

Implantatposition nicht zu weit bukkal

Tipps zur Implantattherapie in der Oberkieferfront – Dr. Christian Hammächer berichtet aus seiner Praxiserfahrung

AACHEN – Größere Ansprüche an den Behandler im Bereich der Restauration gibt es wohl keine: Der Einzelzahnersatz mittels implantologischer Versorgung ist komplex. Aus seiner Praxiserfahrung berichtet Dr. Christian Hammächer, Aachen.

Im Gespräch mit der SPECTATOR-Redaktion betont Hammächer die Relevanz der Planung beim Einzelzahnersatz mittels Implantat: Man sollte schon vorher wissen, was man realistisch erwarten kann. Mit Blick auf das Weichgewebe betont Hammächer, dass er darauf achte, aus einem dünnen wenn möglich einen dicken Weichgewebstyp zu machen.

SPECTATOR: Herr Dr. Hammächer, wann sind aus Ihrer Praxis-sicht Implantate als Therapie im Frontzahnbereich die letzte Option – insbesondere mit Blick auf parodontale Vorschädigungen?

Hammächer: Implantate sind in unserer Praxis grundsätzlich die Therapie der Wahl zum Einzelzahnersatz in der Oberkieferfront. Auch bei parodontaler Vorschädigung sind sie erfolgreich zu inserieren, wenn sich die Therapie in ein parodontales Gesamtkonzept einfügt und wir die Herausforderung des Hart- und Weichgewebsverlusts annehmen. In manchen Fällen ist jedoch auch mit einer Brückenversorgung das ästhetisch voraussagbarere Ergebnis zu erzielen.

SPECTATOR: Wie sehen mögliche Indikationslimitierungen mit Blick auf die Knochensituation aus?

Hammächer: Ausgiebige horizontale und vor allem vertikale Augmentationen erschweren selbstverständlich das Erzielen kosmetisch voraussagbarer Ergebnisse in der ästhetischen Zone. Hier gilt es immer den individuellen Therapieweg nach funktionellen und ästhetischen Kriterien richtig einzuschätzen. Wir sollten schon vorher wissen, was wir realistisch erwarten können.

SPECTATOR: Welches Vorgehen unterstützt aus Ihrer Erfahrung den Prozess der knöchernen Regeneration am besten?



Abb. 1: Parodontal vorgeschädigte Front bei 45-jähriger Patientin mit nichterhaltungswürdigen Zähnen

Image 1: Parodontally pre-damaged front in a 45-year old patient with teeth that are no longer worthy of being saved



Abb. 2: Distractionosteogenese unter temporärem Belassen der endodontisch versorgten Wurzeln 12–22

Image 2: Distraction osteogenesis while temporarily leaving the endodontically treated roots of the teeth 12–22



Abb. 3 u. 4: Sofortimplantation mittels Nobel Guide-Schablone und transgingivaler Einheilung

Image 3 and 4: Immediate implantation using the Nobel Guide method and transgingival healing



Abb. 5: Definitive vollkeramische Kronen nach Weichgewebsausformung mittels verschraubter Provisorien

Image 5: Definitive fully ceramic crowns after soft tissue shaping with temporary screws

Hammächer: Es stehen uns mehrere Therapieoptionen zur Verfügung. Die Entscheidung zwischen autologem Knochen – ob Blöcke oder partikuliertes Material – und

Knochenersatzmaterialien richtet sich nach Defektgröße und Defektmorphologie. Bei vertikalen Defiziten in der Oberkieferfront stellt die Distractionosteogenese für mich die Therapie der Wahl dar – wenn der Patient mitmacht.

SPECTATOR: Gerade hier ist die Sofortimplantation immer wieder ein gern gewähltes Verfahren. Dabei ist die Studiensituation dazu eher dürftig ...

Hammächer: Das ist sie eigentlich nicht. Die Sofortimplantation in der Oberkieferfront ist ein vielbeschriebenes und untersuchtes Verfahren. Es kann zu sehr guten Behandlungsergebnissen führen, wenn die Patientenauswahl stimmt. Hierzu eignen sich vor allem Patienten mit einem dicken Biotyp. Um Rezessionen zu vermeiden, müssen wir eine optimale, nicht zu weit bukkale Implantatposition anstreben.

