

FESTE ZÄHNE AN EINEM TAG

5-JAHRESKONTROLLEN

Unser Konzept heißt „Feste Zähne an einem Tag“. Der Grundgedanke ist, alle Maßnahmen zu nutzen, die Vorteile für den Patienten haben. Jeder Patient verlässt nach der Implantation unsere Praxis mit einer festsitzenden Prothese oder einem zementierten Provisorium.

Text/Bilder DS Frank Schrader, Implantologe

Bei diesem Konzept geht es immer um Sofortversorgung oder Sofortbelastung und um Sofortimplantationen. „Feste Zähne an einem Tag“ bietet mehrere überzeugende Vorteile, welche ich anhand der folgenden Patientenfälle vorstellen möchte. Aus meiner Sicht gibt es keinen Grund, zweiteilige Implantate zu verwenden, die wesentlich problembehafteter, zeitintensiver und damit teurer sind. Zu den Problemen, die durch zweiteilige Implantate verursacht werden, gehören: Schraubenlockerungen und -brüche, Brüche am Innenkonus, Saug- und Pumpeffekte mit folgendem Knochenabbau sowie die Abhängigkeit vom Anwender des Implantatsystems.

Einteilige Implantate, die minimalinvasiv inseriert werden, sind fester Bestandteil der modernen Implantologie. In diesem Zusammenhang ist es dankenswert, dass

die Konsensuskonferenz Implantologie am 7. Oktober 2014 ihre Empfehlungen zur Regelversorgung um folgenden Passus erweitert hat:

„Es gibt abweichende Versorgungsformen als Behandlungskompromisse im Einzelfall mit anderen als den nachstehend für den Regelfall vermerkten Implantatzahlen, insbesondere um das vorhandene Kieferknochenangebot vermehrende chirurgische Eingriffe zu vermeiden (z.B. kurze Implantate, angulierte Implantate, durchmesserreduzierte Implantate).“

Das Konzept „Feste Zähne an einem Tag“ bedeutet, dass sämtliche operativen Eingriffe in einer Sitzung erfolgen, sodass die Patienten die Zahnarztpraxis mit „festen Zähnen“ – das heißt festsitzenden Prothesen oder zementierten Provisorien – verlassen.

Als minimalinvasiv betrachtet man alle Operationsmethoden, die gemessen an klassischen OP-Methoden, viel weniger invasiv, also weniger „eindringend“ sind. In der klassischen Implantologie wird das entsprechende Areal in der Regel zweimal – nämlich zur Implantation und zur Freilegung – aufgeschnitten. Beim minimalinvasiven Vorgehen wird gar nicht geschnitten, wie in den Abbildungen 1 und 2 zu sehen ist. Es geht um eine maximale Schonung des Gewebes. Es kommt kaum zu Wundschmerzen, da nicht die Knochenbohrung schmerzt, sondern das Abschieben des Periostes. Der geringe chirurgische Aufwand, die damit verbundene Schmerzarmut, die Schnelligkeit der Gesamtbehandlung und die reduzierten Kosten sprechen für sich und kommen bei den Patienten natürlich sehr gut an.



1. PATIENTENFALL

Die Implantation erfolgte in regio 12 im Juni 2009. Das Röntgen-Schnittbild zeigt die korrekte Implantatposition nach Insertion (Abb. 3). Die beiden klinischen Bilder verdeutlichen den Zustand nach 5,5 Jahren Einheilzeit (Abb. 4 und 5).

Die minimalinvasive Implantationsmethode (MIMI) erzielt, wie man anhand der Bilder sehen kann, hervorragende Ergebnisse. Die Schleimhaut ist vollkommen reizlos und es entstand keine Gingivarückbildung.

2. PATIENTENFALL

Die minimalinvasiven Implantationen 43 bis 46 bei diesem Patienten erfolgten im Januar 2010 (Abb. 6 und 7). Es handelte sich um Spätimplantationen. Das Röntgen-Schnittbild zeigt eine paraneurale Implantatposition (Abb. 8). Die

1–2 Bei der minimalinvasiven Methode wird nicht geschnitten. **3** Schnittbild nach Insertion (2009) **4–5** Detailaufnahmen (2015)

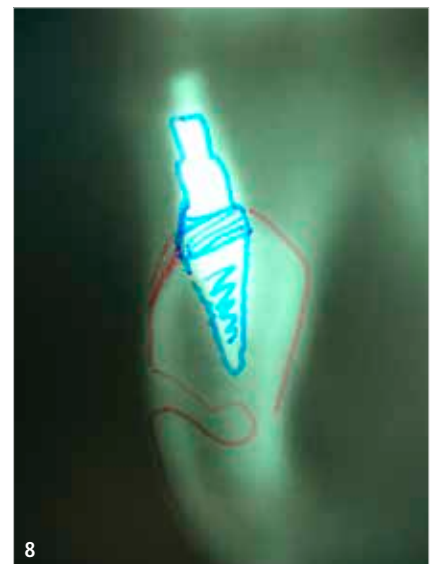
Implantate wurden im zweiten Schritt mit einem zementierten Zahnprovisorium versorgt, sodass die alte Modellgußprothese sofort entsorgt werden konnte. Der Zahnersatz wurde nach einer Woche zementiert (Frühbelastung). Die Kontrollbilder entstanden im Januar 2015 – also fünf Jahre nach der erfolgreichen Implantation, bevor eine Professionelle Zahnreinigung durchgeführt wurde (Abb. 9 bis 12).

Verblüffend bei dieser minimalinvasiven Methode der Implantation ist immer wieder die extreme Schmerzarmut nach den Insertionen. Da wir in unserer Praxis über zehn Jahre auch klassisch implantiert haben, können wir bestätigen, dass der Hauptschmerz vom Ablösen des Periostes kommt und nicht von der Knochenbohrung. Die verwendeten zierlichen Implantate erlauben zur Erreichung einer Implantatmindestlänge so eine hier gezeigte und gewollte paranervale Implantatposition.

