

Das Jahr 2008 bringt für das Knochenaufbaumaterial Cerasorb® das zehnjährige Jubiläum – und die Übernahme der Dentalsparte der curasan AG durch die RIEMSER Pharmatechnik AG. Nun gehen auch die Produkte unter der Dachmarke Cerasorb® in den Vertrieb von RIEMSER über. Herstellung und Produktion des seit nunmehr zehn Jahren erfolgreich eingesetzten Cerasorb® verbleiben bei der curasan AG. Anwender der ersten Stunde und Mitentwickler des makroporösen Cerasorb® M, Dr. Dr. Frank Palm, sprach mit uns über seine Indikationen und Motive bei der Verwendung des bewährten Materials.

Standardmaterial für kieferchirurgische Eingriffe

Redaktion



Anwender der ersten Stunde und Mitentwickler des makroporösen Cerasorb® M, Dr. Dr. Frank Palm.

Herr Dr. Palm, zehn Jahre Cerasorb® mit Erfolg in mehreren Hunderttausend Fällen werden derzeit gefeiert – damit und aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Studien ist dieses Material mittlerweile fest etablierter Standard. Sie arbeiten bereits sehr lange mit mehreren Produkten dieser Dachmarke. Wo setzen Sie gerade im Bereich der umfassenden chirurgischen Eingriffe, aber auch bei kleineren Defekten, das Material ein?

In meiner MKG-Abteilung im Klinikum Konstanz ist Cerasorb® M das ausschließlich verwendete Material. Allein im Jahr 2007 haben wir insgesamt 127 große Augmentationen

mit autologem Beckenkammtransfer durchgeführt, wobei wir bei diesen Operationen, obwohl uns dort eigener Knochen durch die Beckenkammnahme in ausreichenden Mengen zur Verfügung stand, stets Cerasorb® M als Resorptionsschutz mitverwendeten. Ausschließlich Cerasorb® M wird im Bereich des Sinuslifts eingesetzt. Hier erfüllt es die Funktion eines Platzhalters. So wurden im Jahr 2007 bei uns über 400 Sinuslift-Operationen durchgeführt, bei denen nur Cerasorb® M eingesetzt wurde. Wir verwenden das Material also sowohl bei unseren großen Rekonstruktionen als auch bei kleineren Defekten.

Wo verzichten Sie unter alleiniger Verwendung von Cerasorb® M vollständig auf autologen Knochen? Welchen Einfluss hat dies auf den Erfolg und insbesondere auf die Langzeitstabilität der Region?

Wir verwenden ausschließlich Cerasorb® M unter Verzicht des autologen Knochens bei Sinuslift-Operationen. Hier hat diese phasenreine Beta-Trikalziumphosphat-Keramik aus meiner Sicht eindeutige Vorteile gegenüber autologem Knochen, da die Sinuslift-Operation letztendlich dadurch funktioniert, dass ein dreiwandiger Knochendefekt geschaffen

wird. Aus diesen Knochendefekten bluten die knochenbildenden Zellen in das Knochenersatzmaterial ein. Hier hat der Einsatz gerade von Cerasorb® M gegenüber autologem Knochen einen deutlichen Vorteil, da der neu gebildete Knochen eine erheblich höhere Stabilität im Sinusliftbereich hat, als das beim Einsatz von spongiosen Knochen der Fall ist.

Weshalb haben Sie sich in den Anfängen für Cerasorb® entschieden? Wie wurden Anregungen für Weiterentwicklungen von der curasan AG aufgenommen?

Als ich damals an der Universität Ulm in Kombination mit dem leider inzwischen verstorbenen Materialwissenschaftler Dr. Dr. Dieter Reif die Entwicklung für Cerasorb® M vorgenommen habe, war es für mich klar, dass dieses Material in Deutschland produziert werden sollte. Da die Firma curasan bereits damals ein Knochenersatzmaterial herstellte (Cerasorb Classic) und auf dem Biomaterialmarkt einen guten Namen hatte, entschied ich mich, dieses „Projekt“ mit der Firma curasan aus Kleinostheim in Angriff zu nehmen. Bis zum heutigen Tage habe ich diesen Schritt nie bereut, denn für mich steht die Firma curasan für eine äußerst hochwertige Fabrikation und Zuverlässigkeit bei allen Produkten.

Was sind heute Ihre Beweggründe für die Verwendung von Cerasorb[®], womöchten Sie es nicht mehr missen? Gab es für Sie einen Wandel?

