

Es ist klinische Realität, dass viele potenzielle Implantatpatienten nur über eine geringe Knochenhöhe verfügen. Knochenaufbauverfahren bergen wiederum oft inhärente Risiken und Komplikationen. Im Interview erläutert Prof. Dr. Mauro Marincola, welche einfacheren und durchgehend vorhersagbaren Behandlungen dank der SHORT® Implants von Bicon möglich sind.

„Nur der Mensch ist das Limit“

Kerstin Oesterreich

Herr Prof. Marincola, welche klinischen sowie prothetischen Besonderheiten gilt es, bei Kurz- und Ultrakurzimplantaten zu beachten?

Bei Einzelzahnversorgungen gibt es keine relevanten Unterschiede im Vergleich zu Versorgungen bei natürlichen Zähnen. Alle prothetischen Techniken können angewendet werden. Klinisch ist bei der Implan-

tion auf die Implantatempfehlungen des Herstellers zu achten.

Bei Brücken mit zwei Zwischenelementen gibt es ebenfalls keinen Unterschied, bei längeren Spannen jedoch sollte die Wahl auf ein elastisches Material wie z.B. TRINIATM fallen, da dort eine andere Biomechanik zu berücksichtigen ist. Brücken können dann mit okklu-



Die klinischen Applikationen von Kurzimplantaten sind nahezu unbegrenzt.

salen Schrauben oder Zement fixiert werden, auch sind telekopische Versorgungen möglich. Bei Einzelzahnversorgungen bevorzuge ich die integrierte Abutment Krone™ (IAC), hergestellt aus einer hochwertigen Hybridkeramik.

Bei Full-Arch-Versorgungen in extrem atrophischen Situationen im Unterkiefer, wo Kurzimplantate interforaminär eingesetzt werden können, empfehle ich eine festsitzende, verschraubte und metallfreie Prothetik. TRINIA™ gibt uns dort die großartige Möglichkeit, Extensionen von bis zu 21 mm zu verwenden. Mit dieser Art von Versorgung ist die Langfristigkeit besser gewährleistet als bei herausnehmbaren Varianten, wie z. B. Locator. Im atrophischen Knochen ziehen wir es also vor, festsitzend zu versorgen.

Warum eignen sich SHORT® Implantate besonders bei prothetischen Versorgungen mit stark reduziertem Knochenangebot?

Für prothetische Versorgungen im Unterkiefer benötigen wir 7 mm vertikalen Restknochen im posterioren Bereich, und im Oberkiefer bei extremen Atrophien (1 mm Restknochen) eignen sich Kurzimplantate in Kombination mit einer transkrestalen Sinusaugmentation auch für unverblockte Einzelzahnversorgungen.

SHORT® Implantate von Bicon gelten als Alternative zu Sinuslift und Knochenaugmentation – warum?

Durch das Plateauesign, die komplett andere Einheilung (Bildung eines Haver'schen Systems in den horizontalen Implantatkammern), die abgeschrägte, subkrestal platzierte Implantatschulter sowie der 1,5° Locking-Taper bakterien-dichten Konusverbindung zwischen Implantat und Abutment sind Kurzimplantate einfach die bessere Alternative. Sie heilen in wenigem Restknochen ein, und im Oberkiefer ist keine Primärstabilität notwendig.

Zitat des Konsensuspapier 2016, 11. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) 2016 in Köln, Update: Kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate:

6. Empfehlungen zu kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten

Die Anwendung von kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot stellt heute, bei Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter, eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit

Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar. Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler müssen eine angemessene Ausbildung erhalten haben, um für den jeweiligen Patienten die bestmögliche Therapieform zu wählen.



Welche Optionen und Limits gibt es beim Einsatz von kurzen Implantaten?

Die klinischen Applikationen von Kurzimplantaten sind nahezu unbegrenzt. Die Option, auch in extrem schwierigen Knochensituationen Kurzimplantate einzusetzen, hängt natürlich mit der Kapazität des Operators und seinen Erfahrungen mit dem System zusammen – der Mensch ist somit das Limit!

Was sind die Unterschiede in puncto Einheilung?

Bei plateauförmigen Kurzimplantaten, im Gegensatz zu geschraubten Kurzimplantaten, bildet sich in den Heilungskammern zwischen den Plateaus ein trabekulärer, reaktiver, horizontal verteilter spongioser Knochen. Bei der Einheilung ist das Implantat protegert, da es subkrestal eingesetzt und die Implantatschulter mit dem gesammelten autologen Knochenmaterial abgedeckt wird. Da bei der Aufbereitung jeder Osteotomie wertvoller autologer Knochen gesammelt wird, gibt das dem Chirurgen die Möglichkeit, irregulär verlaufende Kieferknochen zu korrigieren sowie Knochen-defekte aufzufüllen.

Ist kürzer einfach besser?

Wenn man Wert auf Minimalinvasivität legt, ein klares Ja! Kurzimplantate sollten knochenschonend eingesetzt werden, d. h. mit einer langsamen Aufbereitung der Osteotomie. Das ist sehr wichtig, besonders im atrophischen Knochen, da dieser zur Überhitzung neigt. Auch manuell mit Handbohrern kann mit 25/min aufbereitet werden, was noch mal schonender ist.

Herr Prof. Marincola, herzlichen Dank für das Interview.

Kurzimplantate sollten knochenschonend eingesetzt werden, d. h. mit einer langsamen Aufbereitung der Osteotomie.