

Die Spätimplantation im Oberkiefer stellt aufgrund des unvermeidbaren horizontalen Knochenverlusts oftmals eine herausfordernde Indikation dar. In diesem Anwendungsbericht wird ein abgewandeltes Augmentationsprotokoll entsprechend der Schalentchnik nach Khoury vorgestellt, das auf adjuvante Verwendung von schnell resorbierenden Allograftpartikeln und der Abdeckung mit einer langzeitstabilen Ribose-vernetzten Kollagenmembran beruht.



Augmentation eines Oberkieferschaltlückendefekts

Schalentechnik mithilfe eines weniger invasiven Ansatzes

Dr. Jan Philipp Struckmeyer

Der Verlust von Zähnen, sei es aufgrund eines Traumas oder einer Pathologie, geht mit einem gleichzeitigen Verlust des umgebenden Alveolarknochens einher.¹

Im Laufe der Zeit führt das zu einer signifikanten Verringerung des Knochenangebots für die Insertion von Implantaten. Dies beeinträchtigt die ideale Positionierung des Implantats und beeinflusst somit sowohl die Langzeitfunktion als auch die Ästhetik der nachfolgenden Restauration. Zum Wiederaufbau des verlorenen Knochens stehen verschiedene Knochenregenerationstechniken zur Verfügung. Die häufigste davon ist

die gesteuerte Knochenregeneration (GBR).² Sie stellt die am wenigsten invasive Technik dar und basiert auf der Verwendung einer Barrieremembran, die den Knochendefekt vom umgebenden Weichgewebe isoliert. Dies ermöglicht es den langsamer wachsenden Knochenregenerationszellen, den Defekt ohne Beeinflussung durch das umgebende Gewebe zu durchdringen.

Obwohl sie noch immer zahlreich verwendet werden, haben native Kollagenmembranen mehrere Nachteile, wobei der wichtigste die schnelle und unvorhersehbare Abbaurrate ist.³ Dies beeinträchtigt ihre Fähigkeit, ihre Bar-

rierefunktion aufrechtzuerhalten, was zu einer verminderten Knochenbildung und einem möglicherweise beeinträchtigten klinischen Ergebnis führt.

Andere Methoden der Kieferkamm-augmentation umfassen die Verwendung von autogenem Knochen als Onlay-Graft, der direkt von dem Patienten entweder intraoral oder von einer extraoralen Stelle, wie dem Beckenkamm oder der Rippe, stammt.⁴ Autologe Knochentransplantate besitzen aufgrund ihrer osteokonduktiven, osteoinduktiven und sogar osteogenen Potenz ein höheres Regenerationspotenzial als Biomaterialien.⁵



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Abb. 1–3: Klinischer Ausgangsbefund zeigt ausgeprägten Schaltlückendefekt in Regio 23.



Ankylos®

Das Geheimnis hinter exzellenter Frontzahnästhetik

Wenn Sie fehlende Frontzähne ersetzen, muss die Ästhetik einfach exzellent sein. Hierfür wird Ihre Expertise und Ankylos benötigt – ein Implantatsystem, dessen TissueCare-Konzept die subkrestale Platzierung ermöglicht. Zusammen mit der mikrorauen Oberfläche unterstützt es die Knochenbildung auf den Implantatschultern, wodurch das Weichgewebe erhalten bleibt. Schließlich fördert das horizontale Offset der Implantatschultern die Stabilität von Hart- und Weichgewebe.

All dies erzeugt optimale Bedingungen für den langfristigen Erhalt von Hart- und Weichgewebe. Zusätzliche Augmentationen sind kaum notwendig. Und die erzielte Ästhetik ist einfach beeindruckend.

