

Implantatprothetik unter erschwerten Bedingungen

Ein Fallbericht über eine Sofortimplantation im ästhetisch relevanten Frontzahnbereich nach vorausgegangener mehrfacher Wurzelspitzenresektion sowie einem Polytrauma mit Frontzahntrauma von Dr. Rüdiger Mintert.

Im nachfolgenden Fall berichten wir über eine Patientin, die im Mai 2007 ein Polytrauma bei einem Motorradunfall erlitten hatte. Bereits in früheren Sitzungen ist mit der Patientin, die als Angstpatientin Therapien sehr unzugänglich ist, mehrfach über die insuffizienten Kronenränder in der Ober-

kieferfront diskutiert worden (Abb. 1, ZF vom Juni 2005), aufgrund der unklaren Situation der bereits jeweils zweifach resezierten Zähne 11 und 22 und einer relativen Beschwerdefreiheit hat die Patientin von einer Neuversorgung immer wieder abgesehen. Die Patientin erlitt im Mai 2007 bei einem Motorrad-

unfall ein Polytrauma. Der getragene Halbschalenhelm schützte den Kopf weitgehend, die Zähne 11-22 frakturierten jedoch (Abb. 2). Während der zweimonatigen Intensivpflege und anschließender Verlagerung in den allgemeinen stationären Bereich, wurde der Patientin zunächst eine Interimsprothese im Juni 2007 (Abb. 3) zum Ersatz der frakturierten Kronen 21, 22 eingegliedert; die Patientin äußerte bereits zu diesem Zeitpunkt den Wunsch nach einer Implantatversorgung zum Ersatz dieser Zähne. Daher wurden die endodontisch versorgten Zähne auf das Niveau der Gingiva gekürzt und unter dem Provisorium belassen; das sollte insbesondere den Erhalt der vestibulären Knochenlamelle bei der geplanten Sofortimplantation sichern.

Im Februar 2008 war die Patientin soweit allgemeinmedizinisch rehabilitiert, dass eine weitergehende zahnmedizinische Versorgung erfolgen konnte. Beabsichtigt wurde die Extraktion der Zähne 11 und 22, die Sofortversorgung der Alveolen mittels Dentegris Implantaten und einer anschließenden Einzelzahnversorgung mit Kronen von 11 bis 22. Die Behandlung musste in ITN durchgeführt werden, eine der Behandlung in Lokalanästhesie war bei der Patientin nicht durchzusetzen.

Eine Herausforderung für eine ästhetische Versorgung stellten die starken Narbenzüge im Operationsgebiet infolge mehrerer Wurzelspitzenresektionen an den Zähnen 11 und 22 dar. Die Narbenzüge verliefen horizontal und vertikal und reichten über die Mittellinie (Abb. 4 und 5).

Der Eingriff erfolgte im April 2008, dabei wurden die Zähne 11 und 22 atraumatisch entfernt und die Alveolen mittels zweier Dentegris Tapered Implantate, Durchmesser 4,75 und 3,75 mm jeweils in Länge 13 mm, sofort versorgt. Es wurde darauf ge-

achtet, dass die Aufklappung nur minimal erfolgte, um so möglichst viel Periost am Alveolarkamm zu belassen. Das Gebiet wurde mit Bio-Oss® augmentiert, ein Bindegewebstransplantat unterlegt und mit einer Bio-Guide® Membran versorgt (Abb. 6 und 7). Es schloss sich eine viermonatige Einheilungsphase an, in der die Patientin weiterhin mit dem herausnehmbaren Provisorium versorgt blieb (Abb. 9).

Die Freilegung und Konturierung der Papillen erfolgte mit Rolllappen (Abb. 10), die herausnehmbare provisorische Versorgung wurde auch jetzt weiterverwendet. Die periimplantäre Schleimhautsituation war zunächst ausgezeichnet (Abb. 12 und 13). Trotz der Narbenzüge zeigte sich das Gewebe stabil und entzündungsfrei. Nach der Nahtentfernung wurde eine provisorische Versorgung mittels der vorgesehenen Titanaufbauten des Implantatsystems in der Praxis angefertigt.

Es zeigte sich aber schon nach einigen Tagen, dass die In-Office hergestellte prothetische Versorgung eine Dehiszenz des periimplantären Gewebes erzeugte. Erst nach Eingliederung eines laborgefertigten Provisoriums und einer weiteren zweiwöchigen Wartezeit konnte die Schleimhautsituation wieder stabilisiert werden (Abb. 14 und 15). Die Abdrucknahme erfolgte mittels Impregum, die abschließende Versorgung wurde in Zirkonoxid angefertigt, mithilfe des 3Shape Scanners und spezieller Software für Abutments (Abb. 16).

Die in Wachs modellierten Aufbauten wurden gescannt und auf die Titanplattformen adaptiert, in Zirkon umgesetzt und auf den Plattformen verklebt. Die so erhaltenen Zirkonaufbauten wurden erneut gescannt und die Gerüste digital designt und gefräst.

Die Köppchen wurden klassisch verblendet. Ein farblicher Unterschied zwischen



Abb. 11



Abb. 12



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

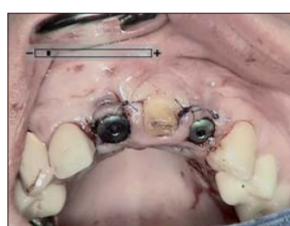


Abb. 10



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 17

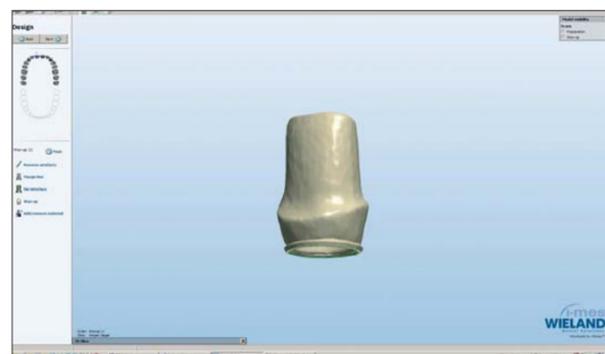


Abb. 16

den Implantatkronen 11, 22 und der stumpfgetragenen Krone 21 ist nicht festzustellen. Die Arbeit konnte im August 2008 eingesetzt werden. Die Gingiva hat sich in kürzester Zeit an die Zirkonversorgung adaptiert und regenerierte sich schnell auf das von Anfang der Behandlung gewünschte Maß.

Abschließend ist zu bemerken, dass sich das laborgefertigte mit Gingivaformern versehene Provisorium die Retraktion der Gingiva aufgehalten hat und so die rote

Ästhetik in dieser ohnehin schwierigen Situation verbessert wurde. Abbildung 17 zeigt die Situation im Mai 2010. □

PN Adresse

Dr. Rüdiger Mintert
Master of Oral Medicine in
Implantology
Zahnärztliche Praxisklinik Herne
Heidstraße 126, 44649 Herne
Tel.: 0 23 25/719 45
E-Mail: dr.mintert@t-online.de
www.zpk-herne.de