

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · German Edition

No. 10/2011 · 8. Jahrgang · Leipzig, 5. Oktober 2011



Navigierte Implantation

Der Weg zum navigiert gesetzten Implantat ist heute durch die Kombination von Intraoralscan, DVT und SLA-Modell ohne konventionelle Abformung möglich. Von Dr. Jan-Frederik Güth et. al. ▶ Seite 27f



(R)Evolution Tour 2011

Dental Tribune sprach mit Dr. Armin Nedjat, Entwickler und Referent des Champions-Implant-Systems, über die spannende (R)Evolution Tour, die in diesem Jahr erneut startete. ▶ Seite 29



Solopartner für die Oralchirurgie

Piezotome Solo ist mit der neuesten Ultraschall-Technologie ausgestattet und unentbehrlich für Zahnärzte und Implantologen für präimplantologische chirurgische Anwendungen. ▶ Seite 31

Sofortbelastung mit Satellitenimplantaten

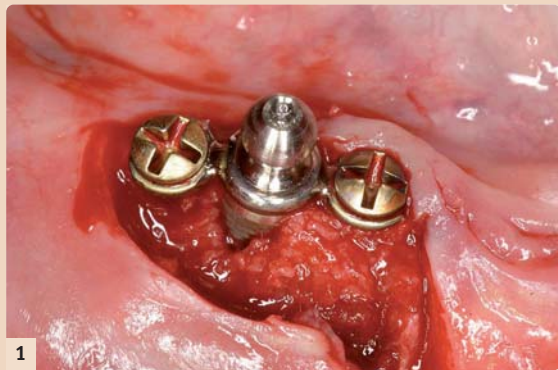
Nach einem Zahnverlust können Patienten mittels Satellitenimplantaten schneller wieder richtig kauen. Von Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Leiter des Curriculum Implantologie des DZOI e.V.

Die Sofortbelastung von enossalen Implantaten hat in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Attard und Zarb¹ haben vorgeschlagen, den Begriff Sofortbelastung für diejenigen Implantate zu verwenden, die innerhalb von zwei Tagen nach der Insertion vollständig belastet werden können. Die von Ledermann² bereits 1979

über einen 2-Jahres-Zeitraum keine Misserfolge. Attard et al.⁵ publizierten 1-Jahres-Resultate einer prospektiven Untersuchung mit zwei interforaminalen Implantaten und stegverankerten Deckprothesen. Sie berichteten bei 139 gesetzten Implantaten über eine Erfolgsquote von 95 Prozent. Marzola et al.⁶ publizierten eine Fallserie mit zwei

phase offensichtlich als kritisch einzustufen ist. Zunehmend stellt sich die Frage, ob auch einzeln stehende, zur Retention von Prothesen dienende Implantate nach diesem Konzept sofort versorgt und kau-funktionell voll belastet werden können.

Unsere Arbeitsgruppe verfolgt seit 2001 das Konzept der kortika-



1



2

Abb. 1: Situation nach Insertion eines Xive-Implantates mit Konnektor, Kugelanker und zwei Satellitenimplantaten in Position 33. – Abb. 2: Prothese mit einpolymerisierten Kugelmatrizen in Position 33 und 43.

gezeigte Versorgung mit vier interforaminalen Implantaten sah eine primäre Verblockung über einen Steg vor, um die Belastungen durch eine Deckprothese neutralisieren zu können. De Bruyn et al.³ berichteten über drei sofortbelastete interforaminale Implantate zur Unterstützung von 10 bis 12-gliedrigen Brücken, empfahlen aber aufgrund relativ hoher Misserfolgsraten auf eine höhere Implantanzahl in dieser Indikation zurückzugreifen. Im Gegensatz dazu berichteten Payne et al.⁴ für ein Konzept mit nur zwei sofortbelasteten Implantaten

kugelankerretinierten Deckprothesen im Unterkiefer. Sie betonten als Vorteile dieses Vorgehens, dass nur minimale Veränderungen der vorhandenen Prothesen notwendig waren im Vergleich zur Herstellung von stegretiniertem Zahnersatz. Die von den Autoren publizierte Fallserie zeigte im ersten Jahr eine 100%ige Erfolgsquote.