Exzellenz ohne Ausnahme.
Ankylos von Dentsply Sirona Implants.

dentsplysirona.com/implants



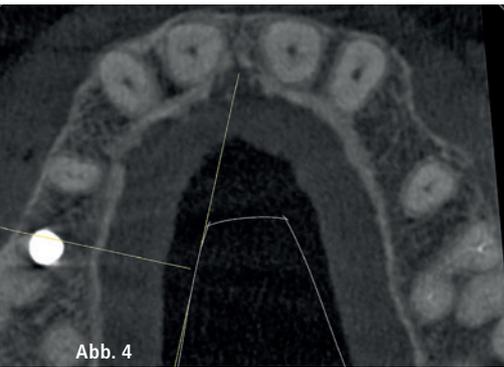


Abb. 4

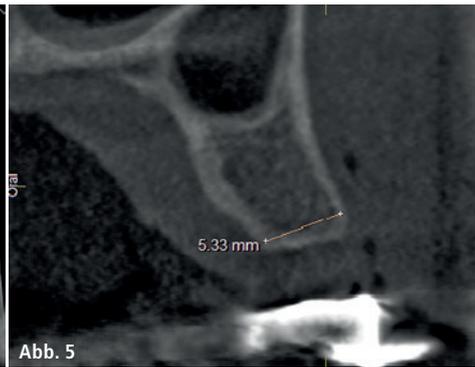


Abb. 5

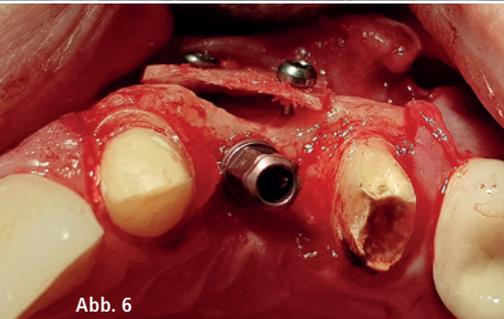


Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10

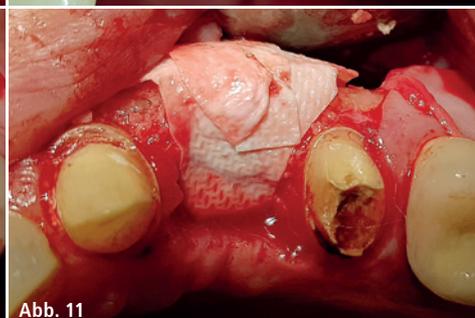


Abb. 11

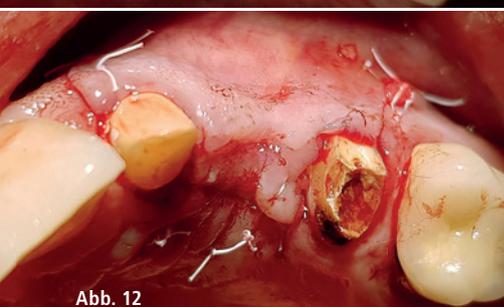


Abb. 12



Abb. 13

Abb. 4 und 5: Der CT-Befund zeigt ein limitiertes Knochenangebot von 5,33 mm in bukkaler Dimension. – **Abb. 6 und 7:** Situation nach Lappenpräparation, Implantation und Fixation der Knochenplatte mit zwei Osteosyntheseschrauben. – **Abb. 8 und 9:** Auffüllung des Spaltes und bukkale Konturaugmentation mit mineralisiertem Allograft. – **Abb. 10 und 11:** Lagestabile Abdeckung des Augmentats mit der OSSIX PLUS Membran. Durch die Platzierung der Membran nach palatinal unter dem leicht elevierten Mukoperiostlappen ist keine Fixation mit Pins notwendig. – **Abb. 12 und 13:** Situation nach spannungsfreiem Wundverschluss.

Allerdings ist diese Technik mit begleitender Morbidität der Spenderstelle verbunden und zudem begrenzt durch die Verfügbarkeit des Spenderknochenvolumens.^{6,7} In vielen Fällen resorbieren diese Transplantate in einem solchen Ausmaß, dass es üblich ist, Knochen in größeren Volumina zu ernten, um die unvermeidliche Abnahme der Transplantatgröße zu kompensieren.⁴ Zusätzlich findet in vielen Fällen kein vollständiger knöcherner Durchbau der autologen Knochenblöcke statt. So zeigen histologische Untersuchungen nach Blockaugmentationen erhebliche Restmengen an nichtvitalen Knochen (NVB) und im Allgemeinen eine schwache Neovaskularisierung, unabhängig von der Zeitnahme der Biopsien.⁸ Im Jahr 2007 führte Khoury eine neue Methode zur Transplantation von Alveolarkammdefekten ein.⁵ Diese Technik beruht auf der Verwendung dünner kortikaler Platten, die aus dem Ramus entnommen und in einer „sandwichartigen“ Applikation fixiert werden. Der Zwischenraum wird mit Spongiosa, die von der gleichen Stelle entnommen wird, gefüllt. Diese Technik zeigt einen großen Erfolg, leidet aber an den gleichen Nachteilen der meisten Entnahmetechniken, d.h. einer Notwendigkeit für eine zweite Operationsstelle und einer Donorstellenmorbidity.^{9,10}

