

## Paradigmenwechsel bei Sofortimplantationen?

A. Nedjat  
Flonheim

**Sofortimplantationen sind aus unserem zukünftigen Alltag in den Praxen und Kliniken nicht mehr wegzudenken. Wir müssen uns nur darauf einstellen und die Weiterbildung gerade auf diesem Gebiet deutlich verbessern. Gute Erfahrungen habe ich mit dem CIIC-Konzept seit nun mehr 15 Jahren gemacht. Das Konzept steht als Abkürzung für Champions®-Immediate-Implantation-Concept und verfolgt ein „altes“, aber dennoch erfolgreiches Konzept: Man implantiert in festen, nicht augmentierten und gesunden Knochen.**

Literatur und Studien bestätigen, auf standardmäßige Aufklappungen, vor allem auf vestibuläre Mukoperiostlappen, nach Möglichkeit zu verzichten (flapless Surgery). Das einteilige Champions®-Implantat hat sich in den letzten Jahren in Deutschland einen festen Namen gemacht. Das Implantat selbst ist ein direkt postoperativ sehr einfach prothetisch zu versorgendes, qualitativ hochwertiges und preiswertes Osteotom-Implantat, welches den sich umgebenden Knochen lateral kondensiert, verdichtet und so die gute Primärstabilität erreicht, auch bedingt durch sein Design mit krestalem Mikrogewinde. Die Oberfläche ist zirkongestrahlt und

geätzt. Die Implantate werden in einer der größten Implantat-Produktionsstädten bei Mannheim hergestellt und haben neben der CE-Kennzeichnung die FDI-Zulassung.

Das Konzept vermeidet grundsätzlich, in akute, entzündliche Prozesse hinein zu implantieren (auch nach gründlicher Kürettage der Alveole) und bereitet i. d. R. immer lingual/palatinal in gesunden, entzündungsfreien Knochen der Alveole mit dem konisch-„gelben“ Dreikantbohrer und evtl. darauf abgestimmten Osteotom-„Condensern“ auf. Die Primärstabilität von über 40Ncm wird bei den Implantaten fast immer bereits mit den 3,5-Durchmessern erreicht. Eines der Erfolgsgeheimnisse sowohl von Spät- als auch gerade bei Sofortimplantationen mit dem Implantatsystem:

Der gelbe und schwarze, konisch (!) geformte Dreikant-Bohrer mit Laser-Tiefenmarkierung (alle 2 mm), der nicht an einer Knochenwand „abrutscht“, sondern sogar den Knochen – wie das Implantat selbst – „verdichtet“ und aufbereitet. Das Implantat wird mit mindestens 40, höchstens jedoch mit 70Ncm Primärstabilität

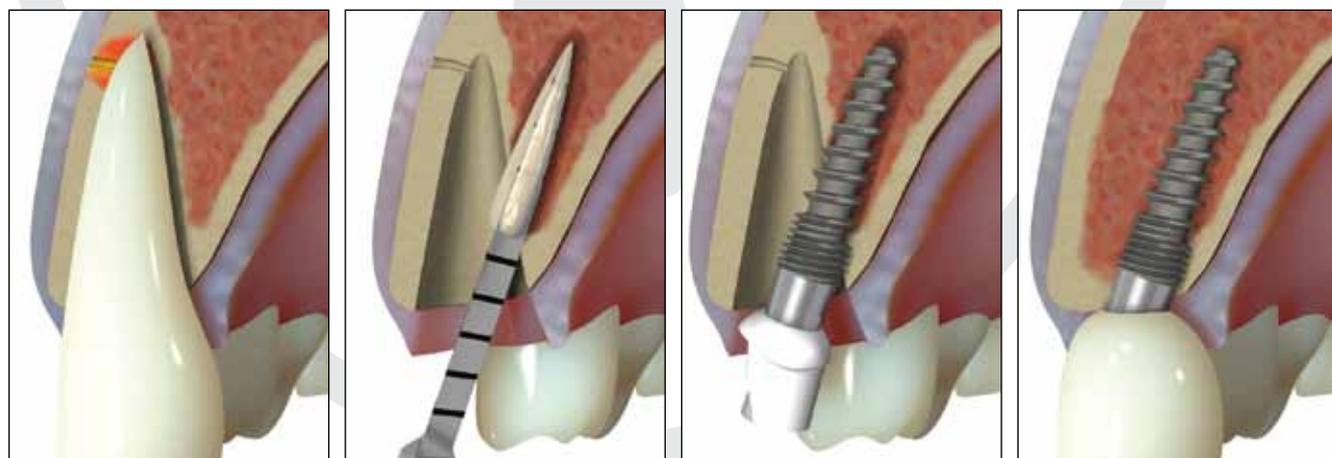


Abb. 1–4 Praktisches Vorgehen: Nicht das Implantat selbst füllt die Alveole mehr aus. Durch laterale Kondensation über eine mehr oral ausgelegte, konisch-dünne Dreikantbohrung wird das Champions® mit mindestens 40Ncm Primärstabilität eingebracht.

kondensiert. Dies ist intraoperativ mit der bis 120Ncm anzeigbaren Drehmomentratsche kontrollierbar. Sie sehen als Behandler exakt, mit welcher Kraft Sie implantieren. Das Mikrogewinde sollte ca. 1–2mm tiefer liegen als die gedachte Verbindungslinie palatinaler zur vestibulären und distaler zur mesialen Alveolenwand. Dadurch wird nach wenigen Monaten das Implantat sozusagen subkrestal osseointegrieren.

