

Die Implantologie-Innovation 2011: Champions (R)Evolution®

Exponentiell steigend verliefen die Verkaufszahlen der letzten Jahre zugunsten der einteiligen Champions-Implantate mit den dazugehörigen, zementierbaren Prep-Caps. Mit über 50.000 inserierten Implantaten alleine in einem Jahr sicherte sich die deutsche Implantatfirma (Gewinner des „Regio Effekt 2010“) einen der vorderen Top-Ten-Plätze. Die Einführung der zweiteiligen Champions® im März 2011 (IDS in Köln) verläuft im Hinblick auf den nationalen und internationalen Markt ebenso sensationell: keine Investitionskosten für System-Umsteiger in deutschsprachigen Ländern, ein geniales, bisher unerreichtes Online-Forum für alle Anwender, strukturierter Service. Die hohe Qualität der Produkte beeindruckt ebenso, wie genial-innovative Features, die dieses System einzigartig machen.

Text: Dr. Armin Nedjat, Spezialist Implantologie, Diplomate ICOI



Bilder 1-3: Die Champions®-Familie ist durch die Erweiterung der zweiteiligen (R)Evolution® nun für alle nur denkbaren Indikationen einsetzbar, ob ohne oder mit Augmentationen. Der 9,5 Grad-Innenkonus mit seinem patentiert-integriertem „Hexadapter“ führt zu einer bakteriedichten, sicheren und dauerhaften Verbindung inklusive Rotationsschutz.

Überrascht waren unsere Mitbewerber und auch unsere bisherigen ca. 2000 in Deutschland mit Champions®-Implantaten arbeitenden Praxen und Kliniken, als ich Anfang dieses Jahres bekannt gab, ein zweiteiliges Implantatsystem auf der IDS zu präsentieren. Schließlich galt ich in Fachkreisen als „Gegner“ der bisherigen Implantat-Zweiteiligkeit! Doch als ich mit den Führungsköpfen und Ingenieuren meiner Produktionsfirma in der Nähe von Mannheim (stellt ebenso für vier weitere große Implantatfirmen aus Deutschland die Gesamtproduktion her) in langwieriger Entwicklungszeit an dem Thema arbeitete, so erkannte ich schnell, warum die nun durch uns eingeführten Innovationen bisher nicht von anderen Firmen umgesetzt wurden: Es sind keine praktizierenden Zahnärzte,

die die Entwicklungsarbeit generell leisten können, da diese so sehr in ihre alltägliche Arbeit eingebunden sind. Meine Argumente gegen die allgemeine Zweiteiligkeit eines Implantats (zu hohe Preise, große „Handling-Probleme“ mit oft mangelhafter Präzision allgemein, viele unnötige Sitzungen in Lokalanästhesie für die Patienten) konnten nun allesamt optimiert gelöst werden.

Den Werkstoff der Schraube belieben wir bei kaltverformtem Titan Grad 4! Die Durchmesser 3,5, 4,5 und 5,5 in den Längen 6,5, 8, 10, 12, 14 und 16 mm sind nahezu Standard eines modernen Systems. Interessant ist, dass für viele Anwender/Umsteiger unsere MIMI®-Philosophie: „Immer ein 3,5 mm Durchmesser (R)Evolution® implantieren, wenn wir damit die 40 Ncm Primärsta-

bilität erreichen, auch wenn horizontal Platz für ein 4,5 oder 5,5 mm Durchmesser wäre!“ nicht neu ist, denn die periimplantäre Ernährung ist dadurch verbessert! Daher benötigen wir im D3-/D4-Knochen nur einen einzigen Dreikantbohrer (gelb), nur in härteren Knochen einzelne dazu. Abfolge: gelb, schwarz, weiß, blau (ganz extrem noch braun) im D1-Knochen.

