

Stellungnahme des Autors zum Beitrag Sofortversorgung und Implantation an Stelle des Zahns 24

In der letzten Ausgabe des Dental Barometer (1/2012/S.30) erläuterte der Zahnarzt und Implantologe Frank Schrader die Versorgung des Zahns 24 mit einem Implantat. Hierzu gab es fachliche Kritik von einigen Kollegen. Der Autor des Beitrags möchte deshalb seine Vorgehensweise bei der Behandlung der Patientin nochmals näher erläutern und geht in seiner Stellungnahme gezielt auf die Kritikpunkte ein.

1. Nicht versorgte Amalgamfüllungen vs. Implantate

Das Vorgehen in einer Überweisungspraxis geschieht nach folgenden Grundsätzen:

1. Der Patient bringt von seinem Hauszahnarzt (Überweiser) eine klare Vorgabe mit (Überweisung), was wir am Patienten für den Überweisungszahnarzt umsetzen sollen.

2. Genau das machen wir. Nicht weniger, aber auch nicht mehr. Selbst die höchst-richterliche Rechtssprechung hat bestätigt, dass der 2. Behandler auf den Erst- behandler vertrauen kann und nicht die komplette Mundsituation neu beurteilen muss.

Sogar wenn dadurch Probleme in der Gesamtbehandlung der Kiefer entstehen ist nicht der 2. Behandler schuld, sondern der den Auftrag ausstellende Erst- behandler, der für die Gesamtplanung verantwortlich ist.

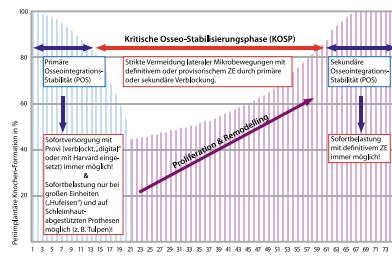
2. Späne in der offenen Wunde – Infektionsgefahr

Knochen und Zahnfleisch „lieben“ Titan und Keramik. In hunderten von Fällen, allein in unserer Praxis, kam es in keinem Fall zu Entzündungen oder anderen Problemen. Mir ist die Problematik der Angst beim erstmaligen Anblick solcher Bilder sehr bewusst, weiß ich doch noch genau, wie es mir vor wenigen Jahren ging. Das Schwierigste ist immer, das Altvertraute (klassische Implantologie-Verfahren - KIV) zu hinterfragen und dem Neuen (Minimal-invasive Methode der Implantologie – MIMI) eine Chance zu geben.

3. Kunststoffverblockung – warum?

Dazu bedarf es einiger vorangehenden Erläuterungen:

Die nachfolgende Abb. 1 zeigt die „Bibel“ des Osseointegrationsfortschrittes von der Insertion bis zur erfolgreichen Osseointegration nach 8 Wochen. An über 5000 Implantaten wurden Periotestwerte ermittelt, die als Kurve dargestellt wurden.



Danach unterscheiden wir 3 Phasen:

Phase 1: 1 – 2 Wochen

Phase der Primärstabilität nach Implantat-Insertion. Hier sind Belastungen und ZE-Versorgungen möglich.

Phase 2: 3 – 8 Wochen

Kritische-Osseo-Stabilisierungs-Phase (KOSP). Hier laufen die Proliferations- und Remodellingprozesse des Knochens ab; man muss von einer ZE-Versorgung absehen und auf alle Veränderungen / Eingriffe im OP-Gebiet verzichten.

Phase 3: ab 9. Woche

Die Osseointegration ist abgeschlossen und der definitive Zahnersatz, so er nicht in der 1. Phase eingegliedert worden ist, kann angefertigt werden.

Entsprechend dieser, vom Körper und Knochen vorgegebenen Umstände der Implantateinheilung, haben wir die nachfolgenden Klassifikationen für einteilige Implantate neu definiert:

Einteilung des Implantatprotokolls für einteilige Implantate

Sofortimplantation

Sofortige Implantation nach Explantation

Frühimplantation

Implantation innerhalb von 2 Wochen nach Explantation

Spätimplantation

Implantation in den abgeheilten Kiefer

Sofortbelastung

Sofortige funktionelle Belastung nach Implantation, spätestens nach 48 Stunden

Sofortversorgung

Sofortige nicht-funktionelle Versorgung mit festsitzenden Provisorien

Frühbelastung

Prothetische Versorgung mit definitivem Zahnersatz innerhalb von 2 Wochen

Spätbelastung

Prothetische Versorgung 8 Wochen nach Implantation

Wie schaut das nun bei Sofortimplantationen aus?

