

Sofortimplantation von sechs Kugelkopimplantaten und Sofortbelastung

Der hier geschilderte Patientenfall zeigt die implantologische Versorgung des Unterkiefers mit sechs Kugelkopimplantaten innerhalb von zwölf Tagen von der Erstvorstellung des Patienten bis zur fertigen Implantatarbeit.

Text: Implantologe Frank Schrader

Der Patient stellte sich am 03.12.2009 in unserer Praxis mit der Bitte um sofortige Implantation vor. Die Gründe für dieses möglichst schnelle Handeln lagen einerseits an dem bevorstehenden Weihnachtsfest als auch im Ausscheiden aus der privaten Krankenversicherung zum Ende des Jahres.

Der 56-jährige Patient war in seiner Anamnese unauffällig, gab aber an zwischen 20 und 30 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Die Abb.1 zeigt die Ausgangssituation im Unterkiefer des Patienten.

Die Zähne 42–33 waren gelockert und nicht erhaltungswürdig. Die Wurzelreste bei 34 und 43 mussten ebenfalls extrahiert werden. Nach ausführlicher Besprechung der Situation einigten wir uns mit dem Patienten auf die im Folgenden geschilderte Vorgehensweise.

Eine Woche nach Patientenerstvorstellung (10.12.2009) ließen wir die Teleskopmodellgussprothese zu einer Totalprothese umarbeiten (Abb.2). Noch am gleichen Tag extrahierten wir alle Zähne und Wurzelreste und gliederten die zur Totalprothese umgearbeitete alte Modellgussprothese beim Patienten ein (Abb.3).

Da im Vorfeld eine schonende Extraktion ohne Aufklappung an den Zähnen 34 und 43 nicht garantiert werden konnte, sahen wir von der Planung einer Sofortimplantation ab. Um das mit dem Patienten besprochene Zeitfenster einhalten zu können, entschieden wir uns zur Implantation fünf Tage nach der Extraktion.

Die Abb.4 zeigt die Ausgangssituation am Tag der Implantation (15.12.2009). Bei der Auswahl der Implantatlängen

achteten wir darauf, dass die Implantate mindestens 50 % länger sind, als die Alveolen der extrahierten Zähne tief waren.

Die sechs Kugelkopimplantate wurden flapless in die vorhandenen Alveolen inseriert.

Nach der Implantation wurden zur Überprüfung der korrekten Insertionstiefe der Implantate die Matrizen aufgesteckt (Abb.5).

Die Röntgenübersichtsaufnahme und das angefertigte Schnittbild im nichtlinearen Spiraltomographen zeigen den korrekten Sitz aller Implantate (Abb. 6 und 7). Während der Implantation wurde von einer Helferin der erforderliche Freiraum sowohl für die Implantate als auch für die einzupolymerisierenden Matrizen in der alten Totalprothese geschaffen (Abb.8).

Zur Verhinderung des Einfließens des kaltpolymerisierenden Kunststoffes in Bereiche in denen kein Kunststoff erwünscht ist, empfehlen sich folgenden Vorgehensweisen.

1. Okklusale Abdeckung der Matrizen mit Wachs, Vaseline oder Isolierungsmittel.

2. Die Verwendung von Kofferdamm unterhalb der Matrizen zu Verhinderung des Einfließens von Kunststoff (Abb.9).

Danach erfolgt das Anmischen des Kaltpolymerisats, die Einbringung in den Freiraum der Prothese und das Einsetzen der Prothese in den Mund.

Wie bei einer Unterfütterung wird im Sinne einer mundgeschlossenen Abformung der Kunststoff verteilt (Abb.10).



Frank Schrader

Wichtig ist, dass im Vorfeld in allen Bereichen, wo keine Unterfütterung stattfinden soll, eine gründliche Isolierschicht zu Vermeidung von anhaftenden Kunststoffresten aufgebracht wird.

Im Unterschied zu der klassischen direkten Unterfütterung verbleibt die Prothese bis zur kompletten Aushärtung des Kunststoffes im Mund.

Sollten sich Luftblasen gebildet und/oder die Matrizen nicht vollständig einpolymerisiert haben, empfiehlt sich das erneute Anmischen des Kunststoffes. Für das Auftragen dieser kleinen fehlenden Kunststoffareale bietet sich die Benutzung eines Heidemannspatels oder Pinsels an.

Da die Prothese bis zur vollständigen Kunststoffaushärtung im Mund verbleibt, ist es immer notwendig die überschüssigen Kunststoffanteile mit einer Fräse zu entfernen (Abb.11, 12).

Um dem Patienten Missempfindungen zu ersparen ist eine abschließende Hochglanzpolitur der Prothese durchzuführen. Die Abb.13 zeigt die Wundsitu-

tion einen Tag nach Implantation. Nach gesicherter Osseointegration konnte der Patient zur Anfertigung einer neuen implantatgestützten Prothese zum Hauszahnarzt zurücküberwiesen werden.

Das Abschlussbild (Abb.14) zeigt die osseointegrierten Implantate 12 Monate nach Insertion. Die leichten Divergenzen stellen bei dem von uns verwendeten Implantatsystem keine Probleme dar, weil die Passform

der Matrizen Divergenzunterschiede von bis zu 30 % ausgleichen kann.

Fazit

Die vorgestellte Behandlungsmethode bietet folgende Vorteile :

1. Sofortimplantation
2. Sofortbelastung durch direkte Einarbeitung der Matrizen
3. Einfaches Handling und damit verbundene Kostenreduktion

4. Schaffung einer günstigen Zweitprothese
5. Der Patient verlässt nach zwei Stunden die Praxis mit „feststehenden Zähnen“

Frank Schrader

Albertstraße 33
 D-39261 Zerbst/Anhalt
Tel.: +49(0) 39 23/20 97
E-Mail: info@zahnarzt-zerbst.de
www.zahnarzt-zerbst.de
www.implantologisches-zentrum-zerbst.de

