

Media Fuchstal • © Copyright 2019 Teamwork Media Fuchstal • © Copyright 2019

Ein Implantat für alle Knochenqualitäten

medentis medical hat im November 2017 sein Portfolio um das ICX-Active Master Implantat erweitert. Dieses Implantat eignet sich aufgrund seines Designs speziell für die Sofortimplantation, Sofortfunktion und die Versorgung von Patienten mit einem qualitativ und quantitativ gemindertem Knochenangebot. Dieser Bericht bewertet retrospektiv die Ergebnisse von 140 ICX-Active Master Implantaten, die zur Versorgung von Patienten mit zahnlosen oder teilbezahnten Ober- und Unterkiefern eingesetzt wurden.



Dr. Dr. Norman von Sternberg, Hamburg

Die Behandlung von zahnlosen oder teilbezahnten Patienten mit enossalen Implantaten ist heutzutage ein fester Bestandteil im Behandlungsspektrum zahnärztlicher Praxen. Das ICX-Active Master Implantatsystem (medentis medical) kombiniert die bewährte ICX-Innensechskantverbindung und Oberflächeneigenschaften mit einem neuen Gewindedesign. Das ICX-Active Master Implantat zeichnet sich durch ein Kompressionsgewinde, einen konischen Implantatkörper und ein selbstschneidendes Gewinde im Apexbereich aus. Das Kompressionsgewinde führt zu einer deutlich verbesserten Primärstabilität und das Implantat kann in allen Knochenqualitäten, in frische Extraktionsalveolen sowie in den abgeheilten Kieferknochen mit geführten oder konventionellen chirurgischen Verfahren und unterschiedlichen Belastungsprotokollen eingesetzt werden.

Material und Methode

Zwischen Januar 2018 und Mai 2019 wurden in der Privatklinik des Verfassers insgesamt 140 ICX-Active Master Implantate zur Behandlung von 76 Patienten mit zahnlosen oder teilbezahnten Ober- und Unterkiefern eingesetzt. Die Patienten wurden regelmäßig alle sechs bis zwölf Monate nachbeobachtet mit einer maximalen Nachbeobachtungszeit von 16 Monaten (Abb. 1).

Die in dieser retrospektiven Analyse verwendeten ICX-Active Master Implantate hatten Abmessungen mit Durchmessern von 3,75 mm, 4,1 mm und 4,8 mm und Längen von 8 mm, 10 mm, 12,5 mm und 15 mm. Die Implantatinsertionen erfolgten entsprechend des vorgegebenen Protokolls entweder konventionell oder mit der ICX-Magellan-Bohrschablone. Bei Bedarf wurden Sinuslift- und Knochenaugmentationsverfahren gleichzeitig mit der Implantation durchgeführt. Im Allgemeinen erfolgte die Heilungsphase entweder transgingival oder gedeckt unter Verwendung von Gingivaformern beziehungsweise Deckschrauben. Die Patienten wurden mit prothetischen Komponenten (Einzelzahnkomponenten, Brücken, Stege, verschraubte Prothesen auf ICX-Multi-Unit Aufbauten) aus dem Portfolio des Herstellers versorgt.

Bei 96 Prozent der Patienten wurden die ICX-Active Master Implantate mit der ICX-Magellan-Bohrschablone eingesetzt (Abb. 2). Drei Implantate wurden in Kombination mit Knochenersatzmaterial in frische Extraktionsalveolen inseriert. Insgesamt wurden 73 Implantate im Oberkiefer und 67 Implantate im Unterkiefer in allen Knochenqualitäten (D1 bis D4) eingesetzt (Abb. 3), wobei fünf Patienten mit Implan-

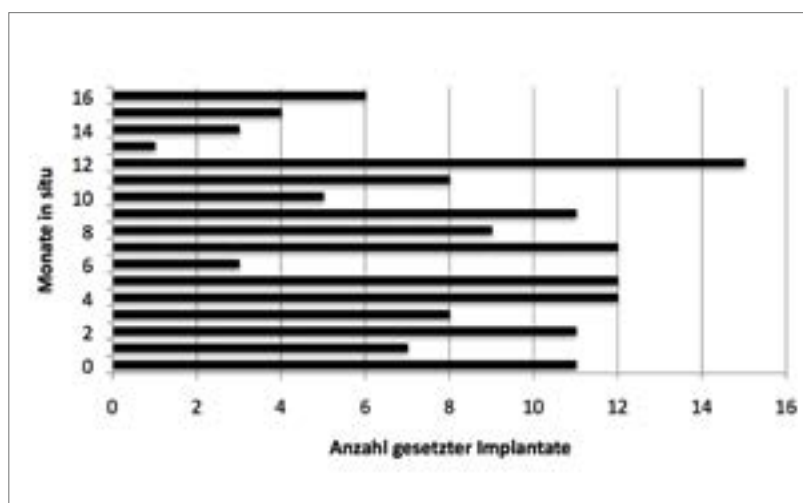


Abb. 1 Anzahl der inserierten ICX-Active Master Implantate und deren Zeit in situ (in Monaten)