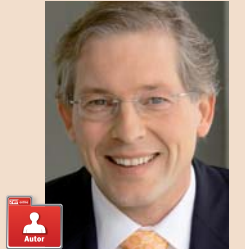
Die Auswahl von Studien zu diesem Thema zeigt, dass die Sofortbelastung im interforaminalen Bereich offensichtlich mit einer relativ hohen Erfolgsquote möglich ist, wobei die frühe Belastungs-

len Mikrofixation. Dabei werden Implantate mit zusätzlichen Osteosyntheseschrauben – sogenannten Satellitenimplantaten – versehen, um eine redundante Primärstabilität zu garantieren. Ziel dabei ist es, dem Patienten eine sofortige kostengünstige Fixierung der Totalprothese zu ermöglichen, ohne Kompromisse bei der Erzielung der Primärstabilität eingehen zu müssen. Erste Resultate wurden hierzu bereits publiziert, Engelke et al.⁸ Aus einer laufenden prospektiven Studie (Engelke et al. 2011⁹) wur-

Fortsetzung auf Seite 26 ➔

Jubiläums-Kongress der DGI 2011

Statement von Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden*



Die Implantologie ist in den letzten Jahren auch durch neue Behandlungsmethoden relativ schnell gewachsen. Dies ist für die DGI ein Anlass, bei ihrem diesjährigen Kongress, der traditionell am 1. Adventswochenende stattfindet, einmal innezuhalten, um das Erreichte zu konsolidieren. Unser Motto „60 Jahre Osseointegration – solides Fundament für neues Wissen“ drückt dies aus. Schließlich stand die Beobachtung von Per-Ingvar Brånemark von Anfang der Fünfzigerjahre, dass Titan sich fest mit Knochen verbindet, zwar nicht am Anfang der Implantologie, aber am Anfang der jüngeren Erfolgsgeschichte enossaler Implantate – Anlass also, ein Jubiläum zu feiern. Unser seit dieser Zeit angesammeltes Wissen können wir heute beispielsweise durch Leitlinienarbeit strukturieren und für die Praxis besser nutzbar machen. Zu einem Jubiläum ist auch die kritische Rückschau und die Neubewertung tradierter Begriffe angebracht. Manche sicher geglaubten Gesetze der Implantologie erscheinen durch neue technische Verfahren in anderem Licht, beispielhaft sei das Gesetz des implantatkongruenten Implantatlaggers oder das Kronen-Wurzel-Verhältnis genannt.

Natürlich blicken wir nicht nur zurück, sondern diskutieren auch zukünftige Entwicklungen. Ein Trend in der Implantologie sind beispielsweise dimensionsverkleinerte Implantate.

Hier gilt es, die Grenzen auszuloten, damit die Therapie sicher bleibt. Der aktuelle Stand der Kammprophylaxe nach Zahnextraktion wird ebenso ein Thema sein wie die Verwendung von Vollkeramik, entweder gepaart mit Titanimplantaten oder als Keramikimplantat.

Wir verstehen den Kongress vor allem als Plattform für einen umfassenden Austausch der Vereinsmitglieder. Die Teamfortbildung, die in der Implantologie immer bedeutsamer wird, ist unser erklärtes Ziel. Für das Forum Zahntechnik interessieren sich sehr viele Zahnärzte und im Forum Praxis und Wissenschaft sitzen viele Zahntechniker. Außerdem wird der DGI-Kongress zunehmend auch zu einer Plattform für andere Fachgesellschaften, die ihre Treffen mit denen der DGI verbinden. Dies schafft Synergien. Schon traditionell ist die Zusammenarbeit mit der AG Keramik. In diesem Jahr hat sich die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin angeschlossen. Dies ist eine sehr sinnvolle Entwicklung. Die Implantologie sieht sich als Querschnittsfach, das andere Fachgebiete, wie z.B. die Parodontologie oder die Prothetik, durch einen Behandlungsaspekt bereichern kann. Die DGI ist dementsprechend anderen Fachgesellschaften für gemeinsame Tagungskonzepte aufgeschlossen.

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie e.V.

ANZEIGE

Einführung in die Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

Basisseminar mit Live- und Videodemonstration
Dr. med. Andreas Britz/Hamburg

Nähere Informationen zu Terminen, Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

TERMINE 2011/2012

DÜSSELDORF Maritim Hotel Düsseldorf	29.10.2011 09.00–15.00 Uhr
UNNA Park INN Hotel Kamen/Unna	03.02.2012 13.00–18.00 Uhr
LANDSBERG AM LECH Stadttheater Landsberg	23.03.2012 13.00–18.00 Uhr
WARNEMÜNDE Hotel NEPTUN	01.06.2012 13.00–18.00 Uhr
LEIPZIG Hotel The Westin Leipzig	07.09.2012 13.00–18.00 Uhr



Video

Mit freundlicher Unterstützung:



Preise

Kursgebühr (pro Kurs inkl. Demo-DVD) 225,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale (pro Kurs) 45,00 € zzgl. MwSt.
(umfasst Kaffeepause/Imbiss und Tagungsgetränke)

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG • Holbeinstraße 29 • 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 • Fax: 0341 48474-390
E-Mail: event@oemus-media.de • www.oemus.com

Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die medizinische Qualifikation entsprechend dem Heilkunde-gesetz voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen kann es zu verschiedenen Statements z. B. im Hinblick auf die Behandlung mit Füllern im Lippenbereich durch Zahnärzte kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit den zuständigen Stellen ab bzw. informieren Sie sich über weiterführende Ausbildungen, z. B. zum Heilpraktiker.

