

Zusammenfassung der Publikation:

Alveolar Ridge Preservation: Knochenaufbau nach Extraktion

Feldstudie der DGZI

Hille R,
Implantologie Journal 2005; 1: 12-18

Fragestellung:

Die Resorption des Alveolarknochens nach Zahnextraktion beträgt ohne knochenerhaltende Maßnahmen innerhalb der ersten 2 – 3 Jahre 40 – 60%. Diese Situation kann vermieden werden, wenn die Alveole sofort nach Zahnextraktion mit Knochenaufbaumaterialien und ggf. einer Membran – im Sinne einer „Alveolar Ridge Preservation“ – versorgt wird. Hauptziel der Studie war es, durch eine ausreichend große Datenerhebung mögliche Unterschiede in der Resorption des Alveolarknochens nach Extraktion von Zähnen bei gleichzeitig durchgeführten Knochenaufbaumaßnahmen und dem in der Literatur beschriebenen Knochenverlust ohne Knochenaufbau zu untersuchen.

Material und Methodik:

Prospektive Erhebung in neun Praxen der DGZI Arbeitsgruppe Alveolar Ridge Preservation. Einheitliches Vorgehen nach einem zuvor abgestimmten Beobachtungsplan, einheitliche Dokumentation in vorbereiteten Befundbögen.

Schonend durchgeführte Extraktionen, Anfrischung des Knochens in der Alveole. Verwendung des Knochenaufbaumaterials CERASORB®¹⁾, synthetisches, phasenreines β -TCP in der Granulatgröße 500 – 1000 μ m bzw. 1000 – 2000 μ m, das mit frischem Patientenblut durchmischt wurde. Verwendung resorbierbarer Membranen (Epi-Guide®) bis zu einer maximalen Restöffnung von 4 mm, bei größeren Restöffnungen Verwendung nicht resorbierbarer Membranen (Tef Gen²⁾). Befundkontrollen nach 2 Wochen sowie nach 3, 6 und ggf. 12 Monaten, um den Knochenregenerationsverlauf anhand standardisierter Röntgenkontrollen zu bewerten und den geeigneten Zeitpunkt für das Setzen des Implantates zu bestimmen.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden bei 80 Patienten (41 weiblich, 39 männlich, im Alter von 26 – 81 Jahren) 97 Zähne entfernt. In 80 % wegen marginaler und apikaler Parodontitiden, am häufigsten untere und obere Molaren (N = 52), untere und obere Prämolaren (N = 20), Frontzähne (N=14), Eckzähne

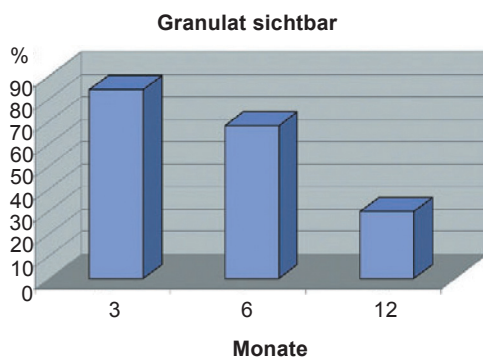


Abb. 1: Resorption des Knochenregenerationsmaterials anhand von Röntgenaufnahmen nach 3, 6 und 12 Monaten. Kontinuierliche Abnahme über den Beobachtungszeitraum. Nach 12 Monaten Granulatreste nur noch bei weniger als 30 % der Patienten sichtbar.

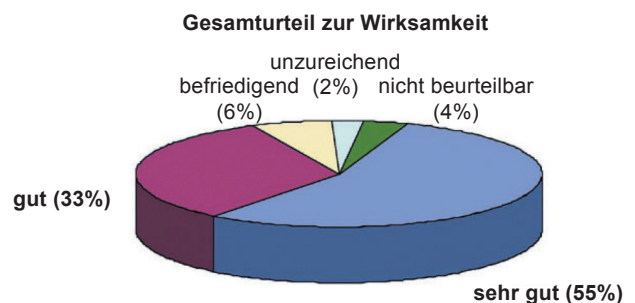


Abb. 2: Globales Gesamturteil zur Wirksamkeit zum jeweils letzten Beobachtungszeitpunkt.

