischen Sitz der Abutments ohne Quetschungen der Gingiva im Verbindungsbereich und führt so zu gesunden Schleimhautverhältnissen (Abb. 4).



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Die prothetische Versorgung begann vier Wochen später mit der Abformung des Implantates (Abb. 5) mithilfe eines offenen Löffels. Für den Implantatabdruck eignen sich sehr gut die Polyethermaterialien, da diese zum einen für einen sicheren Halt der Abdruckpfosten im Abdruckmaterial sorgen und zum anderen eine sehr gute Abformgenauigkeit gewährleisten (Abb. 6, 7).

Die VMK-Krone wurde auf einem Profile-Bi-Abutment im Labor angefertigt (Abb. 8, 9) und am 10.01.05 definitiv mit einem Zinkoxid-Phosphat-Zement eingegliedert (Abb. 10) Zur Weichgewebsunterstützung und zur Verbesserung der Interdentalpflege wurde Keramik im interdentalen Schulterbereich der Krone aufgebrannt (Abb. 11). Dieses so genannte Putzfüßchen bietet sich bei großen Interdentalräumen im nicht sichtbaren Be-



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

reich an und wird sehr gut von den Patienten angenommen. Im ersten Recall, vier Monate nach der Eingliederung der Versorgung, wurde eine Zahnfilmaufnahme als Kontrolle angefertigt. Die Aufnah-



Abb. 8

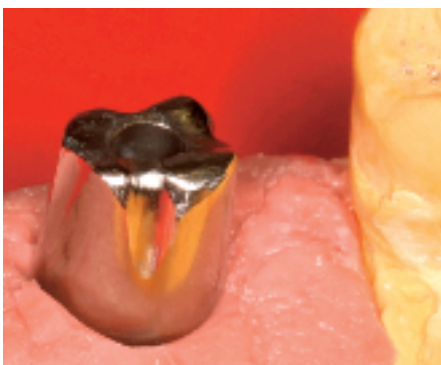


Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11

me zeigt ein stabiles marginales Knocheniveau acht Monate post implantationem (Abb. 12).

Fazit

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Implantatversorgung im Oberkiefer- und Unterkiefer-Seitenzahnggebiet bei ausreichendem vertikalen und transversalen Knochenangebot als Standardtherapie angesehen werden kann. Eine Versorgung mit einem herausnehmbaren Zahnersatz kann somit vermieden werden. In dem hier vorliegenden Fall konnte sogar auf ein zweites Implantat verzichtet werden, weil die Gegenbezahnung bei Zahn 46 endete und das Knochenangebot im Implantationsbereich ausreichend war. Vorteilhaft erweisen sich bei dem Astra-Tech-System die stabilen marginalen Knochenverhältnisse in der klinischen Langzeitbetrachtung und das einfache chirurgische und prothetische Handling.



Abb. 12

Korrespondenzadresse:
 Dr. Hermann Derks
 Steinstraße 12
 46446 Emmerich
 Tel.: 02822 2595