

Korrektive Konturaugmentation eines **residualen Implantat-dehiszenzdefekts**

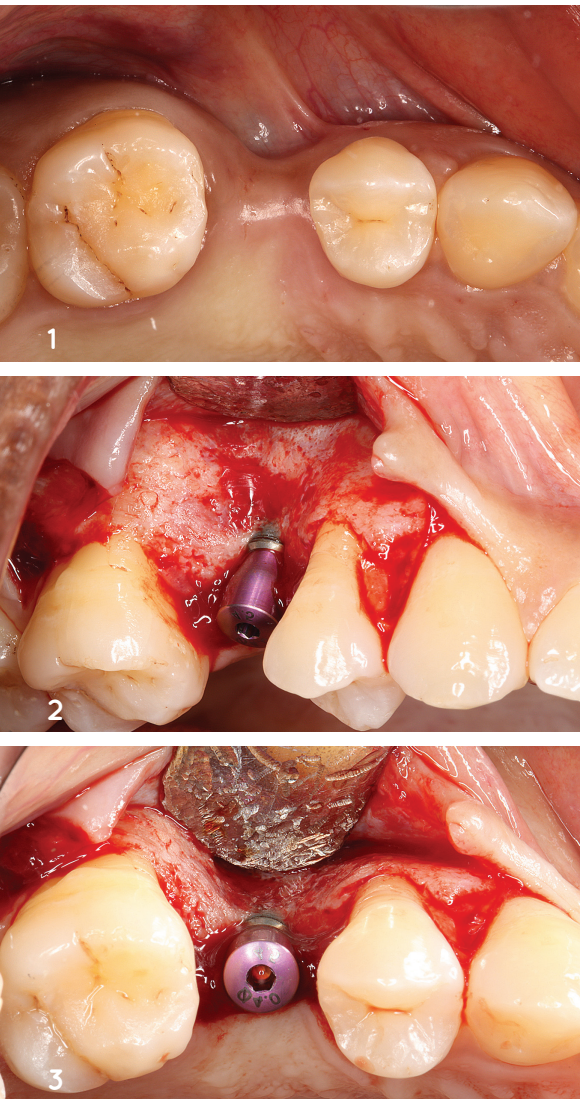


Abb. 1: Klinisches Ausgangsbild: Signifikanter horizontaler Gewebedefekt. **Abb. 2 und 3:** Situation nach Lappenpräparation und Implantation zeigt einen ausgeprägten bukkalen Dehiszenzdefekt.

Guided Bone Regeneration ist heutzutage das Standardverfahren zur Augmentation von Knochendefekten um simultan inserierte Implantate. Allerdings wird im klinischen Alltag oftmals keine hundertprozentige Defektauffüllung erzielt. Da raue Implantatoberflächen, die nicht vollständig osseointegriert sind, mit einem erhöhten Risiko des Auftretens von periimplantären Erkrankungen in Verbindung gebracht werden, sollten Restdefektbereiche adäquat behandelt werden. In diesem Fallbericht wird ein neues Konzept zur korrekativen Behandlung von residualen periimplantären Knochendefekten zum Zeitpunkt der Wiedereröffnung nach Implantation mithilfe einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmatrix vorgestellt. Durch ihre Leitschienenfunktion zur Knochenneubildung bewirkt sie eine signifikante langzeitstabile Verbesserung der periimplantären Gewebe und kann zudem ohne zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterial eingesetzt werden.

Infos zum Autor



Autor: *Rodrigo Neiva, DDS, MS*

50 Years – From single Implant to digital Workflow

VISIONS IN IMPLANTOLOGY

3. ZUKUNFTSKONGRESS FÜR DIE
ZAHNÄRZTLICHE IMPLANTOLOGIE

6./7. November 2020

Maritim Hotel & Congress Centrum Bremen

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.dgzi-jahreskongress.de

Premium Partner:

camlog straumanngroup Geistlich
Biomaterials Dentsply
Sirona

VISIONS IN IMPLANTOLOGY BREMEN



6./7. November 2020
Maritim Hotel & Congress Centrum Bremen

50. Internationaler Jahreskongress der DGZI e.V.
3. Zukunftskongress für die zahnärztliche Implantologie

MIT HYGIENEKONZEPT!

DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

Jetzt anmelden unter:

www.dgzi-jahreskongress.de



DGZI
Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.

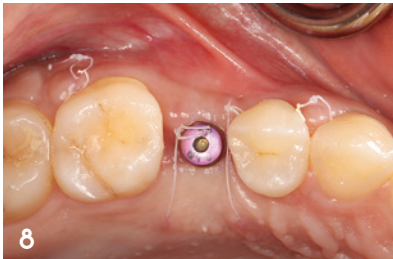
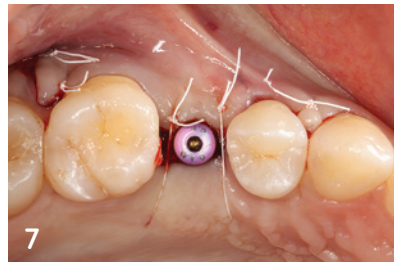
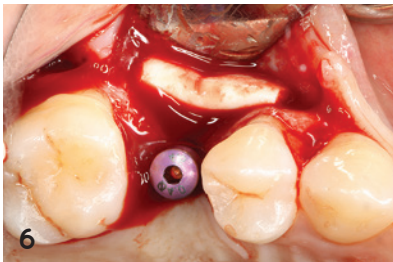


Abb. 4: Rehydratisierter Matrixkörper (25x30 mm). **Abb. 5:** Rehydratisierter gefalteter Matrixkörper. **Abb. 6:** Augmentation mit doppelagiger OSSIX® VOLUMAX ohne KEM. **Abb. 7:** Spannungsfreier Nahtverschluss. **Abb. 8:** Situation bei Nahtentfernung zwei Wochen post OP: Komplikationsloser Heilungsverlauf. **Abb. 9:** Situation vier Monate post OP: Guter Volumenerhalt des augmentierten Areals.

Der Patientenwunsch nach Ersatz von fehlenden Zähnen durch Zahnimplantate hat sich in den letzten Jahren stark erhöht, die chirurgische Realisierung wird jedoch oft durch die Menge an verfügbarem Knochen begrenzt.

Durch die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) steht eine gut dokumentierte Methode zur Verfügung, um dieses Gewebedefizit zu beheben.¹⁻⁵ Die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) stellt heute auch den Behandlungsstandard für die Versorgung von lokalisierten Knochendefekten (z. B. Dehiszenz- oder Fenestrationsdefekte) um simultan inserierte Implantate dar.⁶⁻⁸ Hierzu werden verschiedenartige resorbierbare und nicht resorbierbare Barrieremembranen, entweder allein oder in Kombination mit verschiedenen Knochenersatzmaterialien, verwendet.

Gegenwärtig beinhaltet das beste dokumentierte Augmentationsprotokoll entweder die Verwendung eines deproteinisierten bovinen Knochenminerals (DBBM) in Kombination mit einer Barrieremembran, einem partikulären autogenen Knochen mit oder ohne eine resorbierbare Membran oder eine nicht resorbierbare Membran allein.⁸

Relevanz der vollständigen Auffüllung

Die Überlebensrate von Implantaten, die in Verbindung mit einem gleichzeitig durchgeführten Knochenaufbau vorhandener Dehiszenz- oder Fenestrationsdefekten platziert werden, liegt im gleichen Niveau wie die Überlebensrate von Implantaten, die in ortsständigen Knochen inseriert werden (>95%).^{7,8}

Trotz dieser hohen Überlebensraten haben einige Langzeitstudien (>5 Jahre) gezeigt, dass die Prävalenz der Periimplantitis zwischen 28 und 56 Prozent auf der Patientenebene und zwischen 12 und 43 Prozent auf Implantatniveau liegt.⁹

Neben den bekannten Risikofaktoren wie schlechte Mundhygiene, Parodontitis und Zigarettenkonsum liegen auch Hinweise vor, dass raue Implantatoberflächen wahrscheinlicher eine Periimplantitis entwickeln, wenn sie einmal der oralen Umgebung ausgesetzt sind, als weniger raue Implantate.^{10,11}

So liegt die Vermutung nahe, dass Restdefektbereiche um Implantate ein höheres Risiko bergen können, bakterielle Plaques

biofilme anzusammeln und anschließend periimplantäre Erkrankungen zu induzieren.

