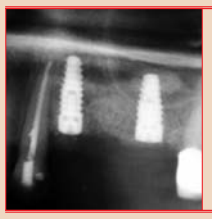
Implant Tribune

The World's Implant Newspaper · Austrian Edition

No. 4/2012 · 9. Jahrgang · Wien, 4. April 2012



Geschlossene Sinusbodenelevation

Dr. Olaf Daum, Leimen, erklärt die Vorgehensweise beim Einsatz des Crestal Approach Sinus-KITs. Es ist die Weiterentwicklung der klassischen mit Osteotomen durchgeführten Methode. ▸ *Seite 20f.*

Wer die Wahl hat, hat die Qual

Champions®-Implants entwickelt und produziert moderne Implantate, darunter die zweiteiligen Champions (R)Evolutions®. Doch wann inseriert man einteilige oder zweiteilige Implantate? ▸ *Seite 22*

Produkt des Monats

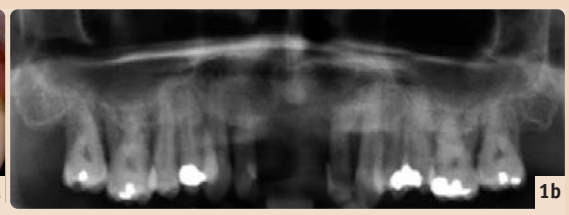
OsteoBiol ist ein Knochenersatzmaterial von American Dental Systems, das vollständig resorbiert. Besonders geschätzt wird es bei der Socket-Preservation-Technik. ▸ *Seite 23*

Komplexe parodontale Probleme, komplexe implantologische Lösungen

Die Einbeziehung parodontaler „Risikopatienten" in implantat-prothetische Behandlungskonzepte nimmt an Bedeutung zu. Univ.-Prof. DDr. Georg Watzek, Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik, Wien, und Prim. Dr. Rudolf Fürhauser, Akademie für orale Implantologie, Wien, stellen rekonstruktive Lösungen vor.

Da in der heutigen zivilisierten Welt ein Großteil der Zähne letztendlich als Folge einer Parodontitis in Verlust gerät, wirft der Ersatz der aus diesem Grund verlorenen Zähne durch Implantate immer wieder die Frage auf, ob die Prognose von Implantaten bei parodontal erkrankten Patienten beeinträchtigt ist.

1a



1b

Abb. 1a und b: *49-jähriger Patient mit massiver Parodontitis im gesamten Oberkieferbereich und Versorgung mittels Teilprothese.*

Anlässlich der ITI-Konferenz 2009 kam man bei der Auswertung von acht systematischen Überblicksstudien zu dem Schluss, dass parodontal erkrankte Patienten wohl kein erhöhtes Implantatverlustrisiko gegenüber diesbezüglich gesunden Patienten aufweisen, dass aber die Periimplantitisgefahr bedeutend höher ist als beim Normalpatienten. Eine Kontraindikation für die Insertion von Implantaten ist demnach bei vormals an Parodontitis erkrankten Patienten nicht gegeben.

Der ideale Zeitpunkt zur Entfernung eines parodontal geschädigten Zahnes ist nach wie vor umstritten. Die Notwendigkeit, die Art und das Ausmaß einer Rekonstruktion eines parodontal geschädigten Alveolarknochens vor Durchführung einer eventuellen Implantation wird diktiert durch das Ausmaß des bestehenden lokalen Knochenverlustes, die erwünschte adäquate funktionelle Rehabilitation sowie durch ästhetische Erfordernisse. Zum Neuaufbau von Weichgewebe haben sich nun schon seit Jahren autologe Gingivatransplantate, Bindegewebstransplantate oder aber Kombinationen der beiden Therapieformen bewährt. Die Rekonstruktion des zerstörten Alveolarknochens geschieht größtenteils entweder durch autologe Knochentransplantate oder durch Knochenersatzmaterialien. Vielfach wird auch eine Mischung dieser beiden Rekonstruktionsmöglichkeiten verwendet. Die Möglichkeiten einer ossären Regeneration von Alveolarknochen wurden in den letzten Jahren entscheidend erweitert durch die Verwendung osseoinduktiver Materialien, wie dies Knochenproteine beispielsweise in Form der „Bone morphogenetic proteins" darstellen.

