

Vor gut anderthalb Jahrzehnten, als sich das Freiburger Forum Implantologie konstituierte, begann die Fortbildungssaison stets im März/April. Dies war zum einen den Witterungsbedingungen geschuldet (liegt der Veranstaltungsort im idyllischen Attental doch mitten im Südschwarzwald), zum anderen konnten so die drei bis vier Veranstaltungen bequem im Abstand von zwei bis drei Monaten geplant und durchgeführt werden. Nun sind die Winter (leider!) im Schwarzwald auch nicht mehr das, was sie einst waren und das FFI hat eine derart stürmisch-positive Entwicklung genommen, das zwischenzeitlich die Frequenz der Studiengruppentreffen deutlich kürzer getaktet ist. Acht bis zehn Veranstaltungen im Jahresverlauf sind Normalität geworden.



Zwei „heiße Eisen“ in der Diskussion des Freiburger Forums Implantologie (FFI)

DGZI-Studiengruppe FFI eröffnet die Fortbildungssaison 2015

Dr. Georg Bach, Dr. Verena Stoll

Es war nicht verwunderlich, dass die beiden ersten Veranstaltungen 2015 in den Bereich der „kalten“ Jahreszeit gelegt wurden, als Ausgleich für die niedrigen Außentemperaturen hatte FFI-Gründer und Leiter Professor Dr. Dr. Peter Stoll zwei „heiße“ Themen der Implantologie ausgewählt und namhafte Referenten verpflichten können.

Zehn Jahre Erfahrung mit NanoBone®

Die Auftaktveranstaltung des Jahres 2015 des Freiburger Forum Implantologie lockte die FFI-Familie mit einem interessanten und sicherlich auch umstrittenen Thema in das schöne Attental bei Stegen. Erneut war der Hörsaal der Stoll'schen Privatklinik KosMedics Location für diese Fortbildungsveranstaltung. Dr. Dr. Jens Meier aus Bremerhaven

nahm den weiten Weg aus dem hohen Norden auf sich, um den süddeutschen Kollegen seine in der eigenen Praxis mit NanoBone® gesammelten Erfahrungen näher zu bringen. Bereits 1875 wurde die erste erfolgreiche autologe Knochentransplantation von Nussbaum beschrieben. Nur einige Jahre später



Dr. Dr. Jens Meier (l.) und Prof. Dr. Dr. Peter Stoll.

wurde über allogene und xenogen Knochentransplantate berichtet, so die Einführungssequenz von Jens Meier.

Eigen oder fremd?

Die Frage, die sich laut Meier stellt: „Hin zu synthetischen Knochenersatzmaterial und weg vom autologen Knochen?“ Die Indikation für Letzteres stelle sich nur noch in ausgewählten Fällen. Hier betonte der Referent die hohe Invasivität an den Spender- und Empfängerregionen, die in der Regel mit einer hohen Belastung für den Patienten einhergehen. Eine Frage, die den Referenten schon vor über zehn Jahren dazu bewegte, synthetische Knochenersatzmaterialien genauer unter die Lupe zu nehmen. Bei NanoBone® handelt es sich um nanokristallines Hydroxylapatit (HA), das in eine Kieselgelmatrix eingebettet ist. Es

liegt in verschiedenen Anwendungsformen vor – als Granulat, Block und Putty. In den von Meier durchgeführten histologischen Untersuchungen nach Sinusbodenelevation mit dem Knochenaufbaumaterial konnte er bereits nach (zwei bis) drei Monaten ein derart solides Knochenlager vorfinden, dass eine Implantation möglich wurde. Dadurch werde eine frühzeitige Versorgung durch Verkürzung der Therapiedauer auch ohne Verlust der Sicherheit möglich. Ein Konzept, das er heute aufgrund seiner Erfahrungen routinemäßig vertritt, und damit zu reichlich Diskussionsstoff am Ende des Vortrages beitrug.

Voraussetzungen und Limitationen

Selbstverständlich seien hier bestimmte Voraussetzungen zu beachten. Wichtig sei vor allem das Vorliegen eines infektfreien Implantatlagers. Entzündungen in der Nachbarschaft gelte es zuvor zu sanieren. Des Weiteren benötigt das Augmentationsmaterial eine sichere, spannungsfreie Weichteildeckung, wobei es nicht unbedingt mit einer Membran abgedeckt werden muss. Irritationen sollten weitestgehend vermieden werden und eine stabile Lagerung bzw. Fixierung des Transplantates sollte gewährleistet sein. Eine perioperative One-Shot Antibiotikagabe erachtet Meier als sinnvoll und ausreichend. Professionalität und Erfahrung des Behandlers und Teams gelte als elementare Grundvoraussetzung. Ganz nach dem Motto: „Nicht alles, was denkbar ist, ist auch machbar. Manchmal sei es besser, die Finger davon zu lassen.“