Ansätze zur Reduktion der Patientenmorbidity

Als Alternative zu autologen Knochenplatten werden heute vermehrt Knochenscheiben aus allogenen Kortikalknochen verwendet.^{11,12} Die Kurzzeitergebnisse dieser Alternative zeigen eine gute Heilungstendenz sowie einen stabilen Volumengewinn zur Augmentation von horizontalen Knochendefekten. Allerdings ist bekannt, dass der Anteil an vitalem Knochen in augmentierten humanen Knochenblocktransplantaten im Vergleich zu autologen Knochenblöcken signifikant geringer ist.¹³ Zudem stehen Langzeitergebnisse für die Augmentation von Allograftblöcken im Gegensatz zu autologen Blöcken noch aus.



Abb. 14

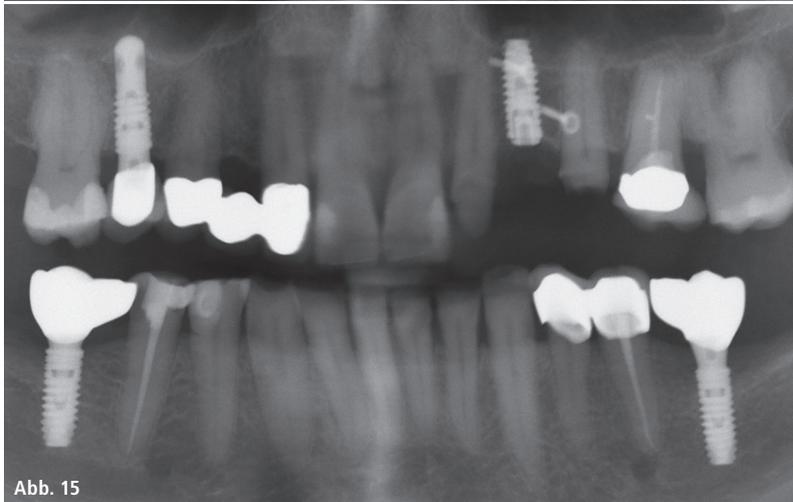


Abb. 15

Abb. 14: Röntgenkontrolle nach Augmentation. – **Abb. 15:** Röntgenkontrolle drei Monate postoperativ zeigt gute knöcherne Konsolidierung des Augmentats.

Dazu stellt die Auffüllung des Spalt-
raums mit allogenen Knochenpartikeln
eine vielversprechende patientenscho-
nende Alternative zu den von Khoury
beschriebenen Spongiosapartikeln dar.
Es ist bekannt, dass partikuliertes Allo-
graft eine hohe Umbaurate zu vitalem
Knochen zeigt und sich so das Entnah-
metrauma auch bei der Verwendung
von autologen Knochenscheiben deut-
lich reduzieren lässt.^{14,15}

Abdeckung des augmentierten Areals

Wie bei allen großflächigen Augmen-
tationen stellt der spannungsfreie
Wundverschluss die größte Herausfor-
derung dar, um einen positiven Hei-
lungsverlauf zu gewährleisten. Durch
eine postoperative Wunddehiszenz als
häufige Komplikation kann es zu Re-

sorptionen bis hin zur Infektion und
dem vollständigen Verlust des Aug-
mentats kommen.

