

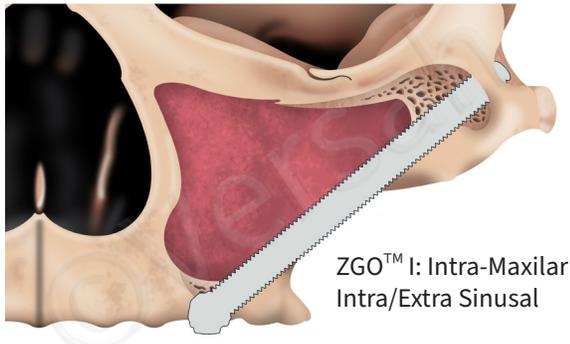
OSSEODENSIFICATION

Intramaxilläres Intra-/Extra-Sinus Zygoma Protokoll I/II

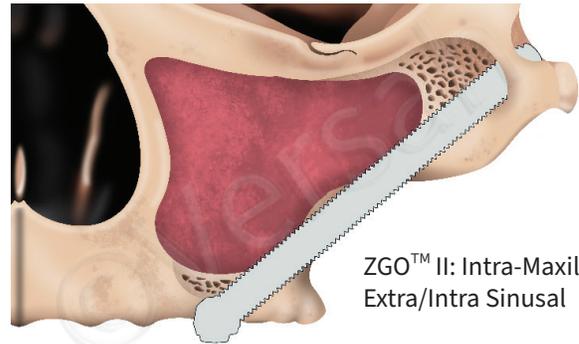


INTRA-MAXILLÄRES
INTRA/EXTRA SINUS ZYGOMA
PROTOKOLL I/II

Überblick: Die vordere Oberkieferwand ist etwas konkav. Der Zugangsweg ist vollständig intra-maxillär mit einem intra-/extra-sinusförmigen Zugang. Es wird eine Tunnelosteotomie durch den Alveolarkamm in die innere Seitenwand der Kieferhöhle angelegt, um durch diese Seitenwand leicht herauszukommen und dann als zweite Tunnelosteotomie wieder in die Kieferhöhle einzutreten, um durch den Körper des Zygoms herauszukommen.



ZGO™ I: Intra-Maxilar
Intra/Extra Sinusal



ZGO™ II: Intra-Maxilar
Extra/Intra Sinusal

ZGO™ I: Intra-maxillärer Intra-/Extra-Sinus: Die vordere Oberkieferwand ist leicht konkav. Der Weg ist intra-maxillär mit einem meist intra-sinusförmigen Verlauf.

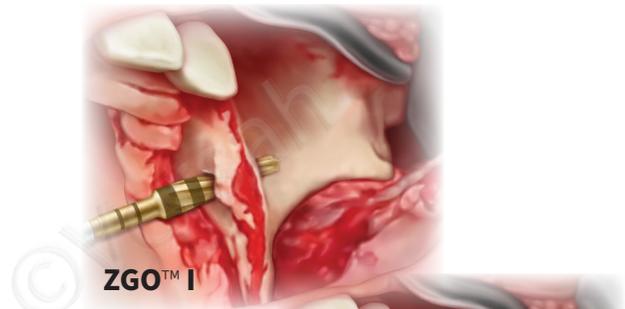
ZGO™ II: Intra-maxillärer Extra-/Intra-Sinus: Die anteriore Kieferwand ist etwas konkaver als bei ZGO™ I. Daher folgt sie dem gleichen chirurgischen Prinzip wie ZGO™ I mit einem intra-maxillären Pfad, aber mit einem größtenteils extra-sinusförmigen Pfad.

Schritt 1:

Die Tunnelosteotomie wird mit dem Universal Densah®-Pilotbohrer im Uhrzeigersinn (CW) durch den Alveolarkamm eingeleitet, um den Boden des Sinus zu erreichen. Dann werden die Universal-Densah®-Bohrer in einer ansteigenden Reihenfolge von 2 mm, 2,3 mm, 3 mm und 3,3 mm gegen den Uhrzeigersinn (CCW) verwendet, um die krestale Osteotomie zu erhalten und zu erweitern und den Eintritt in die Sinus-Seitenwand einzuleiten. Dadurch würde die Sinusmembran erhalten und der Alveolarknochen osseodensifiziert.