Ersatz eines parodontal geschädigten Einzelzahnes

Bis heute wird kontrovers diskutiert, ob nach Zahnentfernung das geplante Implantat sofort in die frische Alveole oder erst nach einer gewissen Abheilungszeit gesetzt werden soll.

Zum Einzelzahnersatz wurden von 2004 bis 2011 an der Akademie für orale Implantologie in Wien insgesamt 1.477 Implantate mit einer Erfolgsrate von 96,5 % gesetzt, unabhängig davon, ob eine Sofortbelastung durchgeführt wurde oder nicht. Das therapeutische Vorgehen wurde bestimmt durch den als Folge der parodontalen Erkrankung bewirkten Verlust des Hart- und Weichgewebes. Stand das Weichgewebeproblem alleine im Vordergrund, so haben sich zur Weichgewebsrekonstruktion allseits Bindegewebstransplantate bewährt oder aber Transplantate, die zusätzlich auch einen epithelialisierten Anteil aufweisen. War aufgrund der parodontalen Vorerkrankung auch ein krestaler Anteil der bukkalen Lamelle fehlend, so erfolgte zunächst die Weichgewebsrekonstruktion im Sinne der „Socket Preservation". Nach Abheilung erfolgte dann die Implantation entsprechend der virtuellen Planung mit NobelGuide mit Sofortversorgung des Implantates mittels provisorischer Kunststoffkrone.

Fortsetzung auf Seite 18 Ł

„Back to the roots" 2012 in Bern

Statement von Univ.-Prof. DDr. Werner Zechner*

Verlässlichkeit, Sicherheit und Vorhersagbarkeit sind wesentliche Werte in der oralen Chirurgie, und dies gilt im Besonderen für die Planung und Durchführung von Implantatbehandlungen. Vielseitige technologische Entwicklungen und Neuerungen haben es für den implantologisch tätigen Behandler jedoch nicht einfacher gemacht, aus der Vielzahl der Behandlungsmöglichkeiten evidenzbasiert richtige, therapeutische Entscheidungen zu treffen.

„Back to the roots" ist das Generalthema der 6. Gemeinschaftstagung der Österreichischen, Schweizer und Deutschen Gesellschaft für Implantologie, welche alle drei Jahre in den einzelnen Ländern rotierend stattfindet. Das Tagungsthema eignet sich hervorragend, um aktuelle Themen aus dem Bereich der Implantologie auch fachübergreifend zu den sonstigen Fachdisziplinen der Zahnheilkunde kritisch zu durchleuchten. Die heurige Gemeinschaftstagung, die alle drei Jahre mit renommierten Vortragenden aus den drei Partnerländern stattfindet, wird vom 29. November bis 1. Dezember 2012 in Bern stattfinden. „Das länderübergreifende Tagungskomitee ist über das vielseitige Tagungsprogramm und über die Zusagen von zahlreichen hochkarätigen Referenten glücklich – ich freue mich auf eine spannende und informative Tagung in Bern."

Geplante Themen sind beispielsweise die Diskussion langfristiger Erfolgs- und Überlebensdaten von Implantaten und Zähnen: Auch in der rezenten Literatur besteht eine „Ongoing discussion", ob ein kompromittierter Zahn einem Implantat überlegen sei. Inwiefern beeinflussen endodontische und parodontale Maßnahmen die diskutierte Prognose dieser Zähne und ab wann ist ein Zahn wirklich extraktionswürdig ... back to the roots? Ein weiteres Thema stellt die Beurteilung des Behandlungsrisikos, das wir tagtäglich eingehen, dar: Jede diagnostische und therapeutische Neueinführung in der Implantologie versucht, eine Verbesserung der bestehenden Methoden zu erzielen. Jedoch nicht jede Innovation ist zwangsläufig mit einer Verbesserung gleichzusetzen. Müssen dafür höhere Risiken in Kauf genommen werden bzw. können die neuen Ergebnisse mit Langzeitdaten konventioneller Behandlungsmethoden konkurrieren? Wo verliert sich diese Diskussion in Details ... back to the roots?