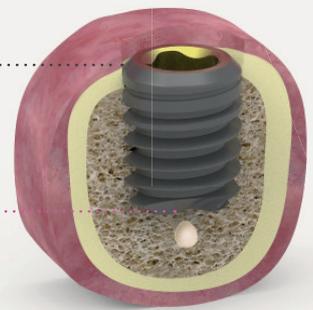
Aus diesem Grund bevorzugt der Autor
für diese Indikationen die Verwendung
einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagen-
membran mit einem verlängerten
Degradationsprofil von vier bis sechs
Monaten (OSSIX PLUS, REGEDENT
GmbH). Diese bietet mehrere Vorteile
im Vergleich zu einer nativen Mem-
bran: native Kollagenmembranen zei-
gen z. B. oftmals eine unkontrollierte
Resorption.^{16,17} Insbesondere bei Wund-
dehiszenz degradieren sie innerhalb
von wenigen Tagen. Durch die verlän-
gerte Verweildauer der kreuzvernetz-
ten Membran wird ein deutlich besserer
Schutz des Augmentats im Falle einer
Wunddehiszenz gewährleistet.¹⁸

Im Folgenden wird die Anwendung der
Schalentechnik nach Khoury mit einem



KURZE IMPLANTATE DIE LÖSUNG FÜR VERTIKALE ATROPHIE

- Hohe Prognostizierbarkeit
- Minimalinvasiv
- Verkürzt die Zeiten für Chirurgie und Einheilung
- Vereinfacht den Behandlungsplan



· Längen: von 4,5 mm bis 8,5 mm.

Das chirurgische Potenzial der
kurzen Implantate wächst
dank des **Bioblock®-Konzepts**



f t v y i+ BTI-APP

BTI Biotechnology Institute Deutschland GmbH
Tel.: +49 7231 428060 | Fax: +49 7231 4280615
info@bti-implant.de
www.bti-biotechnologyinstitute.de