In einer Studie von Schwarz wurde die Auswirkung der Restdefekthöhe (RDH) nach einer simultanen Augmentation von Dehiszenzdefekten um Implantate auf die Langzeitstabilität der periimplantären Gesundheit nach vier Jahren untersucht.¹² Es konnte gezeigt werden, dass Implantate mit Restdehiszenzen von >1 mm nach Augmentation ein höheres Risiko für eine periimplantäre Erkrankung aufweisen. Zudem stellten sich bei Implantaten mit knöchernen Restdehiszenzen nach Augmentation häufiger Weichgewebsrezessionen ein, welche das ästhetische Ergebnis der Implantation kompromittierten.

Zur Bestimmung des Erfolgs einer Implantattherapie ist die Beurteilung der Implantatüberlebensraten so möglicherweise nicht ausreichend.

Um das Risiko einer periimplantären Infektion zu verringern, sollte auch die Vollständigkeit der Auffüllung des knöchernen Defekts eine elementare Rolle für die Beurteilung der Erfolgsrate einer GBR spielen. Diese wird üblicherweise als prozentuale Auffüllung des initial vorhandenen Dehiszenz- bzw. Fenestrationsdefekts definiert und kann zum Zeitpunkt des Reentrys gemessen werden.¹²

Bedeutung der Barrieremembran

Klinische Studien zeigen, dass eine hundertprozentige Defektauffüllung mit den derzeitigen Augmentationstechniken im klinischen Alltag nur selten erzielt wird.

So ist die Auffüllungsrate von Knochendefekten um Implantate, die mit Knochenaufbaumaterial alleine augmentiert wurden (ohne Barrieremembran), eher ernüchternd. Eine vollständige Defektauffüllung wurde hier nur in circa 56 Prozent der Fälle verzeichnet.

Durch die zusätzliche Verwendung einer resorbierbaren bzw. nicht resorbierbaren Barrieremembran kann die Erfolgsrate auf circa 75 Prozent erhöht werden.⁸ Auch die Barrierefunktion der Membran hat Einfluss auf den Augmentationserfolg.

Friedman et al. prüften in einer klinischen Vergleichsstudie die Defektauffüllungsrate einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmembran im Vergleich zu einer nativen Kollagenmembran nach Augmentation von Dehiszenzdefekten um gleichzeitig inserierte Zahnimplantate.¹³ Nach sechs Monaten zeigte die Gruppe mit der Ribose-kreuzvernetzten Membran statistisch signifikant mehr Knochengewinn sowohl vertikal als auch horizontal.

Ribose-kreuzvernetzte Kollagenmatrix

Neben der vielversprechenden klinischen Performance weisen Ribose-kreuzvernetzte Kollagenmembranen eine besondere Eigenschaft auf: Sowohl tierexperimentelle als auch klinische Studien konnten zeigen, dass der Membrankörper nicht klassisch resorbiert wird, wie es bei nativem Kollagen der Fall ist,