Der Einblick in zelluläre molekulare Strukturen hat in den letzten Jahren verstärkt zum Verständnis biologischer Abläufe nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch in der Implantologie beigetragen und neue

Fortsetzung auf Seite 18 unten Ł

* Präsident der österreichischen Gesellschaft für Implantologie

ANZEIGE

Implant Tribune Austrian Edition · Nr. 4/2012 · 4. April 2012

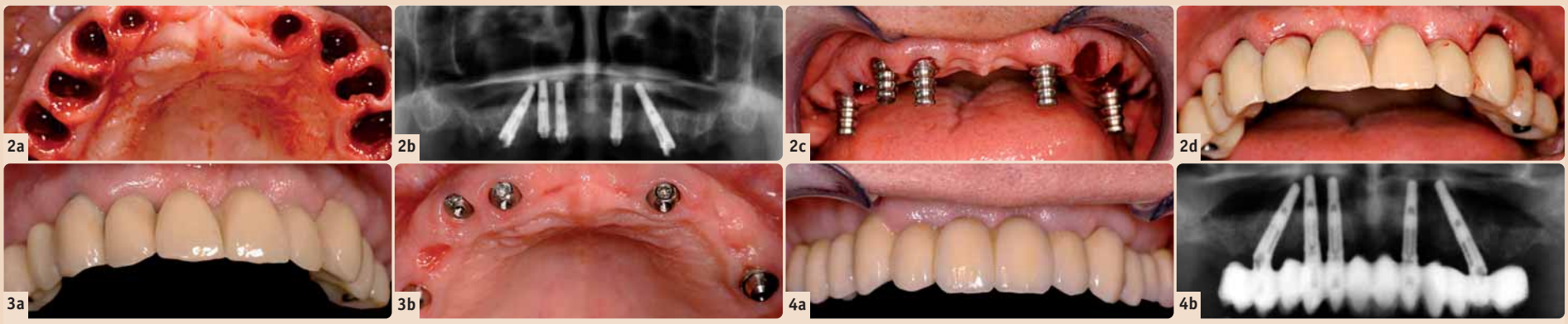


Abb. 2a: *Zustand nach Entfernung aller Zähne im Oberkiefer.* – ***Abb. 2b:*** *Röntgenaufnahme des Oberkiefers unmittelbar nach Zahnextraktion und gleich darauffolgender Implantation.* – ***Abb. 2c:*** *Klinische Situation nach Einbringung der Abdruckpfosten.* – ***Abb. 2d:*** *Inkorporation einer provisorischen implantatgetragenen Kunststoffbrücke 3 Stunden nach Beginn der Zahnextraktion.* – ***Abb. 3a:*** *Klinisches Bild der unmittelbar postoperativ eingesetzten Kunststoffbrücke 4 Monate später.* – ***Abb. 3b:*** *Klinische Situation nach Abnahme der Kunststoffbrücke. Die Implantate sind in einer völlig reaktionslosen Umgebung eingeheilt.* – ***Abb. 4a und b:*** *Klinische und radiologische Befundung nach Fertigstellung der endgültigen implantatgetragenen brückenprothetischen Versorgung.*

← *Fortsetzung von Seite 17*

War die bukkale Lamelle völlig fehlend, so bestand zunächst einmal die Möglichkeit des traditionellen zweizeitigen Vorgehens. In diesem Fall wurde ein autologes Transplantat im betroffenen Bereich fixiert und zum Resorptionsschutz anschließend mit künstlichen Knochen und einer resorbierbaren Membran abgedeckt. Nach einer erfolgreichen Einheilung konnte dann auch hier ein Implantat kombiniert mit einem sofortigen Kronenprovisorium gesetzt werden.