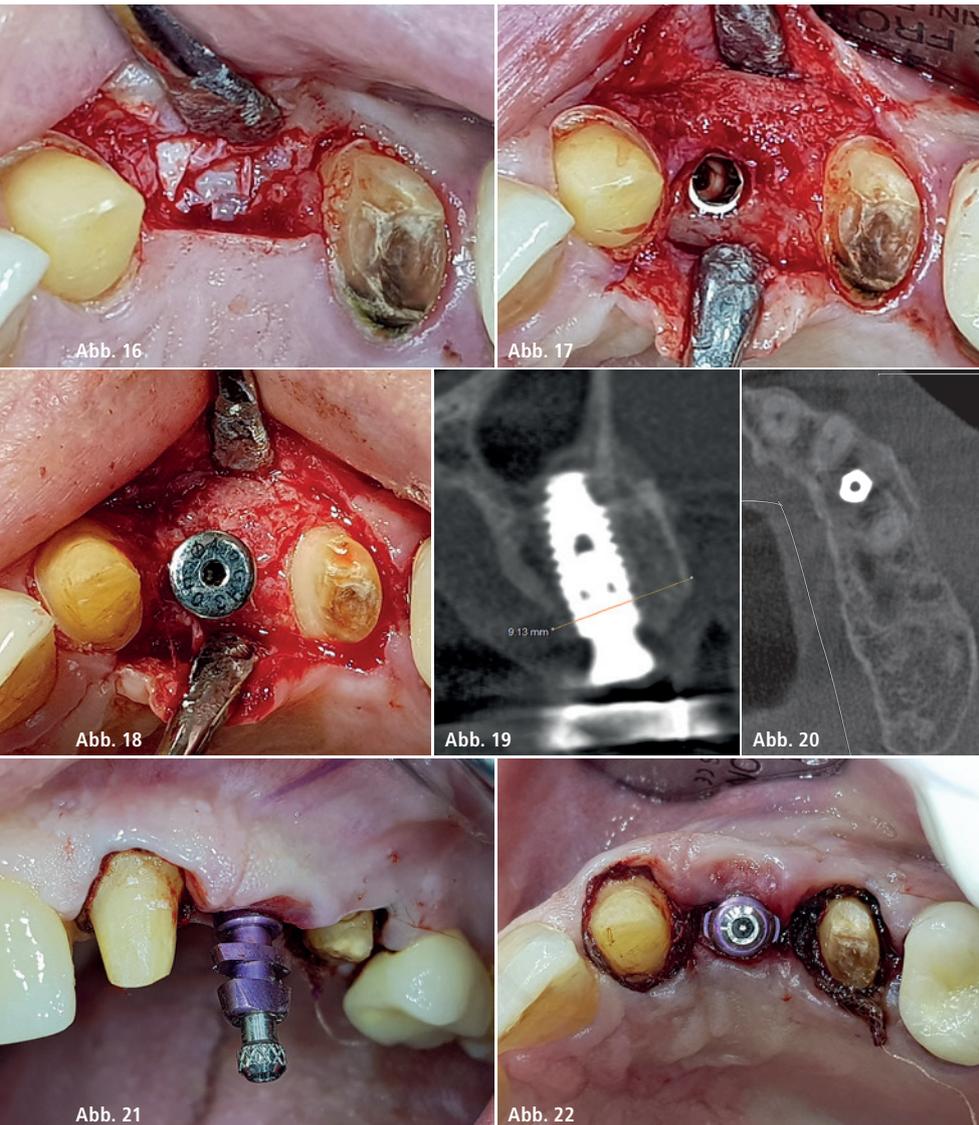


Abb. 16: Situation bei Wiedereröffnung drei Monate postoperativ. Es sind noch Reste der Ribose- vernetzten Membran sichtbar. – **Abb. 17:** Klinisches Bild zeigt den optimal wiederhergestellten Kieferkamm ohne Zeichen von Volumenverlust. Das Augmentat ist bereits fast vollständig knöchern konsolidiert. – **Abb. 18:** Insertion des Gingivaformers. – **Abb. 19 und 20:** CT-Befund zeigt die gewonnene Kammbreite von 9,13 mm und die gute knöcherne Konsolidierung des Augmentats. – **Abb. 21 und 22:** Situation bei Abdrucknahme drei Wochen nach Wiedereröffnung. Es zeigt sich eine optimale dicke Weichgewebesituation mit breitem Band an keratinisierter Gingiva.

verringert invasiven Behandlungsansatz vorgestellt.

Fallbeschreibung

Eine 52-jährige Frau stellte sich mit einem ausgeprägten Schalltückendefekt in Regio 23 vor (Abb. 1–3). Zahn 23 ging vor circa 15 Jahren verloren. Der Defekt war mit einer festsitzenden dreigliedrigen Prothese überbrückt, welche an den Nachbarzähnen fixiert war. Ihr Wunsch war eine implantatgetragene Lösung, um eine bessere Reinigung durch Zahnseide zu

ermöglichen. Ein detaillierter DVT-Scan wurde aufgenommen, um die darunterliegende knöchernen Kontur für die Implantation zu evaluieren. Der DVT-Scan ergab zusammen mit dem rekonstruierten OPG einen großen horizontalen Knochendefekt in Regio 23 mit einem Restknochenangebot von circa 6 mm (Abb. 4 und 5). Basierend auf der radiologischen Untersuchung wurde ein zweizeitiger chirurgischer Ansatz vorgeschlagen, der sowohl die Kieferkammaugmentation als auch den internen Sinuslift beinhaltet. Nachdem der Patientin alle Möglich-

keiten vorgestellt worden waren, wurde entschieden, die Schallentechnik mit einem verringert invasiven Entnahmeprotokoll zur Augmentation des oberen Oberkiefers zu verwenden. Um ein zusätzliches OP-Gebiet zu vermeiden, wurde der Lappen soweit wie nötig tunnelierend erweitert, um eine Entnahme der Knochenplatte mittels Piezochirurgie zu ermöglichen. Die Spalträume sollten mit resorbierbaren Allograftpartikeln aufgefüllt werden und zur Abdeckung eine Ribose- vernetzte Kollagenmembran zum Einsatz kommen.