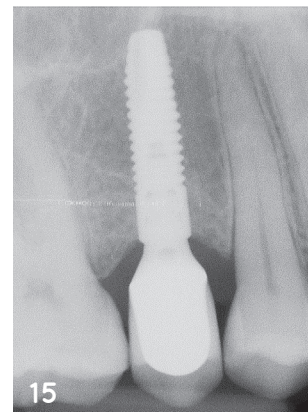
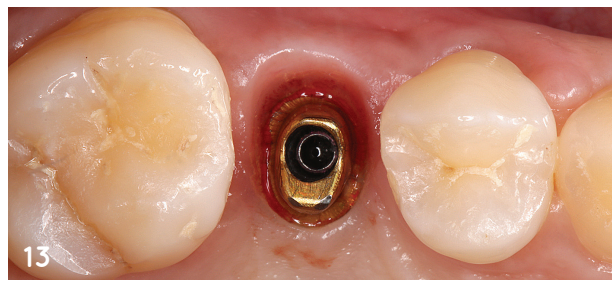
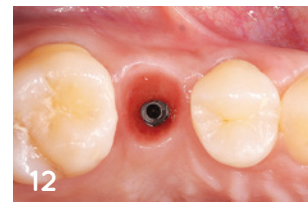
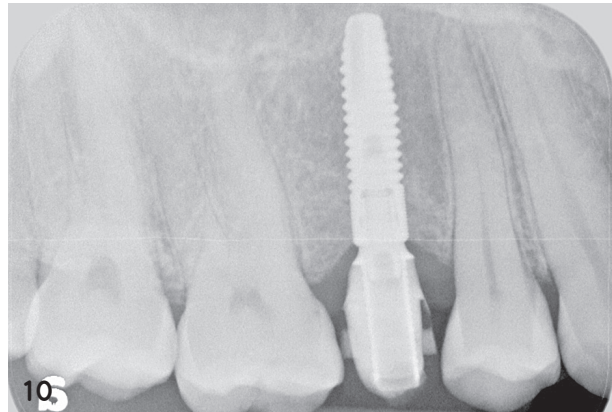
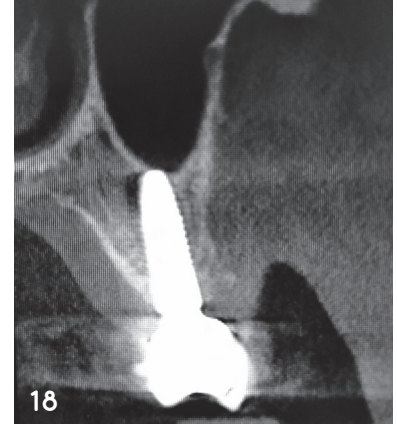


Abb. 10: Röntgenbild nach 30 Tagen mit provisorischer Versorgung. **Abb. 11:** Okklusalansicht nach drei Monaten vor der endgültigen Abdrucknahme. **Abb. 12:** Okklusalansicht nach fünf Monaten mit stabiler bukkaler Kontur und gesundem periimplantärem Weichgewebe. **Abb. 13:** Abutmentanpassung an das generierte Weichgewebeprofil. **Abb. 14:** Finale implantatgetragene Krone. **Abb. 15:** Röntgenbild nach sechs Monaten mit optimalem krestalen Knochniveau. **Abb. 16:** Abschließende implantatgetragene Krone.



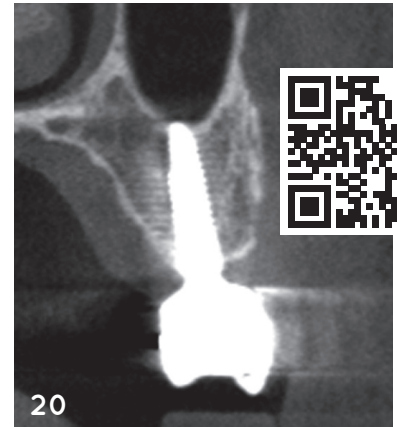
17



18



19



20



Literatur

Abb. 17: Bukkalansicht zeigt das ästhetische Ergebnis. **Abb. 18:** CT nach sechs Monaten: Im bukkalen Aspekt hat sich neuer Knochen um das Implantat gebildet, Teile des OSSIX VOLUMAX-Matrixkörpers sind mineralisiert, insbesondere im krestalen Bereich. **Abb. 19:** Bukkalansicht drei Jahre post OP zeigt stabile Gewebeverhältnisse um das Implantat. **Abb. 20:** CT nach drei Jahren: Fortgeschrittene Verknöcherung des Matrixkörpers, ausgereifte bukkale Knochensituation ohne Zeichen einer Resorption.

sondern häufig in den ortsständigen Knochen integriert (Membranossifikation).^{14,15}