Faxantwort 0341 48474-390

Für das Basisseminar
Einführung in die Unterspritzungstechniken
zur Faltenbehandlung im Gesicht am

- 29.10.2011 in Düsseldorf
 - 03.02.2012 in Unna
 - 23.03.2012 in Landsberg am Leech
 - 01.06.2012 in Warnemünde
 - 07.09.2012 in Leipzig
- melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname

Praxisstempel

DTG 10/11

← Fortsetzung von Seite 25

den kürzlich die 3-Jahres-Resultate vorgestellt, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden sollen.

Klinisches Vorgehen

Nach Markierung der Implantatposition werden in lokaler Infiltrationsanästhesie zwei winkelförmige Inzisionen ausgeführt, die mesial in das Vestibulum abschwelen. Zwei enossale Implantate werden in typischer Position (in der Regel Eckzahnregion) inseriert, wobei der Implantatthals mit dem Knochenniveau abschließen sollte. Die Kammerfläche sollte in den approximalen Abschnitten horizontal verlaufen, andernfalls wird sie an das Niveau des Implantates angepasst. Hinsichtlich der knöchernen Voraussetzungen wird ein Knochentyp II bevorzugt, bei stärker spongiosen Knochen im Bereich des Implantatlagers (Typ III bzw. IV) muss zumindest approximal die Kortikalis erhalten sein. Nach Insertion der Implantate wird ein Konnektor eingesetzt, der aus dem Insert für den Kugelanker und einer daran durch Laserverschweißung befestigten Osteosyntheseplatte besteht. Letztere wird an den Kieferkamm durch Kaltverformung angepasst und mit einer Osteosyn-

theseschraube fixiert. In der Regel werden zwei Satellitenimplantate im mesialen und distalen Abschnitt inseriert (Abb. 1). Im Fallbeispiel wurde ein XiVE-Implantat mit Kon-

werden die Nähte entfernt, die Satellitenimplantate bleiben drei Monate in situ. Sie werden nach der Osseointegrationsphase über eine Stichinzision entfernt. Dabei wird



Abb. 3: Orthopantomogramm: Postoperative Kontrolle nach Insertion der Implantate mit Satellitenimplantaten.

nektor und zwei Satellitenimplantaten inseriert. Der Wundverschluss erfolgt mit Einzelknopfnähten. Die Implantate werden anschließend mit einem Kugelanker versehen, die Kugelmatritze wird in der vorhandenen Prothese nach Exkavation der entsprechenden Abschnitte mit Kaltpolymerisat fixiert (Abb. 2). Die Prothese kann vom Patienten am selben Tag sofort funktionell belastet werden, sie wird nur zur Reinigung entfernt. Nach einer Woche

der Konnektor für die Satellitenimplantate durch ein Insert ersetzt. Unmittelbar nach der Entfernung kann die Prothese wieder eingesetzt und unter voller Kaubelastung getragen werden.

Ergebnisse und Diskussion

Bei der 3-Jahres-Kontrolle im Rahmen der prospektiven Untersuchung waren bei 20 Patienten mit 40 Implantaten (Semados, BEGO, Bremen) noch alle Implantate

funktionsgerecht in situ, somit ergab sich eine Erfolgsquote von 100 %. Die Periotestwerte lagen bei -5,9, die mittlere Taschentiefe bei 2,6 mm, die approximale Knochenresorption bei 0,51 mm. Es zeigt sich, dass durch die Satellitenimplantate in der Einheilungsphase das Auftreten von belastungsbedingten Misserfolgen vermieden werden konnte. Andererseits führte das als nachteilig anzusprechende Platzieren des subgingivalen Konnektors nicht zu einem höheren Knochenabbau, vielmehr war der Knochenabbau nur moderat und entsprach der aus vergleichbaren Untersuchungen bekannten Größenordnung. Auch die Taschentiefenmessung ergab keine für Implantatversorgungen überhöhten Werte und zeigt eine physiologische periimplantäre Gingiva an.