Zu den Vorteilen der alloplastischen Knochenersatzmaterialien gehöre laut Meier die unbegrenzte Verfügbarkeit des Materials, das Vermeiden eines Zweiteingriffs sowie die Abwesenheit von Antigenität. Nachteilig zu erwähnen das Infektionsrisiko bei freiliegendem Material. In der anschließenden, überaus anregenden Diskussion wurde vom Diskussionsleiter Prof. Dr. Dr. Peter Stoll dennoch eine Lanze für den autologen Knochen gebrochen, der nach wie vor seine Berechtigung bei bestimmten Indikationen in der Implantologie habe.

Zementieren oder Verschrauben?

Das zweite Treffen des Freiburger Forum für Implantologie (FFI) in diesem Jahr fand Anfang März 2015 statt und stand unter der Fragestellung: „Zementieren oder Verschrauben implantatgestützter Restaurationen?“ Wiederum war es den FFI-Machern gelungen, mit Herrn Priv.-Doz. Dr. Harder, München, einen ausgewiesenen Fachmann und Experten mit jahrelanger Erfahrungen auf diesem Gebiet zu gewinnen.

Verschrauben oder Zementieren in der Implantatprothetik – die Entscheidung fällt laut Harder heute mehr zugunsten der verschraubten Befestigungsform aus. Dabei spielt zum einen die einfache Abnehmbarkeit der einmal eingesetzten Restauration (im Falle von Reinigungsmaßnahmen, Reparaturen, Erweiterungen, PA-Behandlung etc.) eine entscheidende Rolle, während andererseits die heutzutage einfache CAD/CAM-Fertigung von sogenannten Hybridrestaurationen (vollkeramische Restaurationen auf verklebter Titanbasis) verfügbar ist. Diese werden mit der Abutmentschraube vertikal befestigt, sodass, gegenüber zementierten oder horizontal verschraubten Restaurationen, nur eine Befestigungsebene anfällt. Je weniger mechanische Einzelteile verwendet werden, desto stabiler ist die Konstruktion.

Gefahrenquelle Zementüberschüsse

Die Vermeidung von Zementüberschüssen und somit die geringere Gefahr einer iatrogenen, periimplantären Destruktion ist ein weiteres Argument für die verschraubte Suprastruktur. Je tiefer die subgingivale Lage der Zementierungsfuge, desto größer die Gefahr von Zementresten. Die Oberflächenrauigkeit übt einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Entstehen einer Mukositis aus. Eine peinlich genaue Positionierung der Implantate ist allerdings Voraussetzung für die verschraubte Version, damit der Schraubkanal ideal positioniert werden kann, ohne die Restauration zu schwächen. Der Schraubkanal sollte weder im sichtbaren Bereich noch im Bereich der tragen-



Prof. Dr. Dr. Peter Stoll (l.) und Priv.-Doz. Dr. Harder.

den Höcker zu liegen kommen. Möglich ist auch eine transversal Verschraubung der Restauration. Zum Verschluss der okklusalen Schraubenöffnung verwendet Harder sterilisiertes, entsprechend angepasstes Teflonband aus dem Baumarkt. Darüber erfolgt der speicheldichte Verschluss mit Komposit. Zur Vermeidung von Schraubenlockerungen empfiehlt Harder, nach zehn Minuten einen sogenannten „Retorque“ der Abutmentschraube mit dem Drehmomentschlüssel vorzunehmen. Eine regelmäßige Wartung und Überprüfung des Drehmomentschlüssels sei Pflicht. Zementierungen begünstigen hingegen Situationen, in denen Angulationen der Implantate ausgeglichen werden müssen oder die Gestaltung der Okklusalfäche nicht durch den Schraubkanal beeinträchtigt werden soll. Gemessen an der Spanne der zu versorgenden Lückensituation sollten langspannige Brücken und/oder Full-Arch-Restaurationen grundsätzlich verschraubt befestigt werden, während kurzspannige Brücken und/oder Einzelzahnrestaurationen beide Befestigungsformen zulassen.

In der anschließenden Diskussion machte Prof. Stoll deutlich, dass im Gegensatz zu den vergangenen Jahren die verschraubten Lösungen zunehmende Akzeptanz finden. Gerade Patientenbindungen über Jahre und Jahrzehnte haben die Vorteile der verschraubten Lösungen bewiesen.

Kontakt

Dr. Georg Bach

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
doc.bach@t-online.de