3. PATIENTENFALL

Bei dieser Patientin wurde 2010 der verloren gegangene Teleskopzahn 33 durch drei Miniimplantate mit einem Durchmesser von 2,5 mm ersetzt (Spätimplantation) und die Matrizen in der gleichen Sitzung im Mund polymerisiert

6 Ausgangssituation (2010) 7 Implantation (2010) 8 Kontrollröntgenbild – paranervale Implantatposition 9–11 Ansicht von okklusal, lingual und lateral (2015) 12 Detailaufnahme (2015)



»

Anzeige



13



14



15



16



17



18

(Sofortbelastung). Die hier gezeigten klinischen Bilder entstanden nach fünf Jahren (Abb. 13 bis 14).

Die Detailaufnahme in Abbildung 15 zeigt eine nicht perfekte Mundhygiene bei der Patientin. Nach unseren Erfahrungen in der klassischen Implantologie (mit Stegen auf vier verblockten Implantaten im Unterkiefer) ist die Selbstreinigung dieser Kugeln aber um ein Vielfaches besser. Aufgrund der nur sekundären Implantat-Verblockung durch die Prothese, der Sofortbelastung und der Verwendung dieser grazilen Implantate inserieren wir regelmäßig eine größere Implantatanzahl als in der klassischen Implantologie.

4. PATIENTENFALL

Im März 2009 implantierten wir bei diesem Patienten in der Region 12. Wir versahen den Implantatstumpf mit einem zementierten PrepCap und einer provisorischen Krone (Sofortversorgung), die mit Flüssigkunststoff für acht Wochen am Nachbarzahn verblockt wurde.

Nach zehn Wochen zementierten wir die Keramikkrone. Die Bilder entstanden fast sechs Jahre nach der Implantation (Abb. 16 bis 18).

Der zu sehende Spalt zwischen dem PrepCap und der Krone resultiert aus der Schleimhautauflage der Krone und ist für das Implantatsystem nicht unüblich. Dabei

ist es nicht so, dass der Spalt zwischen der Krone und PrepCap größer als normal ist. Die Krone liegt dicht an. Es scheint so, als ob die Schleimhaut, die seit fast sechs Jahren entzündungsfrei ist und eine unveränderte Höhe hat, diese Einziehung als Stabilisierung nutzt.

5. PATIENTENFALL

Die Implantationen erfolgten hier im Februar 2009 (Abb. 19 bis 22). Anschließend zementierten wir zwei Zahnprovisorien, die keinerlei Okklusionskontakte aufwiesen (Sofortversorgung). Die Einzelkrone verblockten wir zusätzlich mit Zahn 13. Die prothetischen Versorgungen wurden nach 2,5 Monaten zementiert



19



20



21



22



23



24



25

(Spätbelastung). Die Kontrollbilder entstanden sechs Jahre später im Januar 2015 (Abb. 23 bis 26). Wir sahen diesen Patienten das erste Mal nach der ZE-Eingliederung wieder.

Wenn keine statische Überlastung der Implantate erfolgt (richtige Implantatanzahl), gibt es bei Einteilern keinen Knochenabbau, da es keine Saug- oder Pumpeffekte gibt. Auch Schraubenlockerungen und -brüche entfallen konstruktionsbedingt. Trotz mangelnder Mundhygiene dieses Patienten ist die Schleimhautsituation perfekt.

NACHTEILE UND VORTEILE

Zusammenfassend lassen sich folgende Nachteile und Vorteile der minimalinvasiven Implantation nennen:

NACHTEILE

- Der Patient ist bei der Osseointegration involviert.
- Wir brauchen mehr Implantate, um die Sofortversorgung/-belastung zu garantieren.

VORTEILE

- schnelle Versorgung
- meist minimalinvasives Vorgehen
- Sofortversorgung, Sofortbelastung, Sofortimplantation
- bei einteiligen Implantaten gibt es keine Periimplantitiden
- bis zu 50 Prozent preiswerter im Vergleich zur klassischen Implantologie

FAZIT

Es besteht eine extrem verbesserte Patientencompliance, da die Behandlung schmerzarm, schnell und bezahlbar ist. Ein einmal osseointegriertes einteiliges Implantat hält länger als ein zweiteiliges, da es keine Schrauben- und Konusbrüche, Schraubenlockerungen oder Pump- und Saugeffekte gibt.

Über 5.000 inserierte Einteiler sind kein Zufall, sondern implantologische Realität. Die konsequente Umsetzung unseres Konzeptes „Feste Zähne an einem Tag“ bewirkt, dass sich die Wartezimmer der Mitbewerber leeren. *DB*



13–14 Kugelköpfe okklusal und lateral (nach fünf Jahren) 15 Detailaufnahme (nach fünf Jahren) 16 OPG-Ausschnitt (nach fast sechs Jahren) 17 Ansicht von frontal (nach fast sechs Jahren) 18 Detailaufnahme (nach fast sechs Jahren) 19 UK zu Beginn der Implantation (2009) 20 UK nach Beendigung der Implantation (2009) 21 OK zu Beginn der Implantation (2009) 22 OK nach Beendigung der Implantation (2009) 23 UK Röntgenkontrolle (2015) 24 UK Detailaufnahme, lateral (2015) 25 OK Kontrollbild 14, lateral (2015) 26 OK Detailaufnahme, lateral (2015)

DS Frank Schrader

› www.implantologisches-zentrum-zerbst.de

kostenloses Forum:

› teethinaday.xobor.de

Anzeige

1/2 QUER SHOFU