

# Wissenschaftliche Kurzinformationen (Abstracts) zur implantologischen Behandlung:

## Implantatprothetische Rehabilitation im atrophierten Seitenzahnbereich auf Implantaten mit einer Länge von 6,0 mm und einem Durchmesser von 4,0 mm oder auf längeren Implantaten in Verbindung mit einer Augmentation. Ergebnisse einer randomisiert

Felice P, Barausse C, Pistilli V, Piattelli M, Ippolito DR, Esposito M.

Eur J Oral Implantol. 2018;11(2): 175-187.

Je 20 Probanden mit beidseitig zahnloser und atrophiertes Freiersituation im Ober- oder Unterkiefer wurden in die Studie einbezogen.

Die Residualhöhe des knöchernen Sinusbodens lag bei 5,0-7,0 mm und die vertikale Höhe des Unterkiefer-Alveolarkamms betrug, gemessen vom knöchernen Dach des Canalis mandibularis, 6,0-8,0 mm. Die Probanden wurden nach dem Zufallsprinzip im Split mouth-Design entweder mit kurzen Implantaten versorgt oder erhielten Implantate  $\geq 10,0$  mm Länge, die mit einer Augmentationsmaßnahme kombiniert wurden.

Im Unterkiefer wurde die vertikale Augmentation drei Monate vor Implantatinsertion mittels Interpositionsosteoplastik mit equinen Knochenblöcken durchgeführt. Im Oberkiefer erfolgte die Implantatinsertion gleichzeitig mit der lateralen Sinusbodenelevation mittels partikelförmigem porzinen Knochenersatz.

Alle Implantate wurden vier Monate nach Insertion provisorisch und nach weiteren vier Monaten definitiv prothetisch versorgt. Weder in Bezug auf die prothetischen noch auf die Implantatverlusten konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Im Unterkiefer traten in den augmentierten Bereichen signifikant mehr Komplikationen auf, während es im Oberkiefer keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen gab.

Bei kurzen Implantaten konnten sowohl im Unterkiefer mit 1,25 mm vs. 1,54 mm als auch im Oberkiefer mit 1,28 mm vs. 1,50 mm signifikant geringere krestale Knochenverluste bei kurzen Implantaten ermittelt werden.

Letzte Aktualisierung am Donnerstag, 27. Mai 2021