

Implantologie –ja, aber bitte minimalinvasiv!

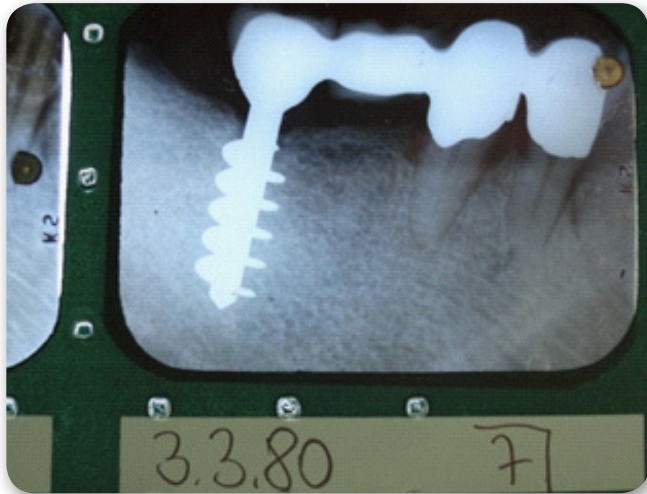
In meiner 25 –jährigen implantologischen Laufbahn habe ich mich ausführlichst mit systembedingten und iatrogenen Problemen der klassischen Implantologie beschäftigt. Dazu gehören z.B. die Augmentationschirurgie bei mangelnder Primärstabilität, die Implantat –Abutment –Verbindung mit komplizierter Prothetik, Indikationseinschränkungen, mangelnde Compliance, Periimplantitis, etc.

All diese Unwägbarkeiten sind, wie internationale Studien belegen durch die Verwendung von einteiligen, minimalinvasiven Implantaten (z.B. KOS[®], BCS[®] von Dr. Ihde Dental) im Rahmen der basalen Implantologie vermeidbar:

Bei diesen einteiligen Implantaten gibt es aufgrund der geringen Durchmesser und des glattpolierten Implantathalses keine Periimplantitis. Das Gingiva –bzw. Knochen –GEWEBE wird wie durch eine Nadel im Wollknäuel nur leicht verdrängt, die unverletzten Gewebefasern gewährleisten eine schnelle, fast schmerz –und entzündungsfreie „geschlossene“ Einheilung und eine stabile, widerstandsfähige, resorptionssichere Integration im Knochen. Schmerzhaft, langwierig und risikoträchtige Augmentationen, Sinuslifts oder Knochenentnahmen sind überflüssig, da im Sinne einer basalen Implantologie die Implantate in der stabilen Knochenbasis der Kiefer bikortikal verankert werden. Aufgrund der selbstschneidenden bzw. konischen Schraubengeometrie in verschiedenen Durchmessern kann die , für den Implantationserfolg essentielle Primärstabilität je nach Knochendichte auf unglaublich einfache Weise gesteuert und erzielt werden.

Im Unterkiefer bietet sich eine Bohrung von der krestalen Kortikalis bis minimal durch die stark ossifizierte Linea Mylohyoidea auf der Lingualseite der Mandibula an. Eine Verletzung des Nervus Alveolaris Inferior ist bei korrekter Durchführung ausgeschlossen, weil dieser immer bukkal bzw. kaudal dieser Bohrung liegt. Im OK –Tuberbereich mit oft gelbem Fettmark (Cave: Fettaggen aus Bohrstollen) ist bei Verwendung klassischer rauer Implantate eine Osseointegration nicht vorhersagbar. Hier haben glatte BCS[®] –Implantate eine zukunftsweisende, erfolgssichere und minimalinvasive Indikation. Der lange Schraubenhals durchquert das instabile Fettmark des Tuberknochens bis zum kortikalen Knochen des Os Sphenoidale. Wenn Implantatrichtung und die Einschubrichtung der Suprakonstruktion nicht übereinstimmen werden die langen Implantathälse gebogen oder Angulationsadapter aufzementiert. Die festsitzende Versorgung dient dann zugleich der physiologischen Osseointegration als „Fixateur externe“ im Sinne einer primären, stabilen Verblockung der Implantate. Die Implantatposition kann sich nach dem vorhandenen Knochenangebot richten, solange die Okklusionskontakte innerhalb des Unterstützungspolygons der Implantate liegen. Die Implantatanzahl sollte aufgrund des geringeren Durchmessers größer als bei klassischen Implantaten gewählt werden, dennoch sind die Kosten und die Schmerzen,

welche der Patient erdulden muss aufgrund der minimalinvasiven Insertion, der obsoleten Knochenaugmentation und einfacherer prothetischer Versorgung deutlich geringer. Deswegen können diese minimalinvasiven Implantate zumeist auch bei Rauchern bzw. älteren -und Risikopatienten problemlos eingesetzt werden. In manchen Fällen ist dies sogar in der Extraktionssitzung möglich, was den Patienten eine sofortige dentale Rehabilitation, Zeitersparnis und Lebensqualität bringt. Dieser weitgehende Verzicht auf Indikationseinschränkungen, zusammen mit den obigen Vorteilen eröffnet einem großen, bislang unversorgtem Patientenkontingent den Zugang zu Zahnimplantaten!



