

ANZEIGE

**BEEINDRUCKEND
– AUCH IM PREIS**

HI-TEC IMPLANTS

Nicht besser, aber auch nicht schlechter

Das HI-TEC Implantatsystem bietet allen Behandlern die **wirklich** kostengünstige Alternative und Ergänzung zu bereits vorhandenen Systemen. Zum Multi-System gehören: Interne Sechskantimplantate, externe Sechskantimplantate und interne Achtkantimplantate.



Internal Hex/Innensechskant
double-thread

Internal Octagon/Innenachtkant

Self Thread™

Tite Fit™



Oberfläche gestrahlt
und geätzt



Internal Octagon

Beispielrechnung*

*Einzelzahnversorgung
Komponentenpreis

Implantat (Hex)	89,- EUR
Abheilpfosten	15,- EUR
Einbringpfosten = Abdruckpfosten	00,- EUR
Modellimplantat	12,- EUR
Titanpfosten	39,- EUR
Gesamtpreis	155,- EUR

zzgl. MwSt.

HI-TEC IMPLANTS
Vertrieb Deutschland
Michel Aulich
Germaniastraße 15b
80802 München
Tel. 0 89/33 66 23
Fax 0 89/38 89 86 43
Mobil 01 71/6 08 09 99
michel-aulich@t-online.de



HI-TEC IMPLANTS

Interview mit DDr. Wolfgang Pirker

Was gibt es Neues vom individualisierten Zirkonoxid-Sofortimplantat?

WIEN/LEIPZIG – Im September 2007 stellte DDr. Wolfgang Pirker in der Dental Tribune erstmalig in Deutschland eine neue Implantationsmethode der Öffentlichkeit vor: das individualisierte Zirkonoxid-Sofortimplantat. Wir haben ihn deshalb aktuell befragt und wollten u.a. wissen, wie die Kollegen auf diese Neuerung und deren Ergebnisse reagiert haben und welche Vorteile sein System für die Sofortimplantation erwarten lässt.

Herr DDr. Pirker, wie sind Sie auf die Idee gekommen ein Implantatsystem ausschließlich für die Sofortimplantologie zu entwickeln?

DDr. Wolfgang Pirker: Die Sofortimplantologie scheitert oftmals an der fehlenden Passform und der daraus resultierenden schwachen Primärstabilität und den schlechten ästhetischen Ergebnissen, ist daher risikobehaftet und operativ aufwendig. Warum versuchen wir mit allen Mitteln den Knochen durch Fräsen, Augmentationen und Membrantechniken an das eigentlich nicht passende Implantat anzupassen, wo es doch viel einfacher, logischer, natürlicher und auch ästhetischer wäre, das Implantat an die Alveole anzupassen? Je höher ein Implantatsystem entwickelt ist, desto mehr nimmt es auf die individuelle Situation Rücksicht und desto einfacher wird die Anwendung und umso breiter die Indikationsstellung.

Worin genau bestehen Ihrer Meinung nach die Unzulänglichkeiten der derzeit am Markt befindlichen Systeme?

Sämtliche Nebeneingriffe, wie Augmentationen, Membrantechniken sowie Schleimhautplastiken sind in der Sofortimplantologie ausschließlich notwendig, um die fehlende Passform der herkömmlichen Implantate zu korrigieren und eine folgende Atrophie des Knochens zu verhindern. Systemimmanent muss auch im Wurzelspitzenbereich durch Knochenfräsungen wiederum der Knochen an das Implantat angepasst werden.

Nicht vergessen darf man die häufigen ästhetischen Misserfolge, bei denen die Implantatschulter durch die Schleimhaut schimmert oder sogar gänzlich sichtbar wird. Dies geschieht oft auch noch Jahre nach dem implantologischen Eingriff.

Das Implantat ist einteilig. Daher gibt es weder Sekundärteile, Schraubenlockerungen noch keimbesiedelte Spalten. Außerdem kann das Implantat jederzeit, auch nach Jahren, nachgeschliffen werden.

All diese aufgezeigten Probleme erklären, warum nur weniger als 2 Prozent der gesetzten Implantate einer Sofortimplantologie zuzuordnen sind.

Kommt es bei Ihrem Implantatsystem zu keinen Hart- und Weichgewebsverlusten?