Seit einigen Jahren ist auch eine circa 2 mm dicke Kollagenmatrix aus Ribose-vernetztem Kollagen verfügbar. Diese Matrix weist, ebenso wie die auf diese Art hergestellten Membranen, ein langsames Biodegradationsprofil auf. Somit fungiert sie für den Körper nicht nur als Membran, sondern stellt darüber hinaus eine Leitschiene zur Gewebeneubildung zur Verfügung.¹⁶

So zeigte die Ribose-kreuzvernetzte Matrix sowohl in einer kontrollierten tierexperimentellen Studie als auch klinisch die Eigenschaft zur Knochenneubildung, auch ohne Zugabe von Knochenersatzmaterial.^{16,17} Als Konsequenz dieser vorteilhaften Eigenschaften von kreuzvernetztem Kollagen bietet sich ein Einsatz dieses Präparats bei der Augmentation von periimplantären Defekten an. Durch die vereinfachte Handhabung ohne zusätzliches partikuliertes Knochenersatzmaterial eignet sich diese Kollagenmatrix insbesondere für den Einsatz bei korrekativen Eingriffen zur Behebung von residualen Knochendefekten, um eine stabile periimplantäre Gewebesituation zu generieren.

Fallbeschreibung

Eine 32-jährige Patientin stellte sich mit einem fehlenden Zahn in Regio 15 vor. Dieser wurde fünf Jahre vor der Erstuntersuchung extrahiert. Der Patientenwunsch war eine festsitzende Versorgung in Regio 15. In einer ersten Sitzung wurde ein 3,6x13 mm

Implantat gesetzt. Zusätzlich erfolgte zeitgleich ein Knochenaufbau zur Korrektur des horizontalen Knochendefizits.

Das klinische Bild zum Zeitpunkt der Implantatwiedereröffnung fünf Monate post OP zeigte allerdings weiterhin einen ausgeprägten Gewebedefekt in bukkaler Dimension. Abbildung 1 zeigt die Okklusalanansicht und die deutliche horizontale Einziehung.

Zur Behebung der unästhetischen Situation und zur Minimierung des Risikos der Entstehung von periimplantären Erkrankungen um das Implantat wurde beschlossen, eine zweite Konturaugmentation durchzuführen. Um die Behandlungszeit bis zur definitiven Versorgung nicht allzu sehr zu verlängern, sollte der Eingriff simultan mit der geplanten Insertion eines Gingivaformers im Sinne eines transgingivalen Heilungsprotokolls erfolgen.

Das Implantat wurde mit einem ausreichend breiten Mukoperiostlappen eröffnet, um eine spannungsfreie Weichgewebebedeckung nach der nötigen Konturaugmentation zu erleichtern. Die Schnittführung erfolgte krestal und wurde um einen Zahn mesial und distal erweitert. Zudem wurde eine vertikale Entlastungsinzision distal an Zahn 16 durchgeführt. Für einen spannungsfreien Wundverschluss erfolgte eine Periostschlitzung.

Das klinische Bild nach Lappenhebung zeigte ein gut osseointegriertes Implantat. Nach bukkal war vor allem im apikalen Bereich noch eine dünne Knochenlamelle vorhanden. In krestaler Dimension war allerdings ein residualer Dehizenszdefekt sichtbar (Abb. 2).

In der Okklusalansicht wird das Ausmaß des signifikanten horizontalen Hartgewebedefizits sichtbar, das zu einem schlechten ästhetischen Ergebnis bei der zukünftigen Versorgung führen würde (Abb. 3).

Die Konturaugmentation sollte mit der Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmatrix durchgeführt werden (OSSIX® VOLUMAX, REGEDENT GmbH). Aufgrund der Matrixeigenschaften des Präparats und der guten Defektbegrenzung nach mesial und distal wurde beschlossen, auf die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterial zu verzichten. Hierzu wurde die Kollagenmatrix zunächst für circa zwei Minuten in Kochsalzlösung rehydratisiert (Abb. 4). Zur Verbesserung der Kontur und zur besseren Stabilisierung des augmentierten Defektareals wurde die Kollagenmatrix doppellagig appliziert (Abb. 5 und 6). Der spannungsfreie Wundverschluss erfolgte mit PTFE-Nahtmaterial entsprechend einem transgingivalen Heilungsprotokoll (Abb. 7).