SPECTATOR: Was raten Sie den Kollegen beim Vorliegen eines Defizits an Weichgewebe?

Hammächer: Hierbei kommen Bindegewebs- und freie Schleimhauttransplantate zum Einsatz. Letztere verwenden wir vorwiegend zum Ersatz von keratinisiertem Gewebe. Bindegewebs- und freie Schleimhauttransplantate helfen uns, Volumen zu generieren. Dies kann vor der Zahnextraktion, bei der Extraktion, bei der Implantation oder der Eröffnung erfolgen. Wir versuchen immer, aus einem dünnen einen dicken Weichgewebstyp zu machen.

SPECTATOR: Priorisieren Sie eher ein sub- oder ein transgingivales Einheilen?

Hammächer: Bei notwendigen Augmentationen in der Oberkieferfront ist die geschlossene Einheilung das voraussagbarere Verfahren. Bei Sofortimplantationen jedoch kann die offene Einheilung – unter Umständen auch mit Sofortversorgung – ästhetische Vorteile bringen. Hierbei muss jedoch auch eine strenge Fallselektion durchgeführt werden.

SPECTATOR: Welche Patienten-vorstellungen empfinden Sie als am schwierigsten zu erfüllen und was sagen Sie ihnen dazu?

Hammächer: Schwierig sind die Wünsche nach Papillenrekonstruktion oder die Vorstellung, dass allein durch die Implantatinserion ästhetische Defizite behoben werden können. Hier bedarf es großer Aufklärungsarbeit über die Möglichkeiten und Limitationen zur Wiederherstellung der periimplantären Hart- und Weichgewebe.

SPECTATOR: Wie führen Sie Ihre Patienten dahin, ihren Teil zum Implantationserfolg beizutragen?

Hammächer: Eine gute Patientenaufklärung ist die Voraussetzung für eine Behandlungsakzeptanz und spätere Mitarbeit. Dieser Aspekt ist sehr wichtig, und hierfür nehmen wir uns viel Zeit. Selbstverständlich ist auch die Einbindung in ein konsequentes Recall-System zur Periimplantitisprophylaxe. (sk)

ZUR PERSON



Dr. Christian Hammächer: Studium der Zahnmedizin an der RWTH Aachen. Zweijährige Tätigkeit in zahnärztlicher Praxis. Ab 1999 wissenschaftl. Assistent an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik der RWTH Aachen, ab 2006 Oberarzt. „Spezialist für Prothetik“ der DGZPW und „Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie“. 2003 Ernennung zum „Zertifizierten Referenten gemäß der Konsensuskonferenz Implantologie“. Lehrauftrag der APW, Referent der DGI. Supervisionen und Hospitationen. Mitgliedschaften: DGI, BDIZ, DGPro. Seit Oktober 2007 Praxiszentrum für Implantologie, Parodontologie u. Prothetik Dr. Hammächer/Dr. Stein.

Careful planning is essential

Implant-borne restorations of single teeth in the aesthetic zone are a major challenge for practitioners. Dr. Christian Hammächer reports on his practice experiences and principles in this area. One of his top priorities is to carefully plan the replacement so as to know beforehand what can realistically be expected.

Regarding soft tissue, he underlines that in patients with a thin tissue type he always aims to restore receded or missing thick gum tissue.

In terms of bone regeneration, it depends on the size and morphology of the respective defect whether

autologous bone or bone replacement materials should be used for grafting. According to Hammächer, distraction osteogenesis is the treatment of choice for vertical deficits in the maxillary front region.

Hammächer also states that patients with a thick biotype are particularly suitable for direct implantation. Hammächer emphasizes that ideal positioning of the implant, not too far to the buccal, should be strived for to avoid recessions.

Besides, the patient needs to understand that aesthetic deficiencies cannot be corrected by implant insertion only.