

DZW Orale Implantologie

3/09

3. INTERNATIONALER
CAMLOG KONGRESS
10.–12. JUNI 2010
STUTT GART LIEDERHALLE

TERMIN
VORMERKEN!

camlog foundation

- Für minimal-invasive, patientenfreundliche Lösungen –
Mini-Implantate, schmale, lange oder kurze dicke Implantatdesigns
- Professionelle Betreuung der Patienten sichert den Langzeiterfolg
- Implantatlösungen für die „Alltagsfälle“

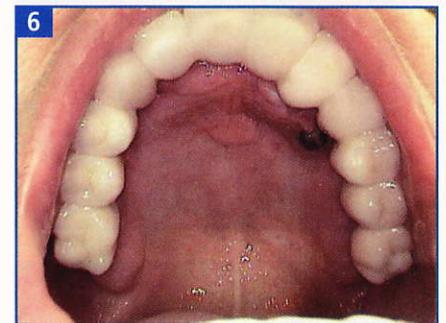
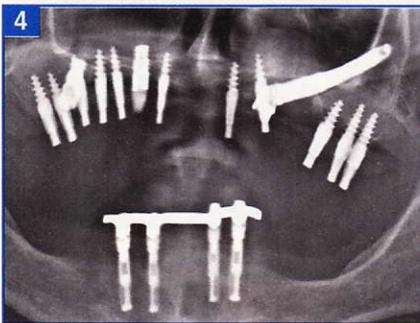
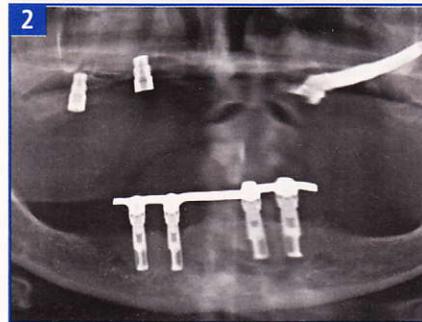
Kondensationstechnik bei Sofortimplantation

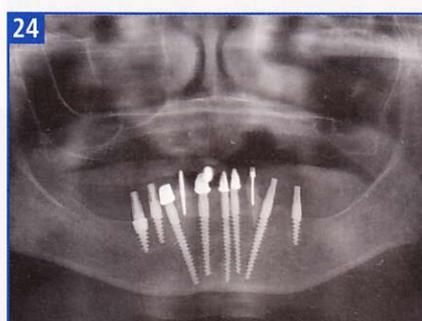
Minimal-invasives Implantationsverfahren mit schonender Osteotomtechnik

Coci steht für „Champions-Osteotoms-Condensations-Implantation“, bei der die lateral Knochen verdichtende, kondensierende Osteotomtechnik im Zuge der *Champions*-Implantation selbst angewandt wird und eine ausreichende Primärstabilität von mehr als

40 Ncm erreicht wird. Mimi nennt man die minimal-invasive Methode der Implantation. Sie definiert sich als eine Periost schonende, transgingivale („flapless“) Insertion eines vornehmlich einteiligen Implantats. Beide Verfahren werden seit 16 Jahren zur Insertion angewendet.

In der zahnärztlichen Implantologie und Prothetik werden zunehmend einteilige Implantate bevorzugt, die minimal-invasiv und Periost schonend mit ausreichend großer Primärstabilität (mehr als 40 Ncm) inseriert werden und die mit Suprakonstruktionen möglichst verblockt in Sofortbelastung prothe-





► tisch versorgt werden können. Begriffe wie „Schlüsselloch-Chirurgie“, „Endoskopie“, „Sofortbelastung“, „progressives Knochen-training“ und „flapless“-Arbeiten (ohne vestibuläre Schnitt- und Lappenführung) zur Vermeidung von postoperativen Komplikationen und ästhetischen Einbußen spielen bei den Verfahren Coci und Mimi zur Insertion von *Champions*-Implantaten eine wesentliche Rolle. Die Indikationen, die Anwendung und die Vorteile dieses Osteotomie-Verfahrens werden an drei Patientenfällen vorgestellt.