Es gibt nun mehrere Vorteile unserer Innovationen für die Praxis, für die Klinik und für Ihre Patienten, die das zweiteilige Champions (R)Evolution® als einzigartig und bis dato „unschlagbar“ machen, ohne dass ein zweiteiliges Implantat „neu erfunden werden muss“:

1) Die minimal-invasive Methodik der Implantation (MIMI®) ist erstmals auch

auf ein zweiteiliges System anwendbar! In über 80% der Fälle kann gänzlich ohne Aufklappung und Periostverletzung, also rein transgingival gearbeitet werden. Eine standardmäßige, iatrogene Periostlösung/Verletzung gilt als ein Hauptgrund für eine spätere Periimplantitis. Es kann postoperativ zu „Mangelernährungen“ rund um das Implantat kommen; die gefürchteten röntgenologisch-diagnostizierbaren „Krater“ sind oft die Folge derartiger Knochen-Mangelernährungen. Für die Patienten bedeutet MIMI® sehr oft „Un-

glaubliches“: Keine Schwellung, keine Schmerzen, oftmals keine Antibiose, Arbeitsfähigkeit bereits einen Tag post OP!

2) Höchste Qualität und Präzision „Made in Germany“ und exzellentes Preis-/Leistungsverhältnis! Auch das Zubehör, Abutments etc. sind – obwohl höchste Qualität – für die Patienten „bezahlbar“. Alle Champions® weisen nach mehreren Studien (u. a. Studie Universitätsklinik Köln) einer der besten Oberflächen auf dem Implantologie-Markt auf.

3) Bakteriendichter Mikrosplatt von nur 0,6 µm (im Vergleich sind Bakterien zwischen 2-15 µm groß) bedingt durch den rotationssicheren Innenkonus von jeweils 9,5 Grad mit patentiert-integriertem „Hexadapter“.

4) Enormer Zeitvorteil im zahnärztlich-chirurgischen und prothetischen Prozedere, z.B. die Abformung erfolgt in der Regel supragingival und gänzlich ohne Verschraubung! Keine langwierige, „offene Abformung“ mit Röntgenkontrollen und ganz ohne Behandlungstress!

Nun möchte ich im Einzelnen den genauen Ablauf einer Champions (R)Evolution®-Implantation „step by step“ vorstellen:



Bilder 4-6: Ausgangssituation: Einzelzahn-Lücke 14 nach Wurzelfraktur eines Endo-Zahnes. Die Osteotomie konnte beim Hauszahnarzt vier Monate vor der Implantation nicht minimal-invasiv erfolgen, so dass es leider bei der Krone mesial zu einer Gingiva-Retraktion gekommen ist, die den Patienten jedoch nicht störte. Das Champion® 15 ist bereits, zusammen mit Zahn 16 und 17, seit 2001 erfolgreich „im Einsatz“. Damals ist das einteilige Champion® in Sofortbelastung innerhalb von nur 14 Tagen post OP versorgt worden. Der Patient kam wieder zurück in unsere Praxis, da ihm das konventionelle Verfahren („selbstverständlich“ mit externem Sinuslift und umfangreicher Augmentation – warum eigentlich bei dieser Ausgangslage??) als „übertherapiert“ erschien – zu einem Preis von 3.500 Euro inkl. Krone – und er einen Zeit-Behandlungsablauf von mindestens 10 Monaten erhielt). Nach örtlicher Betäubung mit UDS forte bereiteten wir in einem D3-Knochen mit gelbem Bohrer (mit 250 Umdrehungen/Minute) und dem Condenser 2,4 mm Durchmesser langsam auf. Zwischen den Bohrer- und Condenser-Arbeitsschritten kommt jeweils obligatorisch immer die „KKK“ (Knochen-Kavitäten-Kontrolle) mit einer metallischen PA-Sonde zum Einsatz. Anschließend die primärstabile Insertion des (R)Evolution® von mindestens 40 Ncm. Interessant ist, dass wir durch den „Shuttle“ bis zu 70 Ncm das Implantat implantieren können, ohne dass es zu einer Verformung oder Verletzung des Implantatkörpers kommt!

Die weitere Vorgehensweise wird durch den Zahnarzt und dem individuellen Einzelfall entschieden:

- Den Shuttle abnehmen und die chirurgische Verschlusschraube aufschrauben! Und zwar dann, wenn man nur eine Schleimhautdicke von 1 mm vorfindet oder lieber generell „gedeckt“ das Champion® aus der Primären Osseointegrations-Stabilitätsphase (POS) in die SOS (Sekundäre OS) „einheilen“ lassen wollte, z.B. bei horizontalen wie ver-

tikalen Augmentationen („Klassische Methodik der Implantation“). Völlig „lastfreie Einheilung“ ist also bei den (R)Evolution® ebenfalls möglich!