Die Verwendung selbstschneidender Schrauben hat sich in der Traumatologie seit Jahrzehnten bewährt, ist wissenschaftlich und gutachterlich als Standardverfahren (auch bei Privaten Versicherungen) anerkannt und verfügt über die CE-Zulassung.

Röntgenaufnahme aus dem Jahr 1980(!) mit freundlicher Genehmigung von Dr. Wolfgang Blaser: Ein von ihm gesetzter „Prototyp“ eines BCS®-Implantates war bis zum Tod des Patienten über 30 Jahre lang in Funktion!

Fallbeispiel 1:

66-jähriger Patient, UK + OK festsitzend versorgt. Die revolutionäre distale Verankerungsmöglichkeit der BCS® Implantate (Dr. Ihde) in der Pterygoidplatte des Os Sphenoidale ermöglichte in Sofortbelastung eine vollständige festsitzende Versorgung des Oberkiefers. Im Unterkiefer ankern die distalen Implantate lingual in der Kortikalis der Linea Mylohyoidea.

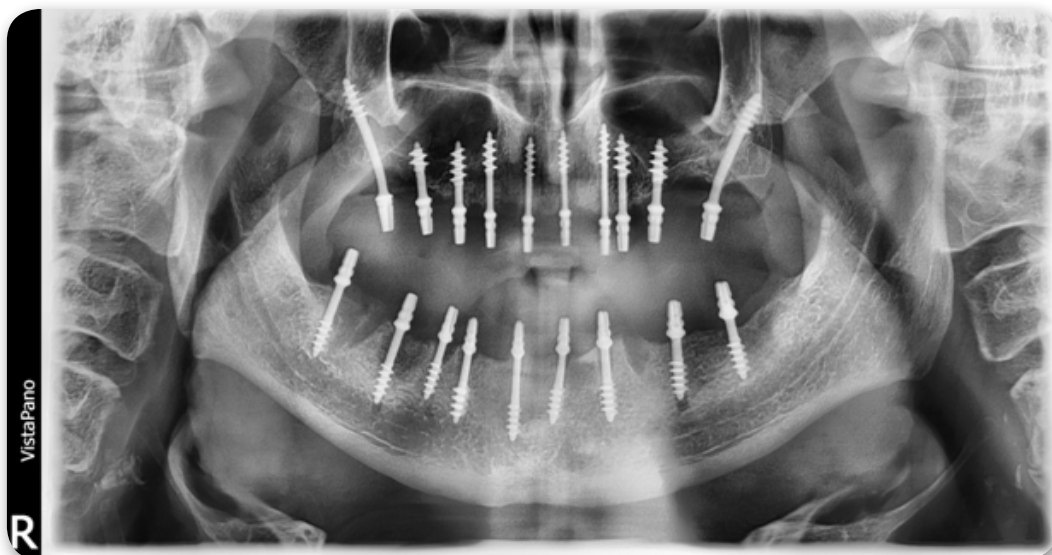


Bild 1.1



Bild 1.2



Bild 1.3



Bild 1.4

Röntgenaufnahme post OP (Bild 1.1), Mundsituation einen Tag später nach Gerüsteinprobe und entsprechendem Einkürzen der Implantatpfosten (Bild 1.2), Metallgerüst, Basis + Verblendung aus Kunststoff (Bild 1.3), Einsetzen der fertigen Arbeit 3 Tage nach Insertion der 19 BCS® -Implantate, Softproben zur Überprüfung und ggf. Korrektur der Passgenauigkeit (Bild 1.4).

Fallbeispiel 2:

Patientin 58 Jahre, Regio 27 wurde eine zusätzliche Pilotbohrung durchgeführt, wegen zu geringer kortikaler Knochenbereiche aber kein Implantat eingesetzt. Interessanter Beleg für die knochenphysiologische Minimalinvasivität ist, dass der Bohrstoßen jetzt stärker kalzifiziert abgeheilt ist (Bild 2.1).

