Mit dem LuZi-Konzept (Fa. denvenio*) ist ab sofort ein neues Minischraubensystem erhältlich, dessen signifikante Details im Rahmen einer dreiteiligen KN-Artikelserie vorgestellt werden. In Teil 2 widmen sich die Autoren Dipl.-Ing. Holger Zipprich und Prof. Dr. Hans-Christoph Lauer dem markanten Schraubendesign sowie speziellen LuZi-Tray.

Sowohl die Sortimente, das Zubehör als auch das Handling kieferorthopädischer Minischrauben zeigte zu Beginn der Entwicklung dieser Verankerungstechnik starke Parallelen zur dentalen Implantologie. Beachtet man die Nähe der Fachbereiche und das primäre Ziel der skelettalen Verankerung, ist dies kaum verwunderlich. Jedoch wird der direkte Vergleich von dentaler Implantologie und skelettaler Verankerung in der Kieferorthopädie in den Bereichen

- Schraubenlänge und Schraubendurchmesser
- Indikation der skelettalen Verankerung
- Werkzeuge, Zubehör und Handling

zeigen, dass diese Analogie ein Trugschluss war und Minischrauben im Jahre 2010 längst eine eigene Disziplin innerhalb der Zahnmedizin darstellen.

Schraubenlänge und Schraubendurchmesser

Die Hauptgründe für unterschiedliche Schraubendurchmesser in der Implantologie sind das stark variierende Knochenangebot diverser Insertionsregionen sowie die jeweilige Indikation, zu der

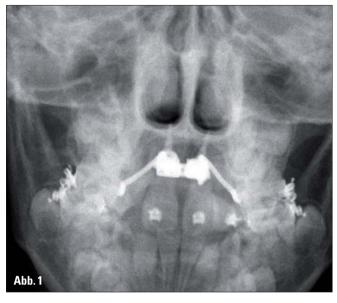
ein Implantat gesetzt wurde. Betrachtet man Indikation

und Insertionsregion, wird deutlich, dass z.B. eine Molareneinzelkrone einer deutlich höheren Belastung standhalten muss als eine interforaminale, verblockte Versorgung. Die Notwendigkeit unterschiedlicher Schrauben wird in diesem Beispiel schnell deutlich.

Dentale Implantate wer-

den prinzipiell zum Ersatz verloren gegangener Zähne verwendet. Minischrauben in der Kieferorthopädie hingegen werden - außer bei wenigen Anwendungen (zeitweise am Gaumen) überwiegend horizontal belastet. Zudem werden Minischrauben im Vergleich zu dentalen Implantaten während der Anwendung nur sehr geringen Belastungen ausgesetzt (wenn auch sehr ungünstigen – horizontal statt

axial). Physiologische Zahnbewegungen benötigen im Bereich der Kieferorthopädie nur geringe Kräfte, d. h. die Schraube wird auch entsprechend gering belastet. Ein Beispiel hierfür wäre der Molarenlückenschluss (1,5 N, ca. 150 gr), wobei die Distalisation von Molaren durchaus auch einmal große Kräfte (bis 3,5 N, ca. 350 gr) benötigen kann. Die kritischen Belastungen für Minischrauben im Hinblick auf Materialermüdung,Verbiegung und Fraktur treten vorwiegend während deren Insertion auf. Diese Belastungen liegen im Maximum bei ca. 20 Ncm.⁴ Der Hauptgrund, den Durchmes-





(Zusammenstellung: Dr. Thomas Lietz, Neulingen)

ser von Minischrauben zu limitieren, liegt im eingeschränkten Knochenangebot zwischen den Zahnwurzeln. Hier zeigte sich, dass eine Begrenzung der Durchmesser auf 1,6 mm sinnvoll ist.5 Womit werden die stark unterschiedlichen Längen von Den-

talimplantaten begründet? Die Längen variieren üblicherweise zwischen 8 und 15 mm.

Zudem sind Sonderlängen bis 19 mm

allem kürzere Implantate bis

zu 6 mm werden zunehmend

Nicht selten heißt es: je größer

der Durchmesser und je län-

ger die Schraube, desto höher

die Primärstabilität. Pauschal

kann man dieser Aussage

durchaus zustimmen. Über-

schreitet man jedoch ein Län-

gen-Durchmesser-Verhält-

nis, wird die Schraube im

Verhältnis zu ihrem Durch-

messer zu lang. Die Nachgie-

bigkeit der Schraube und so-

mit die Durchbiegung werden

so groß, dass die Steigerung

der Primärstabilität bedingt

durch eine längere Schraube

verschwindend gering wird.

