

Full-Arch Restauration auf DS PrimeTaper-Implantaten

Eine 65-jährige Patientin wurde in unserem Ambulatorium in Krems an der Donau mit dem Wunsch einer funktionalen und ästhetischen Rehabilitation des Oberkiefers vorgestellt.

Nach vorab erfolgten analogen Abformungen und intraoralen Scans mit Primescan – sowie der Herstellung einer konventionellen Oberkiefertotalprothese für die spätere Sofortversorgung – wurden die nicht erhaltungswürdige Restbezahnung schonend entfernt.

Im Anschluss wurden sechs Implantate jeweils in den Regionen der 2^{er}, 4^{er} und 6^{er} primärstabil (40 Ncm) eingebracht. Danach wurden MultiBase-Abutments eingegliedert, knöcherne Defekte rund um die Implantate augmentiert und das Weichgewebe primär verschlossen. Anschließend erfolgte sowohl eine analoge als auch eine digitale Abformung.

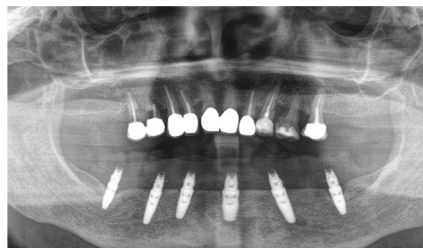
Aus der vorab angefertigte Oberkiefertotalprothese wurde mit provisorischen Zylindern ein Provisorium erstellt und für zehn Wochen eingegliedert. Bereits während dieser Phase der Implantat-Osseo-integration wurde mit der Herstellung individueller Abutments und einer vollkeramischen, festsitzenden Versorgung von Regio 16 bis Regio 26 begonnen. Die fertige zahntechnische Arbeit wurde nach einer Ästhetikanprobe zwölf Wochen nach Implantation definitiv eingegliedert und anschließend mehrfach auf Funktion und Hygienefähigkeit kontrolliert.



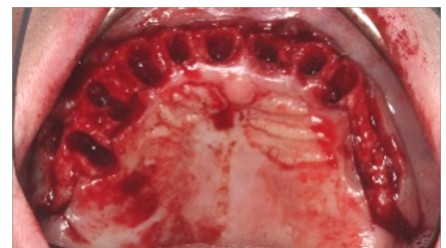
Ass.-Prof. OA Dr. med. dent. Johannes Müller,
stv. Primar
Danube Private University
Steiner Landstraße 124
3500 Krems an der Donau, AT



1. Die Ausgangssituation bei Erstvorstellung: kariöse Läsionen, Hartsubstanzdefekte und insuffiziente prothetische Versorgung. Die Patientin ist weder mit Funktion noch mit Ästhetik zufrieden.



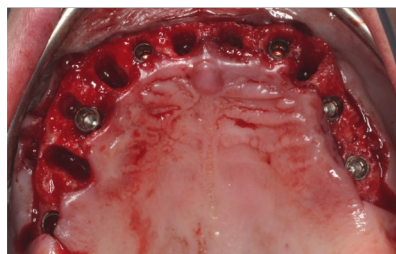
2. Das digitale Orthopantomogramm bestätigt die klinische Einschätzung einer nicht erhaltungswürdigen Restbezahnung.



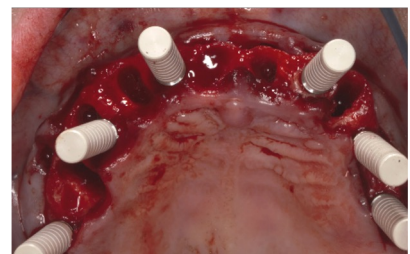
3. Nach lokaler Anästhesie wurde die nicht erhaltungswürdige Restbezahnung schonend entfernt. Knöcherne, alveoläre Strukturen konnten weitestgehend erhalten werden.



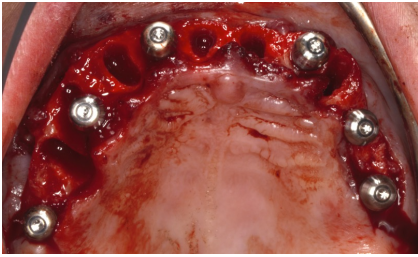
4. Nach sorgfältiger Kürettage der Extraktionsalveolen wurden die definitiven Implantatpositionen festgelegt, die entsprechenden Pilotbohrungen durchgeführt und mit Parallelisierungshilfen die prothetische Eignung der Implantatachsen überprüft.



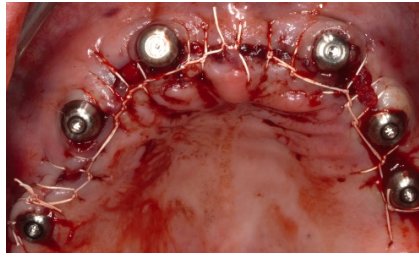
5. Die Insertion der DS PrimeTaper-Implantate erfolgte – leicht subkrestal (circa 0,5 mm) – maschinell mit einem Drehmoment von 40 Ncm.