Die heutigen Beweggründe zur Verwendung von Cerasorb[®] M sind für mich ganz klar die, dass zum einen meiner Auffassung nach derzeit noch kein besseres Knochenersatzmaterial auf dem Markt vorhanden ist und zum anderen es sich hier um ein rein synthetisches Material handelt, bei dem wir davon ausgehen können, dass definitiv keine Infektionsgefahr für unsere Patienten besteht. In meiner Klinik würden wir ein biologisches Material oder ein Material biologischen Ursprungs nur dann verwenden, wenn ein Vorteil gegenüber einem rein synthetischen Material vorhanden wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall. Es gibt kein Material tierischen Ursprungs, das im Bereich der knöchernen Regeneration deutliche Vorteile gegenüber Cerasorb[®] M bietet.

Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang das unterschiedliche Resorptionsverhalten von Cerasorb[®] und Cerasorb[®] M für Ihr Arbeitsgebiet?

Das Resorptionsverhalten von Cerasorb[®] M unterscheidet sich deutlich gegenüber Cerasorb[®]. Da Cerasorb[®] M makroporöse Strukturen und der Knochen die Möglichkeit hat, das Material mehr zu erschließen, findet hier ein für uns günstigeres Resorptionsverhalten statt. Des Weiteren ist es so, dass durch die Makroporen (daher das „M“) bei gleichem

Volumen weniger Material vorhanden ist und dadurch auch weniger Material abgebaut werden muss.

Sie haben als einer der ersten Anwender mit Cerasorb[®] M gearbeitet. Wo und für welche Indikationsbereiche sehen Sie die Vorteile dieses Materials gegenüber anderen?

Als ich anfing, die Pilotstudie für Cerasorb[®] M zu machen, waren wir bei dem Einsatz des Materials eher zurückhaltend. Wir verwendeten Cerasorb[®] M vornehmlich im Sinusliftbereich und anfänglich mischten wir Cerasorb[®] M noch zu 25 bis 50 % mit autologem Knochen. Mittlerweile hat sich das jedoch grundsätzlich geändert. Gerade im Sinusliftbereich verwenden wir wie erwähnt überhaupt keinen autologen Knochen mehr, sondern ausschließlich Cerasorb[®] M, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass die Knochenqualität damit eindeutig besser ist. Cerasorb[®] M ist jetzt unser Material in jeglichem Bereich, in dem Knochenersatzmaterial verwendet werden kann, und wo uns die positiven Eigenschaften des Materials von Nutzen sind.

Cerasorb versus autologer Knochen – hat Cerasorb[®] den autologen Knochen in vielen Bereichen von der Poleposition verdrängt?

Cerasorb[®] M versus autologer Knochen – ein vielfach diskutiertes Thema. Ich denke, beide haben Vor- und Nachteile. Der autologe Knochen hat den riesigen Vorteil, dass er eine Osteoinduktion herbeiführen kann. Letzt-

endlich ist es aber so, dass diese biologische Potenz des Knochens eben nur über maximal 72 Stunden vorhanden ist und dann dieser Knochen abgebaut bzw. umgebaut werden muss. Cerasorb[®] M hat den autologen Knochen in den Bereichen verdrängt, wo ein stabiles Aufbringen möglich ist und eine gute Durchblutung des ortsständigen Knochens erreicht werden kann wie etwa beim Sinuslift, aber auch dreiwandigen Knochendefekten, die einer entsprechenden Rekonstruktion bedürfen. Der autologe Knochen hat sicherlich noch seine Berechtigung im Bereich von lateralen Augmentationen, die besonders bei der Versorgung von hoch atrophischen Kiefern zum Tragen kommt, aber auch hier erfolgt immer eine Kombinationstherapie mit autologen Knochen und Cerasorb[®] M.

Vielen Dank für das Interview, Herr Dr. Palm.

kontakt

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
Tel.: 0 60 27/4 09 00-0
Fax: 0 60 27/4 09 00-29
E-Mail: info@curasan.de
www.curasan.de

ANZEIGE

ENDOPILOT[®]

Besuchen Sie uns auf der 7. Jahrestagung der DGEEndo in Stuttgart, vom 20.-22. November 2008

Das neue **all-in-one** Geräte-Konzept revolutioniert die **Endodontie**. Kein anderes Gerät auf dem Markt bietet aktuell diese Funktionsvielfalt. Die Kombination von maschineller **Aufbereitung** bei gleichzeitiger elektronischer **Längenbestimmung** bietet unschätzbare Vorteile. Die selbsterklärende Bedienung über das Touchdisplay erlaubt eine einzigartige schnelle Menüführung. Der **EndoPilot** passt sich Ihren Wünschen durch unterschiedliche Ausbaustufen an.

ApexLocator: Sichere Messung durch Vollisolation digitale Endometrie der neuesten Generation

EndoMotor: Präzise Drehmomentüberwachung mit integrierter Apexmessung sowie Feilenverschleiß Überwachung

DownPack: Vertikale Kondensation sekundenschnelle Erwärmung der Heizspitze

BackFill: Thermoplastische Wurzelkanalfüllung Pistole bietet optimale Kontrolle der Fließgeschwindigkeit der Guttapercha