Während wir Kugelkopimplantate immer, auch bei Sofortimplantationen, sofort mit Prothesen belasten, warten wir bei der Verwendung von Vierkantimplantaten zur Versorgung mit Kronen oder

Brücken die Wundheilung ab. Da niemand die Wundheilung (Knochen- und Gingiva-Höhe, -Breite, -Kontur u.ä.) vorausberechnen kann, ist das Abwarten der Wundheilung zwingend notwendig. Wir reden hier von Sofortimplantationen und Spätbelastungen. Welche Gefahren lauern auf unsere Implantate in der kritischen Osseo-Stabilisierungs-Phase?

In der 4. Woche nach Implantation geht der Halt auf statistische 43 Prozent runter. Ein Implantat, dass wir mit 60 Ncm inseriert haben, könnten wir mit ca. 25! Ncm wieder herausdrehen.

In dieser Phase der Osseointegration verspürt der Patient keinerlei Schmerzen mehr. Die Gefahren der Implantatüberbelastung und -lockerung sind sehr groß und können durch Erfahrungen bestätigt werden. In dieser Situation ist die Verblockung ein sehr geeignetes Mittel zur Stabilisierung. Dies geschieht durch:

- a) Verblockung der Implantate untereinander
- b) Verblockung mit eigenen Zähnen (Abb. 2-7)

Während bei einer größeren Anzahl von Implantaten, die interimplantäre Verblockung ausreicht, ist die „Anbindung“ eines einzelnen Implantates an die Nachbarzähne in aller Regel ein absolutes Muss, um eine ungestörte Osseointegration zu gewährleisten. Die Verblockung an den eigenen Zähnen mit Kunststoff ist für den Patienten mit keinerlei Nachteilen verbun-

den und allemal besser als das Tragen einer Interims-Immediatprothese während einer 3 bis 12 monatigen Behandlungszeit mit zweiteiligen Implantaten.

Dies sind natürlich nur die groben Aspekte der „Andersartigkeit“ von einteiligen Implantaten. Weitere Informationen gibt es in dem Buch zum Thema und Leseprobe unter: www.feste-zähne-an-1-tag.de bzw. bei unseren ZE- und Chirurgiekursen für Interessierte unter: www.implantologisches-zentrum-zerbst.de

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich gerne direkt an den Verfasser des Beitrags Frank Schrader info@zahnarzt-zerbst.de oder an die Barometer Verlagsgesellschaft mbH info@dental-barometer.de wenden.



4 Zementiertes Zirkon-„Prep-Cap“ (Stumpfpräparation)



5 RG 23 – Verblocktes Provisorium nach 8 Wochen



63 – Extradktion und palatinale Neubohrung



6 Klinische Situation nach 8 Wochen



73 – Sofortimplantation



7 Makroaufnahme

Anzeige

riva self cure HV

hochviskoser, selbsthärtender, den Zahn remineralisierender Glasionomer Füllungszement

- Einfaches Ausformen und Konturieren – klebt nicht
- Chemische Haftung am Zahn
- Enthält kein BPA & HEMA
- Exzellent für die minimal invasive Zahnheilkunde
- Keine Schrumpfung

riva light cure HV

hochviskoser, lichthärtender, kunststoffverstärkter Glasionomer Füllungszement

- Einfach zu verarbeiten und modellieren
- Chemische Haftung am Zahn
- Flexible Bearbeitungszeit
- Enthält kein BPA
- Lichtundurchlässige, orangefarbene Spitze verhindert zu frühe Aushärtung

Hochviskoser Glasionomer

Your Smile. Our Vision.
www.sdi.com.au
www.polawhite.com.au

SDI Germany GmbH
 Telefon: 0800 100 57 59
 fax: 02234 933 46 46
 email: Germany@sdi.com.au

THE DENTAL ADVISOR
 +++++
 Riva Light Cure: THE DENTAL ADVISOR Vol 28, No. 9, Nov 2011