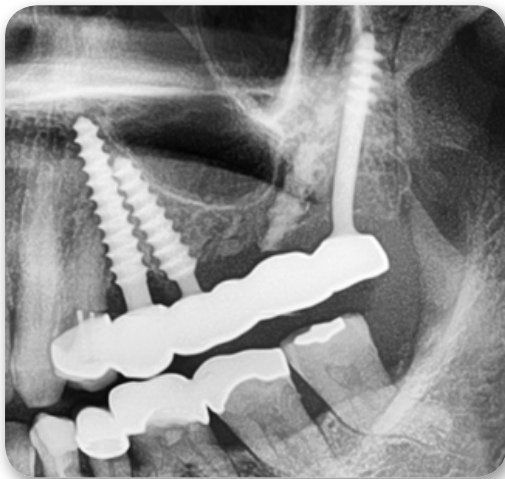


Bild 2.1



Bild 2.2

Brücke 24-28 nach dem definitiven Einsetzen 2 Wochen post OP (Bild 2.2). Sowohl beim Provisorium als auch bei der endgültigen Versorgung ist die Okklusion akribisch einzuschleifen: Lateralkräfte und Balancekontakte sind zu vermeiden!

Fallbeispiel 3:

Patientin, 79 Jahre, Herzerkrankung, Marcumar, Extraktion der extrem gelockerten Brückenpfeiler 23 und 27 nur 4 Tage vor der Implantation. Implantat 28 wurde der Einschubrichtung der restlichen Implantate durch Biegen angepasst, auch ein Beschleifen der Implantatköpfe ist bei Bedarf möglich.

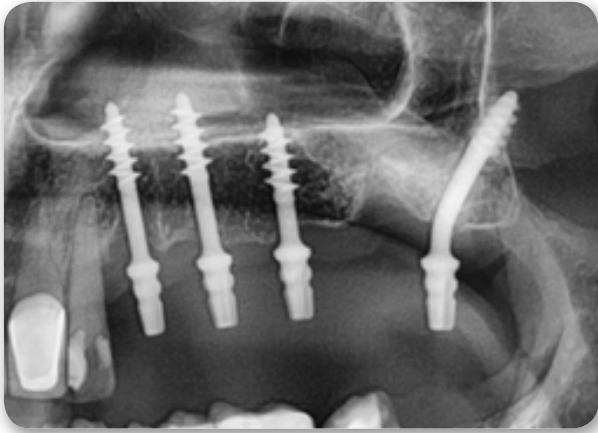


Bild 3.1



Bild 3.2



Bild 3.3

Röntgenkontrolle post OP mit erkennbarer Verankerung der Implantate im kortikalen Boden der Kieferhöhle: die Bohrlänge ergibt sich vorab röntgenologisch und klinisch gemäß Bohrwiderstandskontrolle und Abtasten des Bohrstollens mit der Knopfsonde (Bild 3.1). Mundsituation post OP röntgenologisch (Bild 3.2). Definitives Einsetzen der fertigen Vollkeramikbrücke 10 Tage nach Implantation (Bild 3.3).

Weiterführende Informationen, Fortbildungen und Lehrmaterial zur minimalinvasiven, basalen Implantologie erhalten Sie über die „International Implant Foundation, Munich, Germany“, „Simpladent Germany“, www.peri-implantitis.info oder www.implant.com. Besonderer Dank gilt meinen geschätzten Dozenten Dr. Werner Mander und Dr. Stefan Ihde. Als (Quer) -Denker und pragmatische Visionäre haben sie mir ganz neue Möglichkeiten und Perspektiven aufgezeigt und damit vielen unserer Patienten zu festen Zähnen und damit zu neuer Lebensqualität verholfen!

Dr. Georg Huber



- 1994 Approbation + Promotion in Regensburg
- 1994-1996 Assistenzzeit, Fachlehrer an der -Berufsschule in Straubing
- 1996 Niederlassung in eigener Praxis in Dingolfing, Arbeitskreisvorsitzender der LAGZ
- Tätigkeitsschwerpunkte: Zahnerhaltung, Implantologie
- 1995/96 Teilnahme an strukturierten Implantologiekursen mit Supervision an der Universität Regensburg
- Seitdem ständige Fortbildungen auf allen Gebieten der Implantologie (z.B. „all on four“ +Augmentationschirurgie
- 2003-2004 Curriculum Implantologie der DGZI, Abschluss „Diplomierter Experte der Implantologie,,
- Mitglied in der DGOI und ICOI: Referententätigkeit, Veröffentlichung von Fachartikeln
- 2004 +2007 Sofort- Implantat- Kurs bei Dr. Werner Mander in Trauenreut
- 2009 KOS® + BCS®, Sofortbelastung München bei Dres. Ihde, Mander, Fabritius, DVT Zertifizierung
- 2014 Lachgassedierung, Kurs und Anwendung
- 2016 Immediate Loading München und Dingolfing mit Prof.Dr. Ihde incl. Live OP
- 2016 Kongress: Immediate loading today in Wien
- 2017 Fortbildung bei Champions Implantate über das MIMI–Flapless–Verfahren
- 2017 eigene Patienten –und Kollegen- Vorträge und Artikel über Klassische und Minimalinvasive Implantologie

Korrespondenzadresse:

Dr. Georg Huber, Fischerei 23, 84130 Dingolfing, 08731 60611, georg@dr-huber.de