Bei kieferorthopädischen Mi-

nischrauben spielt die Länge

eine immer untergeordnetere

Rolle, da fast nur die Kom-

pakta die Belastung auffängt

und dieser widersteht und so-

mit den Haupteinfluss auf die

Primärstabilität einnimmt.¹

Je länger die Schraube, desto

beliebter.

bekannt.Vor

wahl: Von welchen Faktoren sollte man die Schraubenauswahl hinsichtlich Länge und Durchmesser abhängig machen? So dünn wie möglich und so dick wie nötig ... \emptyset = ca. 1,6 mm So kurz wie möglich

größer das Risiko der Verlet-

zung durch diese. Beispiels-

weise droht bei palatinaler In-

sertion die Gefahr der Perfo-

ration zur Nase bei Einsatz

von Schrauben, die deutlich

länger als 8 mm sind (Abb. 1).

Heutzutage existieren Mini-

schraubensysteme mit diver-

sen Schraubenlängen und

-durchmessern. So stellt sich

die Frage der richtigen Aus-

Indikationen der skelettalenVerankerung

und so lang wie nötig

... Länge = ca. 6 mm.

Im Bereich der dentalen Implantologie ist eine große Flexibilität innerhalb der prothetischen Möglichkeiten von signifikanter Bedeutung. Die Indikationen reichen hierbei von der Versorgung

eines zahnlosen Unterkiefers (z.B. Stegversorgung, Kugelkopfanker, Lokator, Galvanoteleskope etc.) über Brückenversorgungen bis

hin zur Einzelzahnversorgung. Abhängig von der Insertion, der Region und den Weichgewebsverhältnissen müssen die prothetischen Komponenten in Durchmesser, Gingivahöhe und Neigung/Abwinklung variieren. Je nach ästhetischen Ansprüchen sowie Finanzkraft des Patienten variiert zusätzlich die Wahl des Materials (Titan/Zirkonoxid). Diese stark unterschiedlichen Anforderungsprofile existieren in der

Kieferorthopädie nicht. Bezüglich ihrer Indikation ist eine Minischraube prinzipiell immer als Verankerungselement gedacht - natürlich zu diversen Verankerungsindikationen und dadurch variierenden Kräften, die auf sie wirken. Statt Kronen, Koni oder Stege muss die Schraube stets nur bekannte und genormte KFO-Hilfsteile aufnehmen.

Derzeit sind unzählige Varianten von Schraubenköpfen am Markt erhältlich, die teilweise auch abnehmbar gestaltet sind (Abb. 2). Müssen gleichzeitig oder nacheinander unterschiedliche Elemente an den Schraubenköpfen fixiert werden, bedarf es entweder des Setzens einer weiteren Schraube oder der Schraubenkopf muss getauscht werden. Jeder zusätzliche Schritt erhöht jedoch das Ausfallrisiko der Schraube oder Mechanik und kann zu zusätzlichen Kosten für den Patienten führen.

Zur Minimierung von Kosten und zur Erweiterung ihrer Anwendbarkeit wurde bei der LuZi-Schraube ein universelles Kopfdesign verwendet - der Cross-Slot. Dieser kann sämtliche am Markt erhältlichen kieferorthopädischen Hilfselemente aufnehmen.3 Speziell auf den Kreuzslot abgestimmt, wurde ein einligierbarer Kugelkopfeinsatz gestaltet, der mithilfe seines Standard-Elastic oder einer Standardgummikette befestigt werden kann. Am Kugelkopf lässt sich zusätzlich eine Feder anbringen (Abb. 3). Auf diese Weise können alle in der Kieferorthopädie üblichen Hilfsmittel an nur einem Schraubenkopf fixiert werden, wobei dieser für verschiedene Aufgaben genutzt werden kann. Die einzige Einschränkung besteht hinsichtlich der Breite der einligierbaren Drähte, die wie bei anderen Minischrauben auf 0,22" limitiert

Werkzeuge, Zubehör und Handling

Auch die üblichen Trays der Minischrauben erinnern stark an die Chirurgietrays der dentalen Implantologie. Abbildung 4 zeigt ein handelsübliches Tray für Minischrauben, in welchem der Schraubendreher, dazugehörige Klingen, Schrauben sowie weiteres Zubehör aufbewahrt werden können. Die Schraubendreher sind analog der Schraubendreher von Osseosyntheseschrauben mit abnehmbarer Klinge ausgestattet. Um eine Minischraube zu inserieren, wird folglich ein ganzes Tray mit dem gesamten Zubehör und vielen Schrauben geöffnet und muss im Vorfeld der nächsten Anwenreinigt und sterilisiert werden. Bleibt die Frage, warum alle Schraubendreher überhaupt eine abnehmbare Klinge besitzen. Zumal das Auf-

durchaus sehr umständlich sein kann.