- Den Shuttle mit einem der sechs Gingiva-Clix „bestücken“. Hierbei wird der Clix einfach auf den Shuttle „aufgeklickt“. Achten Sie darauf, dass beide Rillen umfasst werden, man hört in der Regel auch einen „Click“. Der Vorteil: ein echtes „Gingiva-Forming“. Die Abformung braucht in der Regel nicht mit ört-

licher Betäubung erfolgen, auf ein Freilegen des Implantat-Shuttles kann meistens verzichtet werden. Bedingt durch die hervorragende Biokompatibilität (ähnlich wie Zirkon) empfinden die Patienten es als sehr angenehm, nichts „Graues“ oder „Metallisches“ zu sehen.





7



8



9

Bilder 7-9: Man implantiert das Implantat mit dem – ab Werk nur mit 10 Ncm befestigten – Shuttle, der bis zuletzt (dem Einsetzen der Suprakonstruktion) bakteriendicht im Implantat verbleibt. Auf diese Weise wird das Implantat-Innengewinde maximal schon. Durch die konischen Dreikantbohrer und das Champions®-Design kann auf das maximal periostschonende MIMI®-Verfahren in vielen Fällen zurückgegriffen werden. Auf dem Röntgenkontrollbild sieht man das (R)Evolution® 14-Kontrollbild im D3-Knochen. Es konnte mit einer Primärstabilität von weit über 40 Ncm inseriert werden.

Der Shuttle, welcher ab Werk nur mit 10 Ncm am Implantat befestigt ist und eine Höhe von 3 mm aufweist, ist supragingival idealerweise ca. 0,5 bis maximal 1 mm aus der Schleimhaut

heraus zu sehen. **Wichtig:** Da laterale Scherkräfte und Mikrobewegungen auf das Implantat in den Wochen 2 bis 8 post OP vermieden werden müssen, darf der Shuttle (auch inklusive dem

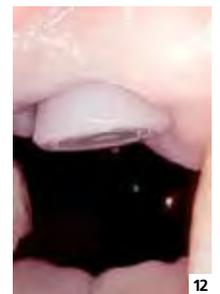
Gingiva-Clix) nicht allzu hoch aus der Schleimhaut herausragen. Deshalb gibt es ja auch die chirurgische Verschluss-schraube und sechs unterschiedliche Gingiva-Clix in verschiedenen Höhen.



10



11



12

Bilder 10-12: Einer von sechs verschiedenen WIN!®-Gingiva-Clix kann nun ausgesucht werden! Entsprechend der Höhe und Dicke der Gingiva oder dem Durchmesser, welches die spätere Krone optimaler Weise benötigt. Nach Auswahl des Gingiva-Clix fixiert man fest und dichtet den WIN!®-Clix mit einem einfachen „Klick“ auf den Titan-Gingiva-Shuttle. In diesem Patientenbeispiel kam der „1-1“ sog. „Standard-Gingiva-Clix“ zum Einsatz. „1-1“ heißt 0,5 mm hoch und den Shuttle um zirkulär 1 mm verbreitend! Gleich anschließend konnten wir den Patienten ohne Antibiose aus der Praxis entlassen. Der Patient hatte prophylaktisch nur eine Ibuprofen 600 mg direkt vor dem MIMI®- Eingriff eingenommen. Da er bereits vier Monate nach der Osteotomie in dieser Region zahnlos war, verzichtete ich – in Absprache mit ihm – auf die Anfertigung eines Provis. Nach acht Wochen erschien der Patient – auch in der Zwischenzeit völlig beschwerdefrei – zur 2. Sitzung in der Praxis: Die gingivalen Verhältnisse und das Gingiva-„Forming“ mit Hilfe des Gingiva-Clix waren hervorragend ...