Auch bei diesem System ist eine Hart- und Weichgewebsatrophie nicht immer zu verhindern. Durch die frühe Belastung des Knochens kommt eine Atrophie jedoch auffallend selten – und wenn, dann nur in einem im Vergleich zu herkömm-

lichen Implantaten wesentlich reduzierten Ausmaß – vor. Auch die Ästhetik ist weit weniger beeinträchtigt, da im Gegensatz zu einem Titanimplantat kein Metall sichtbar werden kann. Das klinische Erscheinungsbild eines solchen, wenn auch geringen Zahnfleischrückganges, kann man auf den Abbildungen des Patientenfalles erkennen. Da ein einfaches Nachbeschleifen jederzeit möglich ist, kann dieses Erscheinungsbild leicht korrigiert werden. Es ist zudem vorteilhaft, mit der Kunststoffkrone supra-gingival zu bleiben, da das Zirkonoxid gegenüber Plaque resistenter und auch nicht allergen ist.

Wann wird Ihre Entwicklung in einem Fachjournal publiziert?

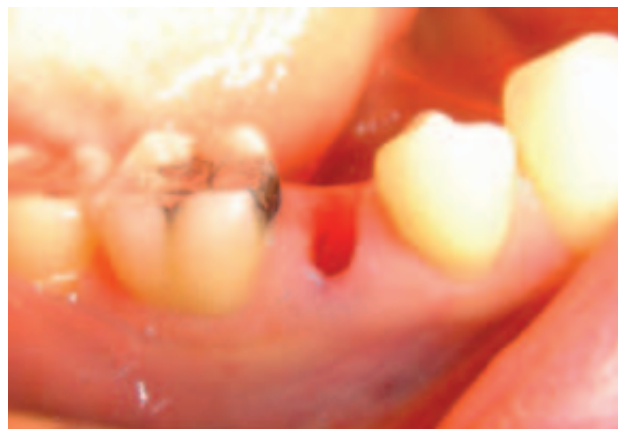
Das Prinzip über die Individualisierung der Implantatoberfläche, entsprechend der Qualität und Quantität des anliegenden Alveolar-knochens, die zu einer „differenzierten Osseointegration“ führt, erschien im März 2008 im International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery unter dem Titel „Immediate, non-submerged, root-analogue zirconia implant in single tooth replacement“.

Vor mehr als einem Jahr wurde die Methode in der Fachzeitschrift Zahnkrone, herausgegeben von der Landes Zahnärztekammer für Wien, vorgestellt. In der Folge kam es jedoch bis heute zu keiner Diskussion dieses völlig neuen Konzeptes seitens der Wiener Universitätszahn-klinik.

Worin liegen Ihrer Meinung nach die Ursachen für die Verzögerung einer wissenschaftlichen Diskus-



Links: Klinische Situation vor Extraktion 45. Rechts: Röntgenbefund präoperativ, die distale Wurzelkaries sowie die periapikale Entzündung sind deutlich zu erkennen.



Links: Alveole 45 nach atraumatischer Extraktion. Rechts: Implantat unmittelbar postoperativ. Es ist deutlich zu sehen, dass der Eingriff völlig atraumatisch ist, und der Patient daher im Gegensatz zu den bisherigen Methoden nicht belastet wird.





Links: Situation vor dem Kronenabdruck in Okklusion. Dieses Bild wurde 4 Monate später aufgenommen und zeigt, dass sich die Schleimhautsituation gegenüber dem postoperativen Bild kaum verändert hat. **Rechts:** Situation beim Kronenabdruck von okklusal.



Links: Röntgenbild nach 6 Monaten, der ehemalige apikale Defekt ist knöchern konsolidiert. **Rechts:** Klinische Situation 6 Monate postoperativ mit Kunststoffkrone, die knapp supragingival endet, da Zirkonoxid das Zahnfleisch weniger irritiert als der Kunststoff.

sion seitens der Universitätskliniken?

Diese Frage müssen Sie den Wiener Klinikern stellen. Tatsache ist, dass alle bisherigen Versuche, wurzelförmige und somit konische und nicht rotationssymmetrische Implantate im Knochen zu verankern, relativ rasch gescheitert sind. Beispielsweise wies das ReImplant®-System, welches Kohal et. al. Mitte der neunziger Jahre untersuchten, Misserfolge von bis zu 97 Prozent auf. Die Tatsache, dass bereits nach einem halben Jahr sehr gute ästhetische Erfolge publiziert wurden, obwohl nach einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 9,1 Monaten die Verlustrate bei 48,4 Prozent lag, hat der Idee von wurzelförmigen Implantaten offensichtlich nachhaltig geschadet.