Vorgehensweise

Nach Lokalanästhesie wurde im Frontzahnbereich eine nach palatinal versetzte Inzision vorgenommen, die intrasulkulär um die benachbarten Zähne auf beiden Seiten erweitert wurde. Es wurden zwei vertikale Entlastungsinzisionen im mesialen Aspekt von Zahn 22 und im distalen Aspekt von Zahn 24 vorgenommen. Zur Darstellung des Defektareals wurde ein Mukoperiostlappen mit voller Dicke angehoben. Nach gründlicher Degranulation des Defekts erfolgte die Implantatinsertion (BoneTrust 4,0x10 mm, Medical Instinct). Zur Rekonstruktion des verlorenen Alveolarknochens wurde die circa 1 mm dicke Knochenplatte des Sinusfensters zur geeigneten Größe geformt (Piezo Surgic Pro, NSK) und mit zwei Osteosyntheseschrauben (Schrauben Torx, Meisinger Screw System TX) mit einem Durchmesser von 0,9 mm und einer Länge von 10 mm fixiert. Abbildungen 6 und 7 zeigen die Situation nach Befestigung der Knochenplatte. Der Raum zwischen Knochenplatte und der vorhandenen palatinalen Knochenwand sowie das umgebende Areal der Knochenplatte wurden mit Allograft-Knochenpartikeln (Puros Allograft, 0,25–1 mm, Zimmer Dental) aufgefüllt (Abb. 8 und 9). Das augmentierte Areal wurde breitflächig mit der Ribose- vernetzten Kollagenmembran abgedeckt (OSSIX PLUS, REGEDENT GmbH). Aufgrund der guten Anliegeeigenschaften ist eine Fixation mit Pins nicht notwendig, die Membran

NobelActive® – das Original seit 2008.

42

klinische
Studien

98,5%

durchschnittliche
Überlebensrate*

*Folge-Studie über 5 Jahre



Über

14.300

ausgewertete
Implantate

Über

2.600

behandelte
Patienten



» Vielfach kopiert und nie erreicht

Seit seiner Einführung im Jahr 2008 haben Implantathersteller auf der ganzen Welt die einzigartigen Vorteile des NobelActive Implantats entdeckt. Heute sind zahlreiche „Doppelgänger“ des NobelActive Implantats auf dem Markt erhältlich, doch keines dieser Implantate verfügt über die breite Palette an Anwendungsmöglichkeiten, das umfassende Prothetiksortiment und die überzeugenden klinischen Nachweise des Originals - die Zahlen sprechen für sich.

© Nobel Biocare Deutschland GmbH, 2018. Alle Rechte vorbehalten. Vertrieb durch Nobel Biocare. Nobel Biocare, das Nobel Biocare Logo und alle sonstigen Marken sind, sofern nicht anderweitig angegeben oder aus dem Kontext ersichtlich, Marken von Nobel Biocare. Weitere Informationen finden Sie unter www.nobelbiocare.com/trademarks. Die Produktabbildungen sind nicht notwendigerweise maßstabsgetreu. Haftungsausschluss: Einige Produkte sind unter Umständen nicht in allen Märkten für den Verkauf zugelassen. Bitte wenden Sie sich an Ihre Nobel Biocare Vertriebsniederlassung, um aktuelle Informationen zur Produktpalette und Verfügbarkeit zu erhalten. Nur zur Verschreibung. Achtung: Laut US-Bundesgesetzen dürfen diese Produkte nur an Ärzte oder auf deren Anordnung verkauft werden. Für die vollständigen Informationen zur Verschreibung, einschließlich Indikationen, Gegenanzeigen, Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen, ziehen Sie die Gebrauchsanweisung zu Rate.