War der parodontal geschädigte Zahn noch in situ, das Fehlen der bukkalen Lamelle klinisch und radiologisch offensichtlich, aber apikal ein ausreichendes Knochendepot vorhanden, so konnte in einem derartigen Fall eine Sofortimplantation inklusive prothetischer Sofortversorgung mit der Transplantation autologen Knochenmaterials kombiniert werden.

Im Falle von ausgedehnten Knochendefekten bei Einzelzahnlücken im Seitenzahnbereich konnte sehr erfolgreich BMP2 angewendet werden. Das Vorgehen wurde vielfach mit der Membrantechnik kombiniert und allenfalls auch durch die Zugabe künstlichen Knochens ergänzt. Das Vorgehen musste auch hier zweizeitig gewählt werden.

Implantationen im partiell zahnlosen, parodontal geschädigten Kiefer

Auch hier zeigen Ergebnisse der Akademie für orale Implantologie die sehr hohe Langzeiterfolgsrate von 97,8 % in sieben Jahren bei im Rahmen dieser Indikation insgesamt 6.517 gesetzten Implantaten. Die in auch in diesen Fällen, insbesonders im ästhetischen Bereich, durchgeführten Sofortversorgungen führten zu keinerlei Verschlechterung der Langzeitprognose.

War keine Transplantation von Hart- oder Weichgewebe erwünscht oder notwendig, war der betroffene Bereich ästhetisch bedeutungslos oder wurde seitens des Patienten eine gewisse Sichtbarkeit der Zahnhälse weiterhin akzeptiert, so konnten die Implantate sofort nach der Zahnextraktion im selben Akt ohne weitere operative Maßnahmen gesetzt und nach entsprechender Adaptierung der Gingiva provisorische Brücken sofort noch am selben Tag eingesetzt werden. Bestand hingegen der Wunsch nach ästhetischer Rehabilitation oder war das Knochen- und Weichgewebsangebot für eine Implantation völlig unzureichend, so wurde im Regelfall die parodontal erkrankte Zahngruppe entfernt und im selben Akt der Aufbau des Alveolarkammes mit Knochentransplantaten entweder vom Mund oder vom Beckenkamm durchgeführt. Nach einer viermonatigen Wartezeit konnten dann die Implantate gesetzt werden. Um eine fixierte Gingiva zu erlangen, war in weiterer Folge vielfach im letzten Operationsakt noch die Transplantation von Gaumenschleimhaut an die Bukkalseite des Processus alveolaris erforderlich .

Sofortimplantation und Sofortrekonstruktion des Gesamtkiefers

Die Ergebnisse der Akademie für orale Implantologie zeigen im kurzfristig oder langfristig zahnlosen Ober- oder Unterkiefer, ohne Unterschied, ob die Implantate sofort belastet wurden oder nicht eine Erfolgsrate von 97,5 % bei 3.511 gesetzten Implantaten für diese Indikation. Die Sofortbelastung noch am selben Tag war auch hier die Regelversorgung.

In all diesen Fällen erfolgte präoperativ eine sorgfältige Status quo-Analyse hinsichtlich der Ästhetik, der Sprache, der Funktion und der gegebenen Kronenlänge sowie der Funktion bei gegebener vertikaler Dimension. Dies geschah durch entsprechende Sprachtests und Kontrolle der Ästhetik. Wurde die gegebene Funktion und Ästhetik als akzeptabel anerkannt, so erfolgte ein Transfer dieser Situation in einen entsprechenden Artikulator. Nach entsprechender Abdrucknahme und Modellherstellung wurde im Artikulator ein vertikal equilibrierter Abdrucklöffel hergestellt. Die Abdrucknahme erfolgte in biss-geschlossener Form, sodass die Übertragung der Ausgangshöhe gleichzeitig und standardisiert erfolgte. Hatte sich bei der präoperativen Analyse hingegen die Notwendigkeit einer Korrektur als erforderlich gezeigt, wurde zunächst in einem „Mock-up" präoperativ das postoperativ angestrebte Ziel fixiert. Von dieser erarbeiteten Situation wurde ein Modell erstellt, das als Ausgangsprodukt der vorher beschriebenen standardisierten Vorgangsweise zur Herstellung der Abformlöffel diente.

