

Sofortimplantat in der ästhetischen Zone mit freiem Bindegewebestransplantat

Der junge Patient (28 Jahre, allgemeine Anamnese unauffällig) wurde uns zur Implantation überwiesen. Die Herausforderung bestand in der initial für eine Sofortimplantation nicht adäquaten parodontalen Situation als Folge der fortgeschrittenen Resorption. Nach atraumatischer Zahnerhaltung konnte das PrimeTaper Implantat bei guter Primärstabilität optimal positioniert werden. Eine Sofortversorgung wurde aufgrund eines kieferorthopädischen Problems im Bereich des Antagonisten nicht durchgeführt. Das periimplantäre Weichgewebe wurde durch ein individualisiertes Healing Abutment unterstützt. Dabei wurde darauf geachtet, der Regeneration der periimplantären Gewebe ausreichend Platz zu bieten. So konnte die gingivale Kontur des Zahnes weitgehend für die Implantatkrone erhalten und letztendlich ein ästhetisch zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden.



Dr. Stefan Wuketich
Zahnarztpraxis Dr. Wuketich / Praxis für Zahnerhaltung DDr. Klimscha, Wien, Österreich



ZTM Stefan Roozen
Pils Zahntechnik, Bruck a.d. Glocknerstraße, Österreich



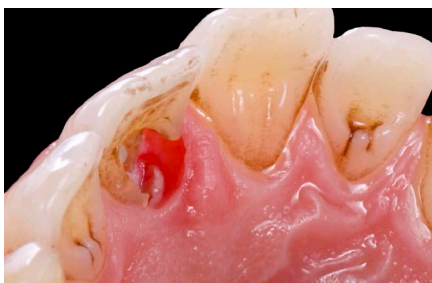
1. Situation vor Behandlungsbeginn: Aufgrund der hohen Lachlinie ist die vollständige Erhaltung der Weichgewebe ein vorrangiges Behandlungsziel.



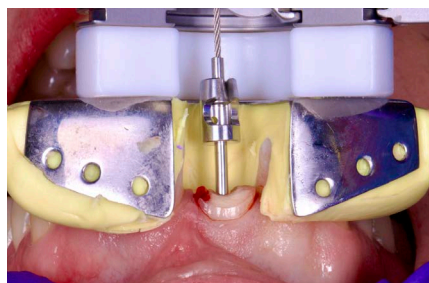
2. Die präoperative Röntgenaufnahme zeigt eine nicht behandelbare Resorption des rechten mittleren Schneidezahnes.



3. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung waren im Bereich der nach mesiopalatinal perforierten resorptiven Läsion bereits klinische Entzündungszeichen mit Pusaustritt vorhanden.



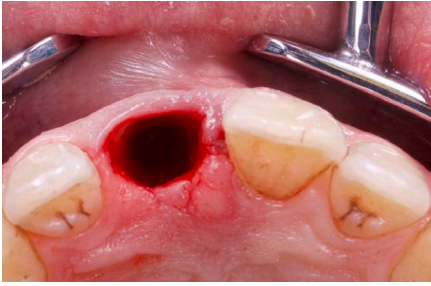
4. Die teilweise Entfernung des resorptiven Gewebes und eine antiinflammatorische medikamentöse Einlage führten zur Entzündungsfreiheit des marginalen Parodonts.



5. Atraumatische Extraktion durch rein axiale Zugkraft.



6. Entfernung der Wurzel in toto bei geringstmöglichem Trauma der parodontalen Gewebe.



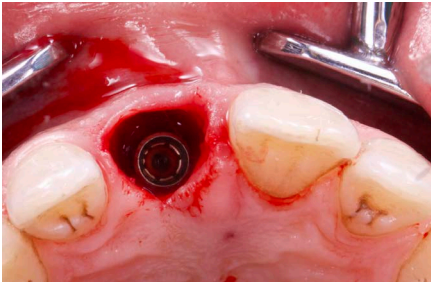
7. Unmittelbar post extractionem zeigen sich ideale Verhältnisse für die Sofortimplantation.



8. Nach der Osteotomie gemäß dem für Extraktionsalveolen empfohlenen Bohrprotokoll wurde die palatinale Kortikalis präpariert, um eine Insertion des Implantats unter Kontakt zur palatinalen Alveolenwand zu ermöglichen.



9. Insertion eines PrimeTaper 4,2 x 15 mm Implantats mit guter Primärstabilität.



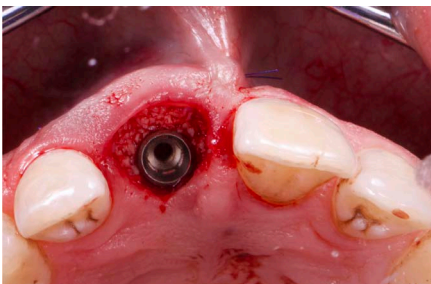
10. Die palatinale Implantatposition und ausreichende Insertionstiefe ermöglichen eine optimale Regeneration der periimplantären Hart- und Weichgewebe sowie die spätere Versorgung mit einer verschraubten Implantatkrone.



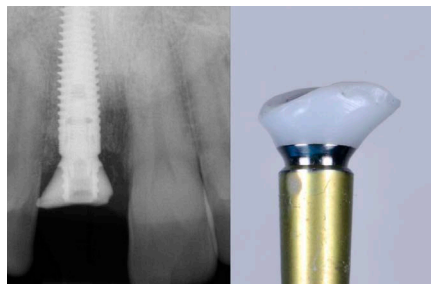
11. Zur Stabilisierung der fazialen Weichgewebe wurde ein subepitheliales freies Bindegewebstransplantat vom Gaumen tunnelierend eingebracht.



12. Situation nach Weichgewebsaugmentation, Positionierungsnahte.



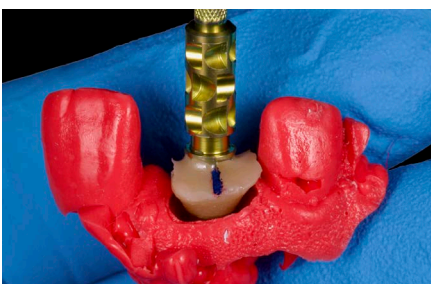
13. Periimplantäre Defektauffüllung mit xenogenem Knochenersatzmaterial.



14. Verschluss der Alveole und Unterstützung der Weichgewebe durch ein individualisiertes Healing Abutment. Leicht konkaves Emergenzprofil, Kontakt zur Gingiva nur im Bereich des ersten marginalen Millimeters ("sealing zone").



15. Individualisiertes Healing Abutment in situ. Vestibulär wird das Abutment gering unterkonturiert, um keinen Druck auf die Gingiva / das Transplantat zu erzeugen.



16. Herstellung eines individualisierten Abformpfostens. Dieser erlaubt die exakte Übertragung des intraoral ausgeformten Emergenzprofils in die Abformung.



17. Nach 5 Monaten konnte die Behandlung abgeschlossen werden. Die vestibuläre Kontur wurde vollständig erhalten.



18. Das Endergebnis unmittelbar nach dem Einsetzen der Krone (individualisiertes Zirkonabutment auf Titan-Klebebasis).