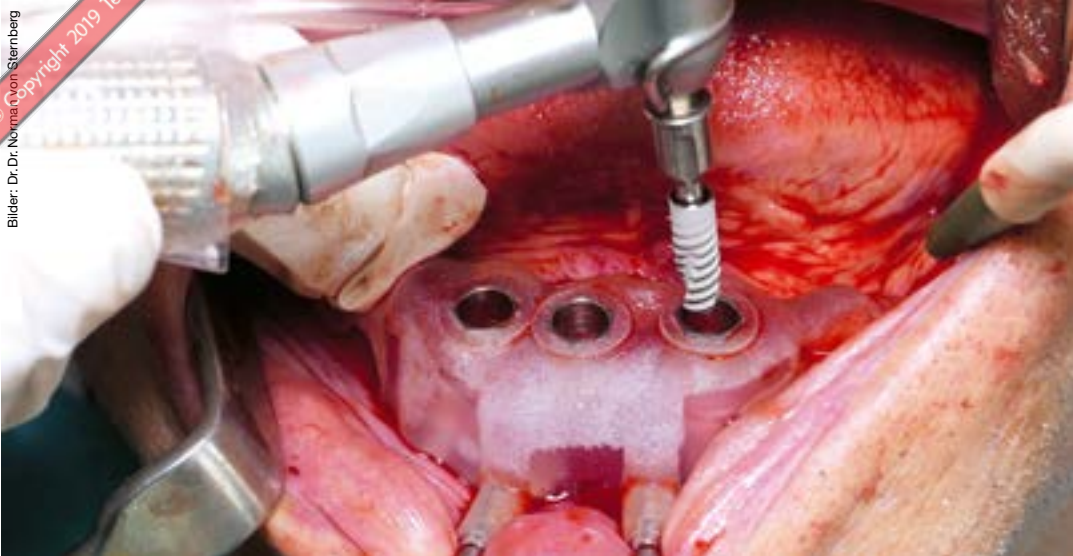


Abb. 2 Insertion eines ICX-Active Master Implantates im Unterkiefer mit Hilfe der ICX-Magellan Bohrschablone

taten in Ober- und Unterkiefer versorgt wurden. Das Sinusliftverfahren wurde bei sechs Patienten durchgeführt (interner Sinuslift: zwei Patienten, externer Sinuslift: vier Patienten), bei zwei Patienten erfolgte ein Bonesplit zur Vorbereitung des Implantatbettes. Die Einheilzeit betrug bis zu sechs Monate: 69 Implantate mit gedeckter Einheilung und 65 Implantate mit transgingivaler Einheilung. Sechs Implantate (bei einem Patienten) wurden sofort mit einem Langzeitprovisorium festsitzend versorgt.

Ergebnis

Während der Einheilphase gingen zwei Implantate verloren. Damit lag im untersuchten Zeitraum die Implantatüberlebensrate bei 98,6 Prozent. Die Analyse der zwei Verlustimplantate ergab: In einem Fall wird als wahrscheinlichster Grund eine zu geringe Primärstabilität im augmentierten Knochen angenommen. In dem anderen Fall hat sich möglicherweise eine Entzündung der Nachbarzahnwurzel auf das inserierte Implantat und das Augmentationsmaterial übertragen. Alle anderen Implantate erreichten eine hohe Primärstabilität, selbst bei schlechter Knochenqualität. Alle prothetisch versorgten Patienten sind mit ihrer Rehabilitation sehr zufrieden.

Schlussfolgerung

Um sich mit dem neuen Design und den sich daraus ergebenden neuen Eigenschaften des ICX-Master Implantats vertraut zu machen, wurde bei den

nachbeobachteten Fällen zunächst konservativ vorgegangen, das heißt, in den abgeheilten Knochen implantiert. Nach der so erfolgten Implantation von 140 ICX-Active Implantaten wurde bis zum heutigen Zeitpunkt ein Implantatüberleben von 98,6 Prozent ohne nennenswerte Komplikationen erreicht. Daraus kann geschlossen werden, dass die Rehabilitation des teilbezahnten oder zahnlosen Ober- oder Unterkiefers in allen Knochenqualitäten mit dem ICX-Active Master Implantatsystem in Kombination mit der ICX-Magellan-Bohrschablone (medentis medical) eine geeignete und vorhersehbare Behandlungsoption darstellt. Aufgrund der positiven Erfahrung, die in der Praxis bislang mit dem ICX-Active Master Implantat System gemacht worden ist, werden nun vermehrt auch Sofortimplantationen durchgeführt. ■

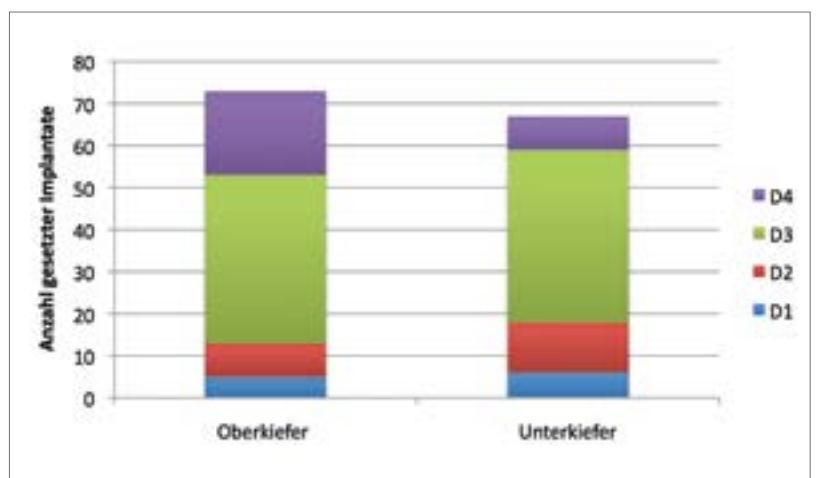


Abb. 3 Anzahl der gesetzter ICX-Active Master Implantate im Ober- und Unterkiefer und Verteilung der Knochenqualitäten (D1-D4)