Für die Operation selbst erfolgte die Planung der Position, der Länge und der Inklination der Implantate im Processus alveolaris mittels Planung am Computer, sodass im Regelfall ein völlig inzisionsfreies Vorgehen möglich war. Nach der Operation erübrigte sich jegliche Verwendung einer herausnehmbaren Prothese. Mithilfe des vor der Operation bereits angefertigten Abdrucklöffels konnte die präoperativ geplante Bisskorrektur unmittelbar postoperativ durch eine Abdrucknahme in biss-geschlossener Form fixiert werden.

Dieses beschriebene Vorgehen war auch durchführbar zum gleichzeitigen Sofortersatz der Zähne des Ober- und Unterkiefers, kombiniert mit einer Sofortimplatation und -restauration des gesamten Gebisses innerhalb weniger Stunden. Dieses Vorgehen konnte aber auch, falls indiziert, mit einer Sinuslift-Operation beidseits oder mit einer Augmentation im Molarenbereich des Unterkiefers kombiniert werden. Dieses bimaxilläre Vorgehen zeigte eigentlich nur Vorteile. So war der emotionale Stress durch das einzeitige Vorgehen reduziert, beide Zahnbögen konnten in einer einzigen Narkose saniert werden, das Infektionsrisiko war durch die komplette Elimination aller Infektionsquellen im Mund reduziert und die Gesamtbehandlungszeit war für den betroffenen Patienten stark verkürzt. Der Patient hatte nur eine sehr geringe postoperative Komfortbeeinträchtigung, die Erfolgsrate war gleich hoch wie bereits beschrieben und nicht zuletzt wurde wegen all dieser Vorteile diese Methode vom Patienten in hohem Maße akzeptiert. IT

Kontakt

Univ.-Prof. DDr. Georg Watzek
Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik, Orale Chirurgie
Sensengasse 2a, 1090 Wien
Tel.: 01 40070-4101
Fax: 01 40070-4109
oralchir-zmk@meduniwien.ac.at

Prim. Dr. Rudolf Fürhauser
Akademie für orale Implantologie
Lazarettgasse 19, 1090 Wien
Tel.: 01 402 8668
Fax: 01 402 8668-10
office@implantatakademie.at
www.implantatakademie.at

ANZEIGE

← *Fortsetzung von Seite 17 Statement*

Therapien ermöglicht. Es kommen zunehmend körpereigene Substanzen zum Einsatz, die das Therapiespektrum erweitern sollen und können. Damit stellen sich auch neue Fragen: Ist dadurch das konventionelle Konzept der Osseointegration zu hinterfragen? Hat das Einbringen künstlicher Strukturen ohne Gefäßanschluss Potenzial, Hart- und Weichgewebstransplantate tatsächlich zu ersetzen? Lernen wir somit von der Natur ... back to the roots? Ein besonderer Teil des Programms wird bereits am Beginn der Veranstaltung der Gastvortrag des vierfachen Grammy Award Gewinners Christian Gansch sein, der als Dirigent und Produzent gleichermaßen erfolgreich ist und bereits mit vielen namhaften Orchestern und Künstlern (wie Pierre Boulez, Claudio Abbado und Anna Netrebko) zusammengearbeitet hat. Unter dem Titel „Zahnärztliche Praxis" wird Gansch, untermalt von musikalischen Sequenzen, über seine Erfahrungen in der Musik- und Wirtschaftswelt sprechen und Parallelen zu den Strukturen von Symphonieorchestern und Unternehmen darstellen.