nobelbiocare.com



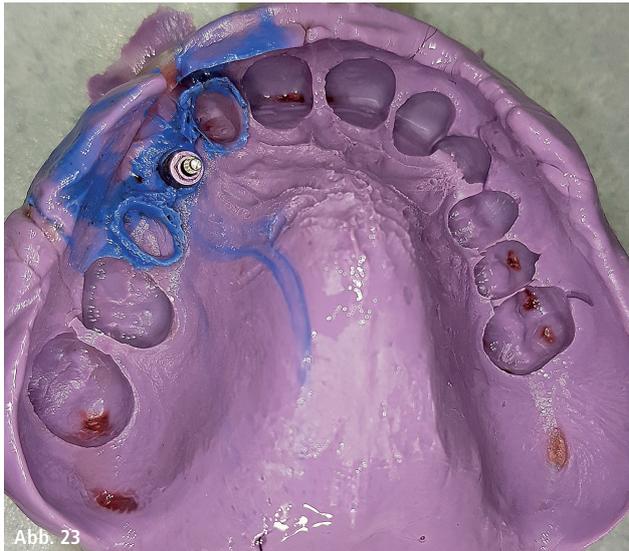


Abb. 23: Offene Abformung des Implantats und der Präparation von 22 und 24. – **Abb. 24:** Insertion des Abutments. – **Abb. 25:** Situation nach Eingliederung der Krone und Reduktion der Gingiva mit einem Diodenlaser. Es zeigt sich eine stabile Gewebesituation in der Höhe und Breite. Diese dient als Grundlage für ein optimales Emergenzprofil.



Abb. 24



Abb. 25

wurde mesial, distal und apikal circa 1 bis 2 mm überlappend platziert. Die Stabilisierung der Membran über dem Kieferkamm nach palatinal erfolgte unter dem leicht elevierten Mukoperiostlappen (Abb. 10 und 11).

Der spannungsfreie Wundverschluss erfolgte durch Einzelknopfnähte und Rückstichnaht (PTFE; Abb. 12 und 13). Abbildung 14 zeigt die Röntgenkontrolle nach Augmentierung und Implantation. Die Nähte wurden nach zehn Tagen entfernt, der weitere Heilungsverlauf war komplikationslos.

Bei der Röntgenkontrolle vor der Wiedereröffnung drei Monate nach Augmentierung (Abb. 15) zeigten sich stabile knöcherne Verhältnisse und ein offenkundig gut integriertes Augmentat. Zur Darstellung des Implantats wurde eine midkrestale Inzision durchgeführt. Es fanden sich in diesem Bereich noch deutlich intakte Areale der Ribosevernetzten Membran, als Zeichen der langen Verweildauer (Abb. 16).

Diese wurden zur Entfernung der Implantatdeckschraube und zur Entfernung der Osteosyntheseschrauben entfernt. Es zeigte sich ein optimaler Volumenerhalt des augmentierten Bereichs. Die Messung mittels Osstell ergab einen Wert von 74 als Zeichen eines stabilen knöchernen Lagers. Sowohl die autologe Knochenplatte als

auch die allogenen Knochenpartikel waren gut knöchern integriert und konsolidiert (Abb. 17).

Nach Insertion des Gingivaformers (Abb. 18) und des Wundverschlusses wurde eine weitere CT-/DVT-Aufnahme zur Kontrolle des augmentativen Ergebnisses aufgenommen. Hier zeigte sich die deutliche Verbesserung des bukkalen Knochenangebots auf nun > 9 mm und eine vitale dichte Knochenstruktur im augmentierten Bereich um Implantat 23 (Abb. 19 und 20). Zur besseren Ästhetik und zum Erzielen guter Langzeitergebnisse wurde bei der Freilegung noch eine Bindegewebsvermehrung mithilfe einer Rollappentechnik vorgenommen. Abbildungen 21 und 22 zeigen die stabilen Gewebebedingungen um Implantat 23 im Sinne eines dicken Gingiva-Biotyps und einem breiten Band an keratinisierter Gingiva zum Zeitpunkt der Abdrucknahme drei Wochen nach Freilegung.

Es wurde nach zwei Wochen eine offene Abdrucknahme (Impregum und Permadyne, 3M ESPE) vorgenommen (Abb. 23). Für ein optimales ästhetisches Ergebnis wurde ein Zirkonabutment hergestellt (Abb. 24).

Nach Herstellung der Kronen wurde eine genaue Anpassung der überkonturierten Gingiva mittels eines Diodenlasers durchgeführt (Abb. 25).

Zusammenfassung

Mit der Schalenteknik nach Khoury unter Verwendung der Materialkombination aus einem schnell resorbierenden Allograft und einer stabilen Ribosevernetzten Barrieremembran, steht für die Behandlung von ausgeprägten lokalisierten Knochendefekten eine prognostisch gut vorhersagbare und für den Patienten weniger invasive Behandlungsmöglichkeit im Vergleich zur rein autologen Variante zur Verfügung.