### Fallbeschreibung

Ein tief subgingival abgebrochener, nicht erhaltungswürdiger Zahn 22. Nach schonender Extraktion unter Erhalt der vestibulären Knochenlamelle implantierte ich ein Champion® mit 12mm Länge. Die Implantat-Primärstabilität betrug in diesem Fall über 60Ncm. Wir fangen daher immer mit einem Implantat mit einem Durchmesser von 3,5mm an. Nach erfolgter „KKK“ (Knochen-Kavitäten-Kontrolle) mit einer sterilen PA-Sonde implantierten wir 2mm subkrestal. Wir beenden die Implantation, wenn die metallische Einbringhilfe 2mm subgingival „versenkt“ wird. Nach Anprobe des optimalen Zirkon-Prep-Caps (zurzeit 10 Formen, Winkel und Zementierungshöhen) zementierten wir dieses mit einem Glasionomerzement gut 2mm subgingival. Die Zementüberschüsse können übrigens nur nach oral, nicht nach axial abfließen. Die Zirkon-Prep-Caps führen zu einer schnellen Guided-Tissue-Regeneration und Guided-Bone-Regeneration, da es wie eine permanente Membran wirkt, ohne dass das Zahnfleisch „in die Tiefe“ wächst und Knochenwachstum verhindert. Gleich nach der Röntgenkontrolle erfolgte die Impregum-Abformung. Die 40-jährige Patientin wurde jedoch von Anfang an sofort mit einem festsitzenden Provisorium versorgt, welches digital und mit den Approximalflächen der Nachbarzähne temporär mit Komposit verblockt wurde. Durch diesen einfachen Trick vermeidet man laterale Scherkräfte auf das Implantat und überführt die primäre Osseointegrationsstabilität gesichert in die sekundäre Osseointegrationsstabilität. Acht Wochen post extractionem und implantationem erfolgte das Herunternehmen des Provisoriums (welches immer gingivareizfrei, 1mm „zu kurz“ sein sollte) und das Einsetzen der Zirkonkrone. Die minimal-invasive Methodik der Implantation (MIMI®) ist gerade deshalb so sicher und erfolgreich, da das Periost fast

zu 100% geschont wird. „Ridge- und Socket-Preservation“ sollte unter Erhalt des noch vorhandenen alveolären Knochens und unter Erhalt der vestibulären Knochenlamelle erfolgen. Klare Vorgaben für eine moderne Implantologie und Prothetik werden von uns Zahnärzten von unseren Patienten erwartet: möglichst kurze Behandlungszeiten, minimal-invasives Vorgehen, erstklassige Ästhetik und nicht zuletzt die Bezahlbarkeit der Gesamtbehandlung. Die Erfolgsstatistik (zeitlich erfasst von Beginn der Implantation und nicht erst nach dem Einsetzen der definitiven Suprakonstruktion wie in so mancher Statistik) liegt bei über 95%, also genau dem Wert wie bei unseren Spätimplantationen auf 10 Jahre gerechnet. In unserer „Landpraxis“ werden pro Jahr ca. 2000 Implantate inseriert und prothetisch versorgt. Eine Sofortversorgung und ggf. Sofortbelastung von enossalen Implantaten praktizieren wir bereits seit 1994.

Literatur beim Verfasser

### Korrespondenzadresse

Dr. Armin Nedjat  
Spezialist Implantologie, Diplomate ICOI  
Bornheimer Landstr. 8  
55237 Flonheim  
E-Mail: nedjat@t-online.de

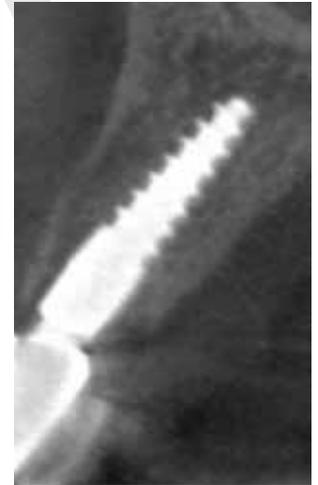


Abb. 5–8 Nicht erhaltungswürdige Zahnwurzel. Die nach palatinal geneigte Bohrung und der Zustand der periimplantären Weichteilsituation nur 8 Wochen post OP mittels Zirkon-Prep-Cap. 3-D-Sagittalschnittansicht ebenfalls 8 Wochen post OP mit einzementierter Krone.