Auch der Ansatz der „differenzierten Osseointegration“, also einer nur punktuellen Belastung ausschließlich im spongiösen Knochenbereich mit gleichzeitiger Entlastung kortikaler Knochenanteile, um so die verschiedenen Knochenheilungsabläufe zu nutzen, verleitet so manchen Kollegen zu einem vorschnellen Urteil. Meinungen wie „Wenn das so einfach wäre, hätten wir es schon längst so gemacht“, setzen sich leider nicht weiter argumentativ mit der Knochenphysiologie und den Prinzipien der Knochenheilung auseinander.

Letztendlich hat sich außer der Arbeitsgruppe um Kohal kaum eine Universitätsklinik mit individualisierten Implantaten beschäftigt, sodass eigene klinische Erfahrungen in Form von Studien und wissenschaftlichen Arbeiten als Basis für eine Diskussion bis heute fehlen.

Zirkonoxid ist als Implantatmaterial auch erst seit wenigen Jahren in Erprobung und daher gibt es auch noch keine Langzeitstudien.

Welche Reaktion gab es seitens der niedergelassenen Kollegen?

Hier bekam ich bereits bei meinen Vorträgen ein hohes Interesse und ausschließlich positive Reaktionen. Dies ist soweit gegangen, dass drei Kollegen selbst ein individualisiertes Zirkonoxid-Sofortimplantat erhalten haben.

Warum sind Sie mit Ihrer Idee nicht zu einer Universitätsklinik gegangen, um sich dort weitere Unterstützung zu holen?

Ich habe schon im Herbst 2005 die Methode der Universitätsklinik in Wien zur Diskussion gestellt und auch Studien angeregt.

Wie war die Reaktion?

Ich bekam die Antwort: „Das gibt es schon und geht nicht.“ Und mündlich erhielt ich im Herbst 2007 nach nochmaligen Nachfragen die offizielle Auskunft: „Kein Interesse, so etwas machen wir nicht.“

Offensichtlich hat die Universitätsklinik Wien Ihr System an einem anderen gemessen. Wie unterscheidet sich Ihr Implantatsystem von ReImplant®?

Genau genommen hat das individualisierte Zirkonoxid-Sofortimplantat nichts mit dem ReImplantat® gemeinsam, außer dem gemeinsamen Ausgangspunkt des Implantates, nämlich der individuellen Wurzel bzw. dem Abdruck aus der Alveole. ReImplant® hat keine Makroretentionen und die Oberfläche nahm auch keinerlei Rücksicht auf die unterschiedlichen Knochenquantitäten und -qualitäten der Alveole. Zudem ist bei der Verwendung von Titan ein ästhetischer Misserfolg vorprogrammiert, denn je mehr Titan, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass es sichtbar wird.

Ein wesentlicher Unterschied ist auch, dass das individualisierte Zirkonoxid-Sofortimplantat mit Makroretentionen versehen ist, die ausschließlich

in Bereichen von spongiösen Knochen zu liegen kommen. Außerdem werden empfindliche kompakte Knochenanteile, wie zum Beispiel der dünne faziale Knochen, durch Reduktion des Implantatkörpers nur reduziert belastet.

Nur mit Makroretentionen, unter strikter Beachtung der unterschiedlichen Knochenstrukturen einer Alveole, ist es erst möglich geworden, ein wurzelförmiges und somit konisches Implantat so lange in der Alveole zu verankern, dass die Primärstabilität durch Osseointegration in eine Sekundärstabilität übergehen kann.

Stellt die periapikale Entzündung nicht eine Kontraindikation für ein Implantat dar?

Keinesfalls, da ja nicht nur die Ursache der periapikalen Entzündung mit der Exzision entfernt, sondern auch das periapikale Granulationsgewebe ebenfalls excochleiert wird.

In welchen Lokalisationen wurde das individualisierte Zirkonoxid-Sofortimplantat bisher implantiert?