Bei einem einteiligen Schraubendreher wird dieser Arbeitsschritt komplett überflüssig. Der Behandler kann wie bei der Klingenauswahl bei einteiligen Schraubendrehern zwischen dem langen und dem kurzen Schraubendreher wählen (Abb. 5).

Einfach und praktikabel

Beispielsweise ist die Anwendung von Thrombosespritzen vor einer langen Flugreise perfekt auf die Indikation abgestimmt: Es gibt eine Spritze mit einer bereits aufgesetzten Kanüle. Die Spritze wird ausgepackt, die Schutzhülle abgenommen und die Injektion kann beginnen.

Grundlage für eine solch einfache Gestaltung der Schraubeninsertion ist, dass mit lediglich einer Schraube sämtliche Indikationen in allen

für Minischrauben zu

empfehlenden Regionen abgedeckt werden können. Dies kann durch die innovative Gestaltung der LuZi-Schraube gewährleistet werden. Denn das neu entwickelte LuZi-Tray ermöglicht den vergleichbaren Vorgang wie bei Einsatz einer Thrombosespritze.

Die Abbildung 6 zeigt ein Eindrehinstrument mit aufgesteckter Schraube und LuZi-Tray. Der Schraubendreher kann vor der Sterilisation mit einer LuZi-Schraube bestückt werden. Das einfache LuZi-Tray gewährleistet dabei eine sichere Verbindung zwischen dem Schraubendre-

her und der LuZi-Schraube und schützt zusätzlich den Sterilschlauch vor ungewollter Kontamination.

Der Behandler kann vor der Insertion entscheiden, ob er den Schraubendreher mit kurzer oder langer Klinge verwendet. Das entsprechende









KN WISSENSCHAFT & PRAXIS





Werkzeug wird aus dem Sterilschlauch entpackt, das LuZi-Tray abgezogen und die Schraube kann eingedreht werden. Bevorzugt der Behandler die Winkelstückklinge (Abb. 7a, b), wird auch hier das "No Touch"-Prinzip bis hin zur Insertion eingehalten. Das LuZi-Tray fungiert hierbei als Schutzkappe, mit welcher die Montage der Winkelstückklinge auf dem Winkelstück auch ohne umständliches Verwenden einer Pinzette erfolgen kann. Nach dem Abziehen des LuZi-Travs kann auch hier sicher, schnell und ohne das Verunreinigen eines gesamten Trays die Schraube inseriert werden. In den meisten Fällen wird oh-

nehin nur eine Schraube eingedreht. Ist jedoch die Insertion mehrerer Schrauben erforderlich, sollten im Voraus entweder mehrere Schraubendreher oder Winkelstückklingen bestückt werden. Noch einfacher geht es, wenn auf ein speziell entwickeltes Mini-Tray zurückgegriffen werden kann. Abbildung 8 zeigt ein Mini-Tray, welches über einen drehbar gelagerten Deckel verfügt. Dieser Deckel rastet in neun Positionen ein. Bei einer der Positionen ist keine Schraube entnehmbar und bei den anderen acht jeweils eine. Die kompakte Bauweise des Mini-Tray erlaubt den einhändigen Umgang und die sehr einfache Schraubenentnahme mit der anderen Hand. Der Eindrehvorgang selbst ist bei allen Schrauben auf den ersten Blick sehr einfach. Kein Aufklappen, kein Vorbohren, höchstens das Stanzen der Schleimhaut oder eine Zentrierbohrung bei zu harter Kompakta wird von einigen Herstellern empfohlen.2

