

Sofortimplantat in der ästhetischen Zone mit freiem Bindegewebstransplantat

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 Zahnentfernung 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 Implantatkronen erhalten und letztendlich ein ästhetisch zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden.



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



ZTM Stefan Rozen
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 Schneidezahns.



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



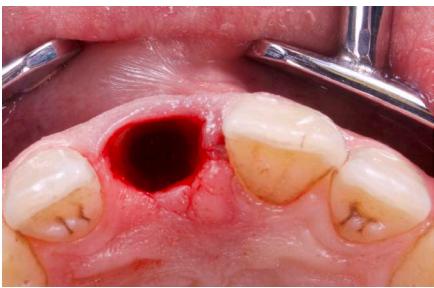
4. Die teilweise Entfernung des resorptiven
Gewebes und eine antiinflammatorische
medikamentöse Einlage führten zur
Entzündungsfreiheit des marginalen
Parodonts.



5. Atraumatische Extraktion durch rein
axiale Zugkraft.



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



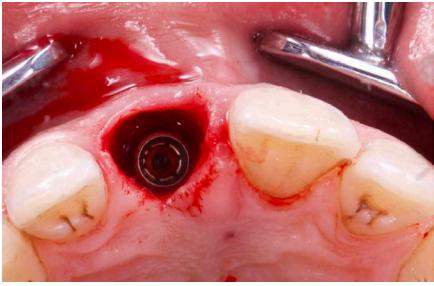
7. Unmittelbar post extractionem zeigen sich ideale Verhältnisse für die Sofortimplantation.



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, Positionierungs nähte.



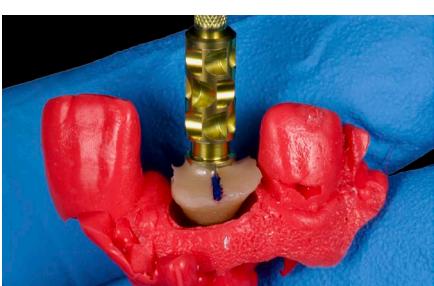
13. Periimplantäre Defektauffüllung mit xenogenem Knochenersatzmaterial.



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. Vestibular 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-Klebefläche).

Dieser Fallbericht dient als Anregung für Sie als Zahnarzt und stellt nicht zwangsläufig eine Empfehlung von Dentsply Sirona dar.