Patientenfall 1

Bei der 54-jährigen Patientin wurden im Oberkiefer insgesamt 18 Implantate (!) von vier Praxen/Kliniken klassisch inseriert, wobei letztlich im Oberkiefer nur eins (regio 13) von uns in die Suprakonstruktion mit einbeziehbar war. Alle anderen klassisch inserierten Implantate gingen im Oberkiefer aufgrund von diversen „Nichteinheilen“ oder Entzündungen verloren. Das Implantat Regio 16 war zwar stabil, stand jedoch prothetisch unverwertbar einen Zentimeter außerhalb des Kieferkammes. Das *Zygoma*-Implantat im

zweiten Quadranten wies im Periotest einen Lockerungsgrad von 2,4 auf und konnte ebenso wenig mit einbezogen werden (Abb. 1 und 2). Die Patientin wurde von sämtlichen Praxen als nicht weiter therapierbar eingestuft. Doch mit der Coci-Technik konnten wir minimal-invasiv insgesamt elf *Champions*-Implantate – ungeachtet der Schleimhautdicken – mit optimalen Primärstabilitäten erhalten (Abb. 3 und 4), die man mit einer Zirkoniumdioxid-Brücke (Abb. 5), die in diesem Fall innerhalb nur einer Woche post OP erstellt werden konnte, verblockt, spannungsfrei und somit

gesichert in die sekundäre Osseointegrations-Stabilität (SOS) überführt. Die überglückliche Patientin kommt seit nunmehr zwei Jahren regelmäßig zu Nachkontrollen und Prophylaxe und hatte vom ersten Tage an keinerlei Beschwerden mehr (Abb. 6 bis 8).

Patientenfall 2

Die Coci-Mimi-Technik kam direkt im Anschluss an die Extraktion des nicht erhaltungswürdigen Zahns 11 (Abb. 9) zur Anwendung: Voraussetzung ist zum Beispiel ein nicht selbstschneidendes, einteiliges *Champions*-Implantat, das man in eine unterdimensionierte Knochenkavität mit definierter Kraft (40 bis 80 Ncm) hinein kondensiert (Abb. 10), die zuvor mit „normalem“ grünem Winkelstück einer Behandlungseinheit mit nur 250 Umdrehungen pro Minute auf volle Gewindelänge aufbereitet wurde.

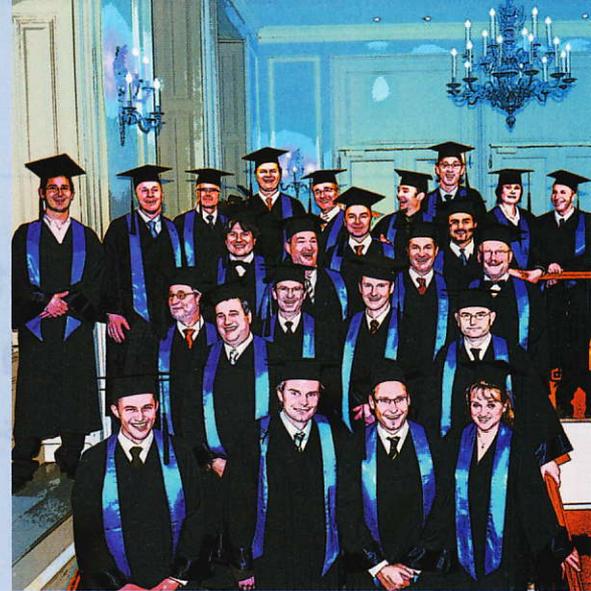
Die nur eine „gelbe“ Bohrung im Oberkiefer führen wir zwar in der Alveole durch, jedoch nicht in Verlängerung der „alten“ Wurzel, sondern in die „palatinale Wand“ mit leicht palatinaler Tendenz. Die so wichtige Knochenkavitäten-Kontrolle (KKK) der konisch dünnen Bohrung überprüft man mittels (PA-) Sonde, um Perforationen vollends auszuschließen. Den Bereich zwischen vestibulärem *Champions*-Implantat und der vestibulären Alveolenwand füllte ich nur mit *Gelastyp*-Kollagen auf. Alloplastische oder bovine Materialien nehme ich nur, wenn ein Klasse-II- oder Klasse-III-Defekt vorliegt.

Nach Anprobe eines *Typ-2 Zirkon-Prep-Caps* (Abb. 11) und dessen Zementierung mit *Fuji Plus* (Abb. 12) belassen wir das mit den Approximalfächen der Nachbarzähne mit Komposit temporär verklebte Provisorium acht Wochen auf Nonokklusion, auch bei Protrusionsbewegung des Unterkiefers. Erst nach acht Wochen (Abb. 13) nehmen wir bei Einzelzähnen im Oberkiefer die Abformung, um die Arbeit anzufertigen und einzusetzen (Erreichen der SOS-Phase).

Prep-Caps aus Zirkon sind fakultativ einzementierbare, präparierbare „Hilfsabutments“. Ich verwende sie nur bei ca. 20 Prozent aller Vierkant-Implantationen: Bei Implantationen in der ästhetischen Zone und bei allen Sofortimplantationen. Eine gesteuerte Gewebsregeneration sowohl der rot-weißen Ästhetik (GTR) als auch der des Knochens (GBR) kann man ohne weitere Maßnahmen und Materialien alleine mit diesen *Prep-Caps* durchführen. Die **Abbildungen 14 und 15** wurden bei der Kontrolle der einzementierten Krone vier Monate post OP aufgenommen. Es herrschen reizfreie Verhältnisse.

Patientenfall 3

Es konnten von der Ausgangssituation (Abb. 16 und 17) nur die zwei Eckzähne im Unterkiefer erhalten bleiben. Es besteht übrigens bei Sofortimplantationen kein Grund, die alte Alveole unbedingt mit einem Implantat gleichen Durchmessers „ausfüllen“ zu wollen. Ich bevorzuge tendenziell immer leicht nach lingual in die Alveolenwände geneigte Bohrungen und Implantationen (Abb. 18 und 19). Bei allen Sofortimplantaten kamen in diesem Fall 20 bis 24 Millimeter (mm) lange *Champion*sgewinde quasi in „lingualer Verlängerung“ der extrahierten Zähne (Abb. 20 und 21) zur Anwendung, um eine bikortikale Abstützung zu erhalten. Die Operation dauerte 130 Minuten, nach fünf Tagen erfolgte schon die Gerüstanprobe, nach weiteren drei Tagen wurde die Zirkon-Arbeit (Abb. 23 und 24) definitiv eingesetzt (innerhalb der POS-Phase). Dabei ist immer wieder faszinierend, wie ▶



Gehören Sie zur Elite!

- Sichern Sie Ihren Erfolg in schwierigen Zeiten
- Schärfen Sie das Profil Ihrer Praxis

Staatlich
anerkannt

Der Master of Science in Oral Implantology

- Akademischer Grad als Namenszusatz
- Volle Anrechnung des DGI-Curriculums



in Kooperation mit



Informationen:
DGI e.V. · Bismarckstraße 27 · 67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621-68124452 · Fax: 0621-68124466
info@dgi-master.de · www.dgi-master.de

All-in-One-Implantatsystem mit neuer „Peak-n'-Valley“-Oberfläche

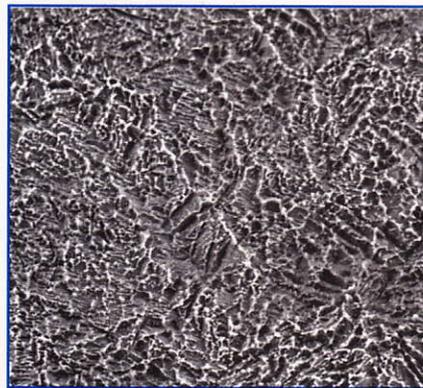
Mit rund 150 Teilen ist das gesamte Anwendungsspektrum abgedeckt

Durch ein Spezialverfahren zur Oberflächenbehandlung ist es der Riemser Arzneimittel AG, Greifswald, nach eigenen Angaben gelungen, die bisherige Oberflächengeometrie des All-in-One-Implantatsystems *Revois* weiter zu verbessern. Die neue „Peak-n'-Valley“-Oberfläche weise eine um 13 Prozent größere Oberfläche im Vergleich zur Standard-*Revois*-Oberfläche auf. „Sie enthält jetzt Mikroporen von 1 bis 1,5 Mikrometer (μm) Durchmesser sowie Makroporen von 15 bis 30 μm Durchmesser in einem für die Osteoblasten-Anlagerung optimierten Verhältnis“, heißt es in einer Produktinformation.

Neben der neuen hydrophilen „Peak-n'-Valley“-Oberfläche bleiben die bewährten *Revois*-Eigenschaften bestehen, wie die minimal-invasive Insertion, hohe Primärstabilität

und die intelligente Prothetiklinie, betont der Hersteller.

Das *Revois*-System mit seinem klar strukturierten Baukastenprinzip komme mit einer sehr geringen Anzahl von Komponenten aus.



Die neue hydrophile „Peak-n'-Valley“-Oberfläche

Es decke mit nur rund 150 Teilen das gesamte Anwendungsspektrum implantologischer Anforderungen ab. Das mache es flexibel und ökonomisch. „Einkauf, Lagerhaltung sowie die fallbezogene Komponentenauswahl in der Praxis werden dadurch deutlich erleichtert und günstiger“, so die Pressemitteilung. Darüber hinaus beinhalte das seit vier Jahren bewährte Implantatdesign bereits die biologische Breite sowie das Platform switching.