Kontakt

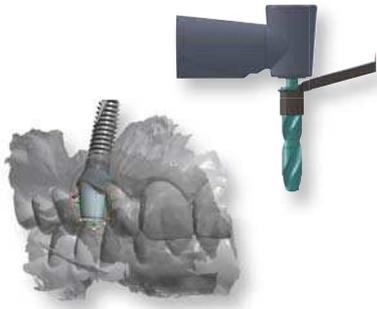
Dr. Jan Philipp Struckmeyer

Im Sande 37

30926 Seelze

Jan.Struckmeyer@web.de

www.leinemund.de



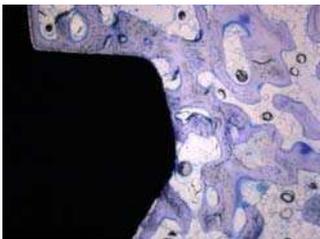
INNOVATIV.

Ob navigierte Implantation mittels Guided-Surgery, digitale Abformung oder die Herstellung von individuellen Abutments mit CAD/CAM Verfahren. Die Zukunft beginnt jetzt – mit alphatech®.



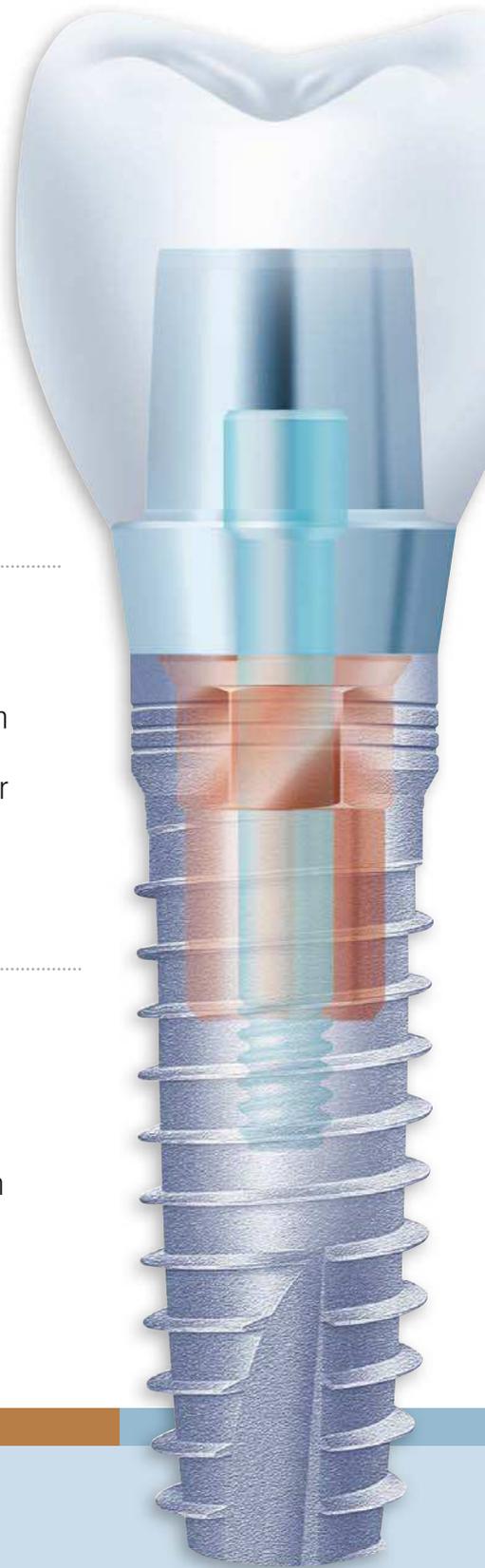
EINFACH.

Vom übersichtlichen OP-Tray mit allen benötigten Komponenten bis zum kompletten Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten. Überflüssiges hat hier keinen Platz.



SICHER.

Sicherheit bietet das alphatech® System in allen Bereichen. Von der BONITex® Oberfläche, über Bohrer mit Tiefenstops bis hin zu einer separaten Schraube für alle prothetischen Aufbauten.



FreeTel: 0800 - 1500055

FreeFax: 08000 - 400044

www.alphatech-implantate.de
alphatech@henryschein.de