Abschließend darf ich Sie als Präsident der Österreichischen Gesellschaft herzlich einladen, zu unserer heurigen Gemeinschaftstagung vom 29. November bis 1. Dezember 2012 zu kommen, die charmante Stadt Bern näher kennenzulernen und durch Ihr zahlreiches Kommen die internationale Position der Österreichischen Gesellschaft für orale Implantologie zu stärken.

Einfach, erfolgreich & bezahlbar

CHAMPIONS®

Made in Germany

Die (R)Evolution in der Implantologie & Prothetik:
Für System-Umsteiger jetzt noch interessanter!

„Wir stellen allen System-Umsteigern für ihre ersten beiden Fälle die benötigten Implantate als Kommissionsware sowie das OP-Set zur Verfügung.

Bereits mehr als 2 800 Praxen und Kliniken sind begeisterte „Champions" – wann gehören Sie dazu?"

Ihr

Dr. Armin Nedjat

MIMI®-fähig
minimal-invase Methodik der Implantation

Einteilig

€ 74,-
ohne Prep-Cap
im Einzelpack verfügbar

- Vierkant- & Tulpenkopfimplantate
- Ø 3,0 – 5,5 mm
  Längen 6 –24 mm (Vierkant)
- Ø 2,5 – 4,0 mm
  Längen 8 –24 mm (Tulpenkopf)
- Prep Cap Zirkon · NEUER PREIS € 39,-
- Prep Cap Titan oder WIN!® € 29,-
- Alternativ: Laboranalog € 8,40

Zweiteilig

Standard-Abutment € 19,-

(Titan gerade, Klebebasis, Vierkant, präparierbar, Tulpe, Locs)

- abgewinkelte Abutments 15°, 22,5° & 30° – **€ 29,-**
- Innenkonus 9,5°, Ø 3,5 bis 5,5 mm · Längen 6,5 bis 16 mm
- Bakteriendichte Verbindung < 0, 6 µm
- Shuttle-Insertion:
  → Schonung des Innengewindes, keine Abutmentlockerungen
  → garantierte Primärstabilität von 30 bis zu 70 Ncm
  → keine Kontamination des Implantats bis 8 Wochen post OP
- genial-einfache „Handlings"- und erfolgreiche Prothetik

€ 59,-
mit Gingiva-Shuttle
im Einzelpack verfügbar

Unser Leitmotiv: „schmerzarm – patientenfreundlich – bezahlbar" …

… wird für mehr und mehr Patienten zum ausschlaggebenden Kriterium bei der Suche nach einem Implantologen.
Allein 2010 wurden mehr als 50 000 Champions®-Implantate erfolgreich inseriert und prothetisch versorgt. Durch das revolutionäre Konzept und das standardisierte Insertionsverfahren sind Implantationen für den Anwender sicher und dank unserer › *Reduce to the Max-Philosophie* ‹* für den Patienten auch bezahlbar.

*** die Champions® Reduce to the Max-Philosophie:**
Verzicht auf Groß- und Zwischenhändler · Patienten-MIMI®-Info-Kampagnen, denn begeisterte Patienten sind unsere Werbung · durch **www.mimi-info.de** weitaus mehr hochwertiger ZE auch in Ihrer Praxis · Reduzierung des benötigten Werkzeugs durch intelligentes Engeneering · offen-kollegialer Austausch im Forum: **www.champions-forum.de**

Bezahlbare Spitzenqualität aus bekannter deutscher Produktion!

www.champions-implants.com
Online-Shop & Mediathek
(ca. 150 Filme mit Anleitungen & OPs)

Champions-Implants GmbH
Telefon: 0 67 34 / 91 40 80 · Fax: 0 67 34 / 10 53
info@champions-implants.com

LET'S GO FOR DRESDEN
17. bis 19. Mai 2012

17. - 19. Mai · 2. Champions-Kongress
– der Kongress-Event 2012 –
jetzt noch einen der letzten Plätze sichern!
(0 67 34) 91 40 80