Wird das Eindrehwerkzeug von der Schraube entfernt,

KN Literatur

- [1] Gedrange T, Kobel C, Harzer W.: Hard palate deformation in an animal model following quasistatic loading to stimulate that of orthodontic anchorage implants. Eur J Orthod 2001; 23: 349-354.
- [2] Luzi C, Verna C, Melsen B.: Guidelines for success in placement of orthodontic mini-implants. J Clin Orthod 2009: 43: 39-44.
- [3] Mah J, Bergstrand F.: Temporary anchorage devices: a status report. J Clin Orthod 2005; 39: 132-136; discussion 136; quiz 153.
- [4] Motoyoshi M, Hirabayashi M, Uemura M, Shimizu N.: Recommended placement torque when tightening an orthodontic miniimplant. Clin Oral Implants Res 2006; 17: 109-114.
- [5] Poggio PM, Incorvati C, Velo S, Carano A.: "Safe zones": a guide for miniscrew positioning in the maxillary and mandibular arch. Angle Orthod 2006; 76: 191-197.

stimmt häufig die rotatorische Position des Schraubenkopfes und der Slots nicht. Ursache hierfür ist, dass die Anzahl der möglichen Positionierungen der Eindrehwerkzeuge auf den Schrauben (meist sechs oder acht) mit der Anzahl der vorhandenen Slots nicht im Verhältnis 2:1 stehen. Einige Minischrauben besitzen Markierungen am Schraubenkopf, die Auskunft über die Position des oder der Slots geben. Bei unzugänglichen Regionen sind diese jedoch teilweise schwer erkennbar. Die Insertionswerkzeuge der LuZi-Schraube besitzen zur Sloterkennung vier Markierungen, die während des Eindrehens eindeutig erkennen lassen, in welcher Position die beiden Slots stehen (Abb. 9).

Zusammenfassung

Ein Trend in der Weiterentwicklung dentaler Implantate besteht in der Vereinfachung deren Handlings. Dies kann sowohl in der Chirurgie als

KN Kurzvita



- geboren am 16.11.1968 in Darmstadt
- 1985–1987 Lehre zum Elektrogerätemechaniker
- Lehrgang Schutzgasschweißen, Abschluss 1988 • 1991–1996 Studium der Elektro-
- technik, Technische Universität Darmstadt • 1996-2000 Studium "Elektrome-
- chanische Konstruktionen", Technische Universität Darmstadt • 2000–2001 wissenschaftlicher
- Mitarbeiter bei der Materialprüfanstalt in Darmstadt • seit 2001 wissenschaftlicher Mitarheiter. Poliklinik für Prothetik, Goethe-

Universität Frankfurt am Main

- diverse Auszeichnungen, u. a. 2003 Auszeichnung für den besten Vortrag (Platz 1) der nicht Habilitierten auf der DGZPW Tagung in Rust, Thema: "Versagensmodi von Implantat-Abutment-Verbindungen nach horizontalen Wechsellasten"
- Veröffentlichung: "Erfassung, Ursachen und Folgen von Mikrobewegungen am Implantat-Abutment-Interface", Quintessenz Implantologie 2007;15(1):31-46

auch in der Prothetik der Implantatsysteme beobachtet werden. Es ist wünschenswert und mittlerweile deutlich zu sehen, dass dieser Trend auch frühzeitig im Bereich der kieferorthopädischen Minischrauben Einzug hält. Im Gegensatz zur dentalen Implantologie besteht hier nicht die Problematik der Auf- und Abwärtskompatibilität in der Verbindungstechnik zwischen Implantat und Abutment. Doch diese bestehen seit Jahren unverändert. Alle Hilfselemente sind auf das Bracketdesign und die Slotgröße abgestimmt. Folglich wäre eine schnelle Umsetzung praxisrelevanter Vereinfachungen möglich.

Das Reengeneering der gesamten Anwendung kieferorthopädischer Minischrauben beim neu entwickelten LuZi-System zeigt innovative Vereinfachungen, die jetzt in klinischen Anwendungsbeobachtungen ihre Vorteile beweisen müssen. 🖾

KN Adresse*

denvenio (ETG-Elektronik GmbH) Robert-Bosch-Straße 7 64293 Darmstadt Tel.: 0 61 51/5 00 37 20 E-Mail: info@denvenio.de www.denvenio.de

KN Adresse

Dipl.-Ing. Holger Zipprich Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Direktor: Prof. Hans-Christoph Lauer Uniklinikum (ZZMK, Haus 29) Goethe-Universität Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main Tel.: 0 69/63 01-47 14 E-Mail: zipprich@em.uni-frankfurt.de

ANZEIGE