Für die supragingivale Abformung haben sich die Champions® einen besonderen „Clou“ ausgedacht, die es uns Praxen sehr zeitsparend erlaubt, die Mundsituation ohne ein Abschrauben oder ein Abnehmen des Gingiva-Clix und des Shuttles exakt auf das spätere Labor-Arbeitsmodell zu übertragen.

Konkret heißt dies, dass man auch zur Abformung also nicht den WIN!®-Gingiva-Clix oder den Implantat-

Shuttle abnehmen bzw. abschrauben sollte! Eine Bakterien-Kontamination des Implantat-Innengewindes mit dem Außenmilieu ist somit in den ersten Wochen in diesen Fällen ausgeschlossen. Der Patient muss auch nicht zuvor für eine „Implantatfreilegung“ in einer separaten Sitzung einbestellt und ein weiteres Mal unter örtlicher Betäubung behandelt werden. ... Man nimmt jetzt z.B. einen Condenser 2,4 mm Durchmesser, dreht ca. 0,5 bis 1 mm (etwa 3 x

¼ Umdrehungen) in das sogenannte „Perforations-Fenster“ des Gingiva-Clix ein und hebt durch eine kleine Verkantung des Condensers das Fenster des Clix ab. Dieser Vorgang dauert nur wenige Sekunden. Nun kann man durch den Gingiva-Clix den Shuttle sehen ...



Bilder 13-14: Mit einer kleinen drehenden Bewegung führen wir den WIN!®-Abformungsposten in den Shuttle, bis dieser gesichert einrastet. Man formt „geschlossen“ ab, was ein organisatorischer und zeitlicher Vorteil im Praxisalltag ist. Der WIN!®-Abdruckpfosten verbleibt in der Abformung ...

Achten Sie bitte darauf, immer einen neuen Abformungsposten zu benutzen, da es sich gerade bei diesem Arbeitsvorgang um absolute Präzision handelt! Nach der Abformung verschließt man die Perforation des Fensters mit einem lichthärtenden, jedoch weichbleibenden Kunststoff, z.B. dem „gelben“ Fermit.





15



16



17

Bilder 15-17: Der 3. und letzte Patienten-Termin wenige Tage nach der Abformung: Der „Fermit Deckel“ wird mit einer Sonde „angepiekt“ und „abgehebelt“. Wiederum liegt der Shuttle nun „unter Sicht“. Nun löst man zunächst einmal den Gingiva-Clix vom Shuttle, dann schraubt man erstmals die Halteschraube des Shuttles vom Implantatkörper ab! Bis dahin ist der Implantatkörper quasi bakterienfrei (kein Geruch!) und die Innengewinde des Titan 4 maximal geschont, absolut „jungfräulich“ geblieben, so dass eine Abutmentlockerung später durch ein „Ausleiern“ der Halteschraube durch verschiedene Arbeitsvorgänge bei vielen anderen Systemen weitaus unwahrscheinlicher sein wird!



18



19



20

Bilder 18-20: Der Shuttle wurde erstmalig vom eigentlichen Implantat gelöst, das vom Labor gelieferte Abutment mit der Halteschraube mit 30/40 Ncm fixiert.

Zusammenfassung

Das MIMI®-Konzept, moderne Erkenntnisse der Knochenphysiologie und der Innenverbindung in Form eines 9,5 Grad-Konus mit rotationssicherndem „Hexadapters“, das optimierte Preis-/Leistungsverhältnis. Die Bedürfnisse unseres Praxisalltags und unserer Patienten wurden allesamt in das Champions (R)Evolution® System aufgenommen. Das Implantat bezeichnen sämtliche „Champions®-Anwender“, gerade diejenigen, die von weitaus preisintensiveren, bekannten Systemen kommen, als einen echten „Meilenstein in der Implantologie“. Garantierter Preis-/Leistungssieger sowohl der Original-Implantate als auch des Original-Zubehörs (z.B. der Loc-Abutments) gerade im Hinblick auf die gelieferte Qualität und das chirurgisch-prothetische Procedere machen dem Namen dieses Systems alle Ehre!



Bilder 21-22: Die mit Harvard Zement oder Implant Link forte befestigte Krone.

Dr. Armin Nedjat
 Telefon: 067 34/914080
 E-Mail: nedjat@t-online.de