Im Prämolaren als auch im Molarenbereich im Ober- und Unterkiefer. Bereits seit 5 Jahren läuft eine erfolgreiche Studie mit Molaren, also mit zwei- bzw. dreiwurzeligen individualisierten Zirkonoxid-Sofortimplantaten. Gerade im Oberkiefer Seitenzahnbereich sind Sofortimplantate mit Standardimplantaten nur mit hohem operativen Aufwand und Risiko möglich. Mit einem passgenauen anatomischen Implantat sind diese Situationen einfach zu meistern. Die Prämolarenstudie wurde bereits zur Publikation eingereicht, die Molarenstudie voraussichtlich Ende des Jahres.

Wann glauben Sie, wird das individualisierte Zirkonoxid-Sofortimplantat am Markt erhältlich sein?

Derzeit sind wir mit der Industrie im Gespräch, um die geeigneten global agierenden Partner zur Umsetzung des weltweiten Patentes zu finden. Es sind jedoch noch weitere Studien notwendig und daher ist nicht vor drei Jahren mit einer Markteinführung zu rechnen.

Kollegen, die weitere Informationen über die Entwicklung des individualisierten Zirkonoxid-Sofortimplantates wünschen, sind herzlich dazu eingeladen unsere Webseite www.bioimplant.at zu besuchen. Auf dieser Webseite findet man die wissenschaftlichen Publikationen und weitere Patientenfälle sowie ein OP-Video.

Abschließend noch eine Frage: Worin sehen Sie das größte Problem bei Ihrem Implantatsystem?

Das liegt meines Erachtens weder in der Herstellung des Implantates noch in der eigentlichen Implantation, sondern in der Extraktion des nicht erhaltungswürdigen Zahnes. Der atraumatischen Extraktion kommt daher die größere Bedeutung in der Sofortimplantologie zu, als der Implantation selbst,



20 Monate postoperativ.

zumal der minimalinvasive Eingriff der Implantation nur 2 bis 3 Minuten dauert.

Das Bohren, Augmentieren und Boneguiden, um metallene, nicht passende Implantate in der Alveole zu verankern, gehört bei unseren Patienten bereits seit mehr als drei Jahren der Vergangenheit an und diese invasiven Eingriffe müssen nur bei kompromittierten Alveolen durchgeführt werden.

Herr DDr. Pirker, vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt



DDr. Wolfgang Pirker
 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 A-1010 Vienna
 Wollzeile 6-8/DG
 Tel.: +43-1/512 24 00
 info@bioimplant.at
www.bioimplant.at

ANZEIGE

ERFAHRUNG MACHT DEN UNTERSCHIED.

CURRICULUM
Implantologie

30.09. - 05.10.2008 GÖTTINGEN

Drei Gründe, warum immer mehr Kollegen ihr Curriculum Implantologie beim DZOI machen:

- **Dezentrales Chairside Teaching**
...praktische Ausbildung in einer Teaching Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe. Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab!
- **Blockunterricht**
...konzentrierter Unterricht - 6 Tage an der Universität Göttingen!
- **Testbericht**
...weil die ZWP - Zahnarzt Wirtschaft Praxis in ihrem großen Curricula-Vergleichstest festgestellt hat:

„Schneller und kompakter gelingt der Einstieg in die Implantologie woanders kaum!“

CURRICULUM
Parodontologie

04. - 06.07.2008 BERLIN

Neues Curriculum vermittelt umfangreiches Wissen über Behandlungsmöglichkeiten der parodontalen Therapie.

- 7 praxisorientierte Module bis November 2009
- Zusammenarbeit mit der Charité Berlin unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber
- Modernes Behandlungsequipment und geringe Teilnehmerzahl
- 193 Fortbildungspunkte nach BZÄK

CURRICULUM
Lasierzahnmedizin

24. - 25.10.2008 BERLIN

Zertifizierte Weiterbildung in Zusammenarbeit mit der SOLA unter der Leitung von Prof. DDr. Moritz (Universität Wien)

- 2-Tages-Intensivkurs Modul I
- Physikalische und rechtliche Grundlagen
- Zertifikat Laserschutzbeauftragter inklusive
- Praktische Übungen mit allen wichtigen Wellenlängen
- Expertenforum

Informationen und Anmeldung:
 Deutsches Zentrum für orale Implantologie Akademie GmbH
 Hauptstraße 7 a · 82275 Emmering
 Telefon: 081 41.53 44 56 · Fax: 081 41.53 45 46 · office@dzo.de · www.dzo.de