CERASORB® Literaturservice

(N=11). Im Durchschnitt wurden 0,78 g CERASORB^{®1)} pro Patient verwendet, bei 53 Patienten TefGen²⁾ Membranen, bei 20 Epi-Guide[®] Membranen. Antibiotische Abdeckung in 53 Fällen. Die Weichgewebsheilung wurde 1 – 2 Wochen postoperativ in 87% als sehr gut und gut befunden, die entzündliche Situation in 81 % als sehr gut und gut. Die durchschnittliche Verweildauer der Membranen betrug 4,2 Wochen. Die in den ersten drei Monaten bei einigen Patienten noch beobachteten Rötungen, Schwellungen, Entzündungen und Dehiszenzen nahmen im weiteren Verlauf ab und waren nach 12 Monaten nicht mehr festzustellen. Der Knochenverlust nach 12 Monaten betrug sowohl coronal-apikal als auch bucco-lingual in den weitaus meisten Fällen unter 10 %. Das Gesamturteil zum Erfolg der therapeutischen Maßnahmen erfolgte zum jeweils letzten Beobachtungszeitpunkt: In 88 % der Fälle wurde die erfolgte Knochenregeneration durch die Augmentation mit CERASORB^{®1)} als sehr gut und gut beurteilt. Die Wirksamkeit der Membranen wurde für TefGen²⁾ mit 83% und Epi-Guide[®] mit 90 % als sehr gut und gut beurteilt. Bei der Abschlussuntersuchung fanden sich in ca. 30% der Fälle radiologisch noch sichtbare Restgranula.

Schlussfolgerung:

Die Resorption des Alveolarknochens nach Zahnextraktion ist bei gleichzeitig erfolgter Augmentation der Alveole mit CERASORB^{®1)} und der Applikation geeigneter Membranen (TefGen²⁾ bzw. Epi-Guide[®]) als Barriere über der Extraktionsalveole eindrucksvoll vermindert. Die Verträglichkeit der beschriebenen Verfahren und Materialien ist klinisch gut bis sehr gut beurteilt worden. Dieses Vorgehen kann somit empfohlen werden, wenn aus implantologischen oder ästhetischen Gründen ein größtmöglicher Erhalt des Alveolarknochens notwendig ist.

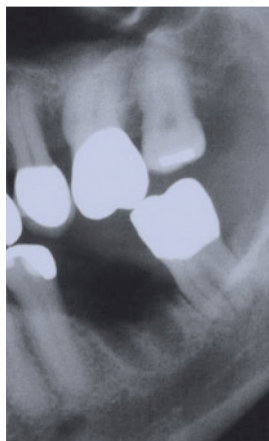


Abb. 3a

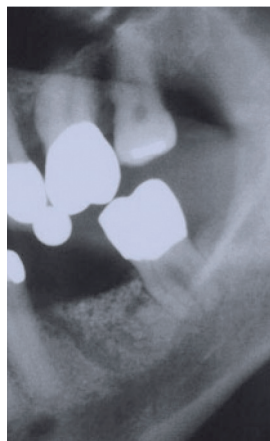


Abb. 3b

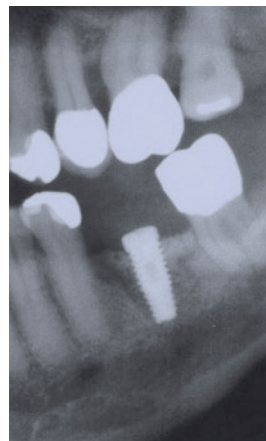


Abb. 3c

Abb. 3a:

66-jährige Patientin, Zustand nach Extraktion von Zahn 36 wegen Parodontitis und periradikulärer Osteolyse, anschließender Augmentation mit CERASORB^{®1)} und Verschluss mit TefGen²⁾ Membran.

Abb. 3b:

Kontrolle nach 4 Monaten – Granulat noch sichtbar. –

Abb. 3c:

Zustand nach Setzen eines Implantats in den regenerierten Knochen 5 Monate post OP, Granulat nicht mehr sichtbar.

1) Handelsname CERASORB[®] Classic seit 2011

2) TefGen-Membranen werden seit 2008 nicht mehr hergestellt.

Die nicht resorbierbaren Cytoplast TXT-200 Membranen (Hersteller Osteogenics/ USA, Vertrieb seit 2010 durch curasan AG über die mds GmbH), ebenfalls aus PTFE hergestellt, bieten eine sehr gute Alternative.



Medical & Dental Service, Vertriebs- und Handelsgesellschaft mbH
 Jacques-Remy-Str. 17
 D - 56203 Höhr-Grenzhausen
 Telefon: +49 (0) 2624 - 9499 - 0
 www.mds-dental.de service@mds-dental.de

exklusiver Vertriebspartner der curasan AG in Deutschland und Österreich



Überreicht durch: