

Einfachste Zusammenarbeit zwischen Hauszahnarzt und Implantologen

Der nachfolgend geschilderte Patientenfall zeigt die Insertion und Sofortbelastung von acht einteiligen Implantaten und die einfache prothetische Versorgung mit zwei Zirkondioxidblöcken.

Text: Implantologe Frank Schrader

Die 56-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch einer implantologischen Unterkieferversorgung in unserer Praxis vor. Die Abb. 1 zeigt die Ausgangssituation und die Planung der einteiligen Championsimplantate.

Die Patientin war mit einer Modellgussprothese und einer Geschiebekonstruktion am Zahn 33 versorgt. In der Region 35 planten wir nach der Extraktion die sofortige Implantation.

Implantation (08.03.2010)

Wir begannen mit der Implantation im rechten Unterkiefer. Unter Zuhilfenahme der Röntgenschablone markierten wir die geplanten Implantatpositionen (Abb. 2).

Unter Verwendung von unterdimensionierten Vorbohrern wurden die Implantatkavitäten bis zur endgültigen Insertionstiefe der Implantate aufbereitet. Auf Grund der konischen Form der verwendeten Implantate (Abb. 3) wird in aller Regel eine Primärstabilität durch schonendes Bonespreading erreicht.

Die Abb. 4 veranschaulicht die fertige Insertion der Implantate im rechten Unterkiefer. Danach begannen wir mit den Vorbereitungen für die Implantation im Unterkiefer links. Die Ausgangssituation (Abb. 5) dort erforderte folgendes Vorgehen:

1. Extraktion des Zahnes 35
2. Beseitigung der Geschiebekonstruktion distal des Zahnes 33 (Abb. 6)

Nachfolgend inserierten wir die vier geplanten Championsimplantate in dieser Region (Abb. 7). Für die Sofortbelastung ist ein Drehmoment von mindestens

40 Ncm erforderlich. Sollte nach korrekter Positionierung des Implantates das Drehmoment nicht erreicht werden, wird explantiert und ein Championsimplantat des nächstgrößeren Durchmessers inseriert.

Im abgeheilten Kieferknochen ist die Implantation eines Implantates mit dem Durchmesser 3,5 mm in aller Regel ausreichend. Dagegen ist bei Sofortimplantationen oft das Inserieren von größeren Durchmessern notwendig.

Für die Wundabdeckung, einen eventuellen Divergenzausgleich oder/und die Verbesserung der ästhetischen Erfordernisse bietet dieses Implantatsystem die Möglichkeit der Aufzementierung von so genannten Prep-Caps. Diese Prep-Caps gibt es in Zirkondioxid, Titan und WIN in verschiedenen Formen.

Die Abb. 8 zeigt das aufzementierte Prep-Cap an 35 und die Präparation. Der damit erfolgte Wundverschluss ist ausreichend. Eine zusätzliche Wundversorgung oder Knochenersatzmaterialien sind nicht notwendig.

Sowohl das angefertigte Kontroll-OPG als auch das Schnittbild im Bereich 35 (Abb. 9) bestätigten den korrekten Sitz der Implantate.

Die Abformung erfolgte mit einem konventionellen Löffel und Impregum (Abb. 10).

Das weitere Vorgehen bestand in der Anfertigung zementierbarer Provisorien (Abb. 11).

Prothetische Versorgung (16.3.2010)

Die nun folgende prothetische Versorgung ist vom Handling so einfach, dass



DS Frank Schrader

sie problemlos von jedem Hauszahnarzt durchgeführt werden kann. Im Labor werden nach dem Einstecken der Modellanalogue die Abdrücke ausgegossen und die Zirkondioxidblöcke angefertigt.

Acht Tage nach Implantation wurden beide Zirkondioxidblöcke einzementiert (Abb. 12,13,14). Das Abschlussröntgenbild (Abb. 15) veranschaulicht die fertige Konstruktion und einen Zementrest im Unterkiefer rechts, der abschließend entfernt wurde.

Fazit

Die von uns verwendeten einteiligen Championsimplantate eignen sich hervorragend sowohl für Sofortimplantationen und Sofortbelastungen als auch für eine einfache Zusammenarbeit mit dem überweisenden Hauszahnarzt.

Implantologe Frank Schrader

Albertstraße 33

D-39261 Zerbst/Anhalt

Tel.: +49(0)39 23/2097

www.zahnarzt-zerbst.de

www.implantologisches-zentrum-zerbst.de

