

Ästhetische Einzelzahnrestauration bei einer Angstpatientin

Die 60-jährige Patientin stellte sich in der Praxis vor mit dem Wunsch einer schonenden und minimalinvasiven konservierend und prothetischen Versorgung. Sie gab an, schon bei vielen Kollegen und Kolleginnen gewesen zu sein, jedoch wurden die Behandlungen wegen der stark ausgeprägten Zahnarztphobie meist abgebrochen.

DR. MARCEL A. WAINWRIGHT/GELSENKIRCHEN

Nachdem bei meiner Frau und Kollegin eine konservierende Behandlung in Hypnose erfolgte und die Patientin den Wunsch nach einer Schließung der Einzelzahnücke 24 wünschte, entschloss sie sich für ein Einzelzahnimplantat Regio 24. Eine Alternativbehandlung mit einer Brückenprothetik lehnte die Patientin auf Grund der minimalen Kostendifferenz ab.

Nach eingehender Untersuchung und Planung wurde die Versorgung der Lücke 24 mithilfe eines Einzelzahnimplantates geplant. Bei dem Q-Implantat® (TRINON) handelt es sich um ein einteiliges Schraubenimplantat mit der Möglichkeit der Sofortversorgung. Die Lücke Regio 26 sollte zu einem späteren Zeitpunkt geschlossen werden, die Pa-

tientin legte wegen der ästhetischen Relevanz zunächst Wert auf eine Versorgung lediglich der Zahnücke 24. Auf Grund der erhöhten Behandlungsangst der Patientin und der sehr günstigen Knochendimension und Weichteilsituation wurde Mitte September 2004 eine inzisionsfreie Implantation durchgeführt. Dazu wurde die Schleimhaut nach Infiltrationsanästhesie an prothetisch korrekter Stelle mittels der systemeigenen Stanze für das chirurgische Winkelstück entfernt. Nach Aufbereitung des Implantatbettes (Rosenbohrer, zwei Spiralbohrer und Formbohrer) und Kontrolle des Implantatbettes mittels Parallellin wurde das Implantat 4,5 x 12 mm erst per Hand mit der sterilen Einbringhilfe etwa bis zu einem Drittel der Länge und nachfolgend per Ratsche inse-



Abb. 1: Regio 24 post extractionem (Spiegelbild). – Abb. 2: Mit Schleimhautstanze eröffneter Implantatsitus. – Abb. 3: Überprüfen der Implantationsachse (Spiegelbild).



Abb. 4: Q-Implantat mit Einbringhilfe. – Abb. 5: Röntgenkontrolle des Q-Implantates. – Abb. 6: Frasaco-Kappe mit PMMA-Kunststoff beschickt und über das Implantat positioniert (spiegelverkehrt).



Abb. 7: Ausgearbeitetes Provisorium aus der Okklusion geschliffen. – Abb. 8: Eingeweiltes Implantat. – Abb. 9: Ästhetische Einzelzahnversorgung und gute Weichteilsituation mit Papillenerhalt.

riert. Dabei wurde darauf geachtet, dass die raue Implantatoberfläche gänzlich subkrestal liegt. Auffallend bei der Insertion war bei diesem Implantat der hohe Eindrehwiderstand und die sehr hohe Primärstabilität, die auch im Oberkieferseitenzahnbereich Werte über 40 Ncm erreichen kann. Durch die manuelle Implantatinsertion ist ein Überhitzen oder die Ausbildung von Drucknekrosen minimiert, da die Implantate manuell nur sehr langsam eingedreht werden können. Es handelt sich bei dem Implantatkonzept um das der Sofortversorgung. Dabei werden die provisorischen Kronen komplett außer Kontakt geschliffen, sodass bei allen Bewegungen keine Kräfte auf das Implantat wirken können. Die Sofortbelastung sollte vornehmlich den verblockten Implantaten vorbehalten sein. Dieses Konzept wird in unserer Praxis ausnahmslos in den Fällen angewandt, in denen optimale Hart- und Weichgewebssituationen vorliegen und in denen keine Augmentation notwendig ist. Nach Röntgenkontrolle erfolgte die Provisoriengestaltung. Dazu wurde zunächst der prothetische Teil des Implantates mit einem Diamanten und ausreichender Wasserkühlung präpariert. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die Präparationsgrenze leicht subgingival zu liegen kam und die okklusale Höhe ausreichend reduziert wurde. Mithilfe einer Frasco-Kappe® und eines Methylacrylat-Kunststoffes (Trim®, Firma Bosworth) wurde sofort ein Provisorium hergestellt. Wichtig ist es darauf zu achten, dass dieses absolut aus der Okklusion geschliffen wird und auch bei lateralen Exkursionsbewegungen keine Kontakte vorhanden sind. Im Anschluss wurde das Provisorium mit Temp-Bond® (Firma Kerr) provisorisch zementiert. Die Patientin wurde angewiesen, eine vorsichtige Zahnpflege im Implantatbereich durchzuführen und eine Belastung des Implantates während der Einheilzeit dringend zu vermeiden.