Auf der Basis unserer Untersuchung lässt sich schlussfolgernd formulieren, dass zwei einzeln stehende Implantate mit dem genannten Konzept auch ohne Stegversorgung mittelfristig erfolgreich eine Deckprothese am Unterkiefer sta-

bilisieren. Die Satellitenimplantate führen nicht zu einem stärkeren Knochenabbau und sind somit in Fälle indiziert, in denen das umgebende Knochenlager eine ausreichende Primärstabilität der Implantate für eine Sofortbelastung nicht erlaubt. Dabei ist einer redundanten Primärstabilität grundsätzlich in Zweifelsfällen der Vorzug zu geben. □



Kontakt
Prof. Dr. Dr. Wilfried H. Engelke
 Abteilung für MKG-Chirurgie
 Uni-Klinik
 Robert-Koch-Straße 40
 37075 Göttingen
 Tel.: 0551 398306
 Fax: 0551 399217
 wengelke@med.uni-goettingen.de
 www.mkg.med.uni-goettingen.de

ANZEIGE

TRI® – Performance Concept
 Ein revolutionäres neues Implantatkonzept in der Implantologie

TRI dental implants

«One size fits all.»
 1 prothetische Plattform – 3 Implantatdurchmesser
 3,75 – 4,1 – 4,7

1. TRI® – Friction
 Die Friktionsbasierte Verbindung garantiert maximale Stabilität und eliminiert den Microgap für ein optimiertes Platform Switch Konzept.

2. TRI® – Bone Adapt
 Das patentierte konische Implantatkonzept ermöglicht die ideale Knochenadaptation in den jeweiligen Knochensegmenten (s. rechts).

3. TRI® – Grip
 Das apikale Ende des Implantates gewährt ein Maximum an Primärstabilität, besonders vorteilhaft bei Sofortimplantationen.

TRI® Soft Tissue Interface
 Konsistentes Energiengrenzprofil integriert in allen prothetischen Komponenten

Crestales Gewindedesign
 BoneShifting® zum Schutz des kortikalen Knochens

Body Gewindedesign
 Ideale Adaptation an die Spongiosa mit maximalem Knochenkontakt

Apikales Gewindedesign
 Unmittelbare Schneidewirkung mit scharfem apikalen Gewinde

Optimiertes Hard und Soft Tissue Management mit dem patentierten TRI Dental Implant System. Designed in Switzerland. Made in Germany.

TRI Performance Days 2011

Referenten:
 Dr. Marius Steigmann (Institut Steigmann)
 Dr. Achim Sieper (All Dente)
 Dr. Drazen Tadic (Botiss Dental)
 Tobias Richter (TRI Dental Implants)

19.10.2011 München
 02.11.2011 Köln
 16.11.2011 Stuttgart
 23.11.2011 Hamburg

Jetzt GRATIS testen!

Through Research Innovative
 www.tri-implants.com
 Gratis Infoline: 00800 3313 3313

Implantat-chirurgischer Supervisionskurs 2012

Vom 20. bis 25. Februar in Argentinien.

Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke bietet in Kooperation mit den DZOI e.V. und Prof. odont. Oscar Decco von der Universidad de Entre Rios einen implantatchirurgischen Supervisionskurs in Argentinien an. Vom 20. bis 25. Februar 2012 stehen bei der individuellen Supervision Themen auf dem Programm wie Flapless Implantation, Socket Preservation, Bone splitting/Sinuslift, Augmentation, Knochentransplantate, Sofortbelastung. Die engen Kontakte nach Argentinien ent-



Argentinien ist bekannt für seinen Tango.



Aber auch hochwertige zahnmedizinische Fortbildungen sind hier möglich.

Die Kursgebühr richtet sich nach der Anzahl der Eingriffe entsprechend der Supervisionsordnung des DZOI. Reise- und Aufenthaltskosten sind nicht enthalten.

Die Teilnahme an diesem Kurs kann auf die Fortbildungen Curriculum Implantologie und die Masterausbildung des DZOI angerechnet werden. Anmeldungen erfolgen über die Geschäftsstelle des DZOI. Weitere

Informationen erhalten Sie auf der Webseite: www.dzoi.de
 Erste Eindrücke von dem Institut vor Ort finden Sie im Internet unter www.bioimplantes.com.ar □

Informationen erhalten Sie auf der Webseite: www.dzoi.de

Erste Eindrücke von dem Institut vor Ort finden Sie im Internet unter www.bioimplantes.com.ar □