Der Patient wurde angewiesen, eine Woche lang dreimal täglich mit einer desinfizierenden Lösung (CHX 0,2%) zu spülen. Gegen postoperative Schmerzen wurde ein Analgetikum nach Bedarf verordnet (z. B. Ibuprofen 600 mg). Eine Antibiotikagabe für die folgenden sieben Tage wurde ebenfalls empfohlen (z. B. Clindamycin 1.800 mg pro Tag).

Nach zwei Wochen erfolgte postoperativ die Nahtentfernung (Abb. 8). Zu diesem Zeitpunkt zeigte sich eine optimale Wundheilung.

Vier Monate nach der Operation fand die provisorische Implantatversorgung statt. Sowohl klinisch (Abb. 9) als auch radiologisch (Abb. 10) konnten ein guter Volumenerhalt des augmentierten Areals und ein gesundes periimplantäres Gewebe verzeichnet werden. Der weitere Heilungsverlauf verlief komplikationslos (Abb. 11).

Die Insertion der finalen Krone erfolgte fünf Monate nach der zweiten korrektiven Augmentation. Die Abbildungen 12 bis 14 zeigen die stabile bukkale Kontur und das gesunde periimplantäre Weichgewebe.

Beim Kontrolltermin sechs Monate postoperativ konnte sowohl radiologisch (Abb. 15) als auch klinisch (Abb. 16 und 17) ein sowohl funktionelles als auch ästhetisch gelungenes Ergebnis der Behandlung verzeichnet werden.

Zur Kontrolle des Erfolgs der korrektiven Augmentation erfolgte eine CT-Aufnahme (Abb. 18). Hier konnte eindeutig eine signifikante Knochenneubildung im bukkalen Bereich um Implantat 15 nachgewiesen werden. Wesentliche Teile des Matrixkörpers waren mineralisiert, insbesondere im krestalen Bereich – dem eine besondere Bedeutung für die Implantatgesundheit zukommt.

Beim Kontrolltermin drei Jahre post OP zeigen sich stabile Gewebeerhältnisse um das Implantat (Abb. 19). In der entsprechenden CT-Kontrollaufnahme wird deutlich, dass sich eine stabile ausgereifte bukkale Knochenlamelle manifestiert hat,

ohne jegliche Zeichen eines Volumenverlusts des ehemaligen Augmentats (Abb. 20).

Zusammenfassung

Aufgrund ihrer besonderen Matrixeigenschaften eignet sich der hier verwendete Kollagenkörper zur korrektiven Behebung von bukkalen Gewebedefiziten um Implantate und führt zu einer langzeitstabilen Verbesserung des periimplantären Gewebes. In bestimmten klinischen Situationen kann die Augmentation auch ohne zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterial erfolgen.

KONTAKT

Rodrigo Neiva, DDS, MS

Chair & Clinical Professor of Periodontics
University of Pennsylvania
School of Dental Medicine
240 South 40th Street
Philadelphia, PA 19104-6030
rneiva@upenn.edu

ANZEIGE

fab2dent

Sinuslift Kurs

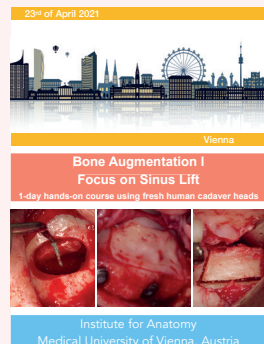
23. April 2021 / Wien

1-Tages-Kurs am Anatomischen Institut in Wien

Reelle Übungssituation aufgrund **frischer** (nicht fixierter!) **Präparate**

Lateraler / transkrestaler Sinuslift / Implantation
Piezotechnik, rotierende Instrumente, Osteotome, Magnetic Mallet etc.

Prof. DDr. Christian Ulm
Prof. Dr. Andreas Stavropoulos, PhD, dr. odont.
Priv. Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD, MBA, MSc



Alle Informationen und
Anmeldungsmöglichkeiten finden sie unter:
[https://www.fab2dent.com/
scheduled-courses/](https://www.fab2dent.com/scheduled-courses/)