Am ersten postoperativen Tag erschien die Patientin zur Wundkontrolle in der Praxis. Sie gab an keine Schmerzen gehabt zu haben und eine Schwellung wies die Patientin ebenfalls nicht auf. Der unkomplizierte postoperative Verlauf ist mit Sicherheit zu einem Großteil der inzisionsfreien Implantation zuzuschreiben. Die Gingiva erschien klinisch reizlos und zeigte jetzt schon ein gutes Emergenzprofil durch das eingesetzte Provisorium. Nach einer Einheilzeit von etwa drei Monaten wurde Anfang Januar 2005 eine Silikon-Abformung durchgeführt (Impregum®, Firma ESPE) und eine konventionelle metallkeramische Krone im Labor hergestellt und eine Woche später mit Ketac-Cem® definitiv zementiert. Seitdem ist die Patientin hochzufrieden und mit nur einem chirurgischen Eingriff ästhetisch implantologisch versorgt.

Schlussfolgerung

Bei optimalen anatomischen Voraussetzungen (Hart- und Weichgewebssituation) kann auch bei ängstlichen Patienten eine Implantatversorgung möglich und sinnvoll sein, wenn man die Möglichkeit der minimalinvasiven Chirurgie in Anspruch nehmen kann. Durch die Stanztechnik ist ein schnelles und atraumatisches Implantieren möglich und der Patient hat durch das Implantatdesign die Möglichkeit der Sofort-Versorgung (Nichtbelastung!) einer Einzelzahnücke. Zusätzlich ist durch den, im Verhältnis zu vielen anderen Systemen, niedrigen Preis gerade auch im sozial indizierten Fall eine echte Alternative zur Brückenprothetik möglich. Selbstverständlich unterliegt die lappenfreie Implantation einer streng limitierten Indikationsstellung und sollte eine gewissenhafte Anamnese, Planung und Befunderhebung zur Grundlage haben.

Korrespondenzadresse:

Dr. Marcel A. Wainwright

Marktstraße 9, 45891 Gelsenkirchen

Tel.: 02 09/7 37 12

E-Mail: Weinrecht@aol.com

Titan Knochenfilter KF T3



Der **Titan Knochenfilter KF-T3** gewinnt anfallende autologe Knochenspäne. Hierzu wird der KF-T3 direkt auf den Absaugeschlauch gesteckt. Die neuen Metallfolien-Siebe gewährleisten mit der großen wabenförmigen Filterfläche ein unterbrechungsfreies Absaugen der Späne während der Behandlung. So einfach ist das Sammeln von Knochenspänen für augmentative Maßnahmen.

„**Knochenarbeit
leichtgemacht**“

Knochenmühle KM 3



Die **kompakte Knochenmühle KM-3** erlaubt ein gezieltes Zerkleinern und Aufbereiten autologer Knochenstücke. Durch die neuartig gezahnte Schneidwalze werden körnige Knochenspäne von autologem kortikalem Knochenmaterial erzeugt. Diese lassen sich besser applizieren und bieten damit eine stabilere Basis für die Knochenneubildung. Eine schneidende Zerkleinerung des Knochens ist zudem schonender und erhält die Struktur des Knochenmaterials.

Infos unter :

Schlumbohm OHG

Klein Floyen 8

D-24616 Brokstedt

Tel.: 04324-89 29-0

Fax.: 04324-89 29-29

www.Schlumbohm.de

email: post@schlumbohm.de