Das *Revois*-All-in-One-System entspricht laut Riemser höchsten Qualitätsansprüchen für professionelle Anwender, welche mit einem Implantatsystem alle implantologischen Patientenfälle sicher und schnell behandeln wollen. Einfache Anwendung und ökonomische Arbeitsprozesse böten praxisrelevante Vorteile. Sowohl der chirurgisch-implantologische Anwender wie auch der Prothetiker und das Dentallabor würden von den Zeit- und Kosteneinsparungen profitieren.

Ab sofort kann die „Peak-n'-Valley“-Oberfläche im Rahmen der Einführungsangebote getestet werden. Weitere Informationen unter dental@riemser.de. ■

► schnell die Weichteilsituation nach nur acht Tagen post extractionem und implantationem mithilfe der *Zirkon-Prep-Caps* im Zuge der Guided Tissue Regeneration (GTR) positiv beeinflusst werden konnte (Abb. 25).

Das Erreichen von mindestens 40 Ncm Primärstabilität ist das Minimum für Sofortbelastungsfähigkeit zu verblockender Implantate (besser primär als sekundär). Erreiche ich den Wert von 40 Ncm nicht, dann hat dieses 3,5-D-*Champions*-Implantat bereits rein als „Osteotom“ fungiert. Man nimmt dieses 3,5 D heraus, inseriert an selber Stelle (einen „Gewindeschnitt“ hat man ja nun) ein *Champions*-Implantat mit dem Durchmesser 4,5 mm gleicher Länge (oder gar 5,5 D wieder anschließend danach), um die geforderte Primärstabilität von 40 Ncm zu erreichen, in diesem Falle wie bei Regio 46. Die „gebrauchten“, als Osteotom/Knochendehnschraube benutzen *Champions* kann man übrigens an den Hersteller zurückschicken, ohne dass sie berechnet werden. Aus einem D3- oder D4-Knochen kann man so in wenigen Minuten allein mit den *Champions*-Implantaten „unblutig“ und ohne Zusatz-Besteck einen D2-

Knochen schaffen und damit ohne Einheilungszeit die so entscheidende Primärstabilität von 40 bis 60 Ncm erreichen. Zudem gibt die neu entwickelte *Champions*-Drehmoment-Ratsche (Einheiten in Ncm 15, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 und ° Straumann-, K.S.I.- und Kos-kompatibel), auf der man innovativ die Werte der gerade angewandten Kraft während der Coci abliest, dem Anwender große Sicherheit.

Das *Champions*-Implantat ist somit klassisch nicht als ein erst „einheilendes Implantat“, sondern eher als ein direkt post OP prothetisch zu versorgendes „Osteotom-Implantat“ zu bezeichnen, das den sich umgebenden Knochen lateral kondensiert, verdichtet und die so optimale Primärstabilität erreicht, auch bedingt durch sein Design mit krestalem Mikrogewinde. Die Knochen- und Ästhetik-Langzeitergebnisse von mehreren Jahren auch in ästhetisch-schwierigen Situationen, zum Beispiel zum Einzelzahnersatz in der Front, sprechen für sich. Die bauartbedingte Vermeidung einer Lockerung oder gar Fraktur der internen Verbindungsschraube, einer bakterienbedingten Periimplantitis durch

den Mikrosplatt wie bei allen zweiteiligen Implantatsystemen und die Möglichkeit einer subkrestalen Implantatpositionierung sprechen für einteilige Systeme. Das *Champions*-System kommt „aus der Praxis für die Praxis“, und das merkt man sehr schnell: keine unzähligen Teile in der Anwendung (in der Regel maximal zwei Bohrer), eine schnelle, für den Patienten „unblutige“ Operation, Schmerz- und Komplikationsarmut, auch bezahlbare Prothetik- und Divergenz-Ausgleichskomponenten, definitive Versorgung in der Regel innerhalb von nur zwei Wochen.

Dies alles führte zu dem erdrutschartigen *Champions*-Erfolg in der Implantologie-Szene innerhalb der letzten drei Jahre, da immer mehr Kollegen dieses für sie „revolutionäre“ System, Implantat- und Prothetik-Konzept auch für sich in der Praxis entdecken. Und unsere Patienten sind dankbar, weil sie schnell und schmerzfrei operiert und hochwertig und dennoch bezahlbar in kurzer Zeit versorgt werden können.

Dr. med. dent. Armin Nedjat,
Diplomate ICOI, Flonheim ■