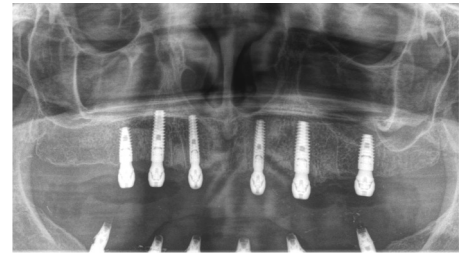
6. Unmittelbar danach – noch vor periimplantärer Augmentation – wurden gerade MultiBase-Abutments eingeschraubt.



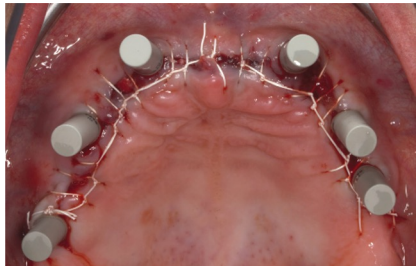
7. Einheilkappen wurden vor periimplantärer Augmentation mit leichter Fingerkraft eingebracht.



8. Nach periimplantärer Augmentation erfolgte der spannungsfreie primäre Wundverschluss mit einer fortlaufenden Knüpfnaht mit monofilem Nahtmaterial der Stärke 5-0.



9. Das postoperative, digitale Orthopantomogramm zeigt die leicht subkrestal inserierten Implantate und deren spaltfreie Verbindung zu den Abutments. Das Implantat Regio 26 wurde mit einem internem Sinuslift (< 2 mm) primär stabil eingebracht.



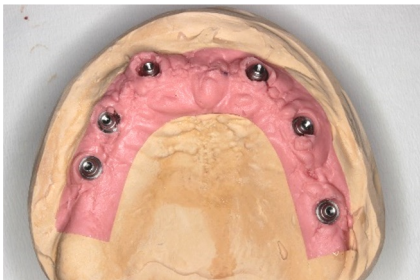
10. Unmittelbar nach primärem Wundverschluss wurden Scanbodies auf die Abutments aufgeschraubt und mit Primescan digital abgeformt.



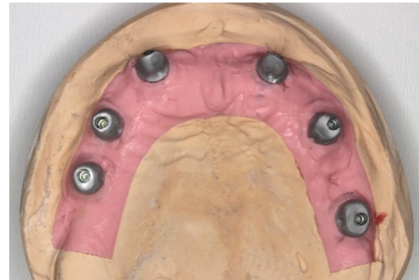
11. Aufgrund des großen Umfangs der Prothetik wurde – zusätzlich zur Überprüfung und Anpassung der einzelnen prothetischen Komponenten an die Schleimhautverhältnisse – analog abgeformt und ein entsprechendes Meistermodell hergestellt.



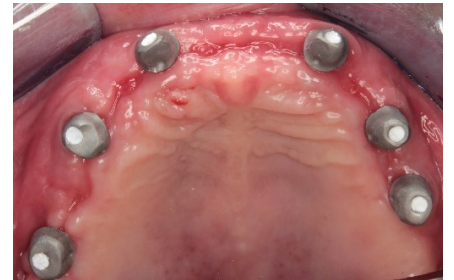
12. Zehn Tage postoperativ wurden die Nähte und Einheilkappen entfernt. Gaumen und bukkale Anteile der Totalprothese wurden reduziert, mit provisorischen Zylindern ein Provisorium erstellt und mit den MultiBase-Abutments verschraubt.



13. Schon während der Einheilphase der Implantate (Osseointegration) wurde mit der Herstellung individueller Retentionskappen und der vollkeramischen Implantatbrücke begonnen.



14. Individuell gefräste und sandgestrahlte Retentionskappen auf den Modell-Analogen.



15. Die nicht rotationsgesicherten Retentionskappen wurden mit Hilfe eines Übertragungsschlüssels in die Mundhöhle übertragen und verschraubt. Die Schraubkanäle wurden mit Teflonband geschützt.



16. Fertiggestellte, digital designte, gefräste und verblendete vollkeramische Brücke. Im ersten Quadranten mit einem distalen Freieglied in Prämolarengroße. Eine distalere Positionierung des Implantats war aufgrund nicht erwartbarer Primärstabilität (Knochenqualität) nicht sinnvoll.



17. Mittels Cutback-Technik und anschließender keramischer Schichtung wurden die Inzisalkanten der Zahnkronen 13 bis 23 weitestgehend transluzent gestaltet. Zudem wurden auf Patientenwunsch Fissuren, Approximalräume und zervikale Anteile dunkler und somit natürlicher gestaltet.



18. Definitiv eingegliederte vollkeramische Brücke. Insbesondere wurde auf die Hygienefähigkeit geachtet. Häusliche Mundhygienemaßnahmen wurden mit der Patientin mehrfach geübt. Die Mittellinie wurde auf Patientenwunsch hin nicht korrigiert. Im Anschluss soll auch der Unterkiefer festsitzend, vollkeramisch rehabilitiert werden.