Schritt 2:

Mit dem ZGO™ Densah® Pilotbohrer geeigneter Länge (65 mm oder 90 mm), je nach Anatomie und Größe des Patienten, im CW-Modus in die vorbereitete krestale Tunnelosteotomie eindringen, um durch die laterale Sinuswand wieder herauszukommen und durch eine weitere Tunnelosteotomie in die inferiore Oberfläche des Zygoms einzudringen, dann durch den Körper des Zygoms, um an der superolateralen Oberfläche des Körpers des Zygoms auszutreten.



ZGO™ I

Schritt 1

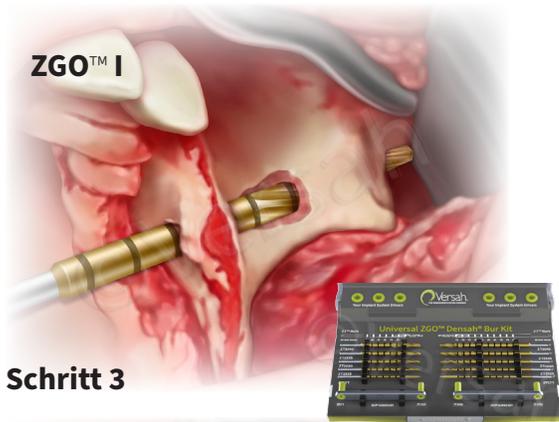


ZGO™ II



Schritt 2

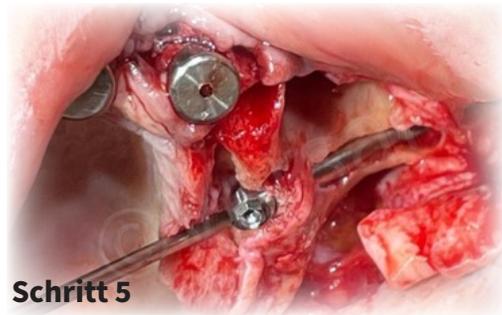




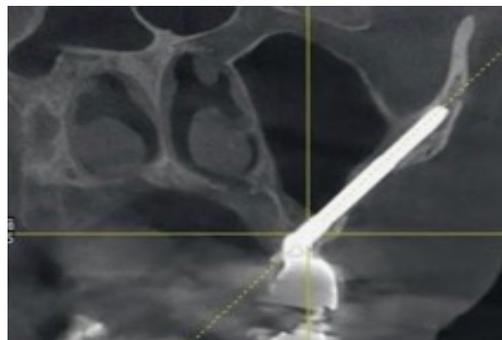
Schritt 3



Schritt 4



Schritt 5



Schritt 3:

Nach der Pilotosteotomie verwenden Sie je nach Anatomie und Größe des Patienten die ZGO™ Densah®-Bohrer in der passenden Länge (65 mm oder 90 mm). Beginnen Sie mit dem Densah®-Bohrer ZT 1525 und erweitern Sie die krestale Osteotomie im CCW-Modus, indem Sie in die Sinushöhle eindringen, um durch die laterale Sinuswand wieder herauszukommen, um durch eine weitere Tunnelosteotomie wieder einzutreten; wechseln Sie je nach Bedarf in den CW-Modus, um in die inferiore Oberfläche des Zygoma einzutreten, durch den Körper des Zygoma zu gehen und die superolaterale Oberfläche des Körpers des Zygoma zu verlassen.

Schritt 4:

Die Zygomahärte und der Implantatdurchmesser bestimmen den endgültigen ZGO™ Densah®-Bohrerdurchmesser, d. h. ZT2030, ZT2535 oder ZT3040. **Die ZGO™ Densah®-Bohrer sollten je nach Knochendichte am besten im CW/CCW-Modus mit 800-1500 U/min und reichlich Spülung verwendet werden.**

- 1) Schneidemodus im Uhrzeigersinn (CW) für dichteren Knochen
- 2) Verdichtungsmodus gegen den Uhrzeigersinn (CCW) bei weicherem Knochen
- 3) Eine Kombination aus CW und CCW unter Verwendung des Densify – Preserve after Cut (DAC-)Protokolls für eine mittlere Knochenhärte

Schritt 5:

Anschließend wird das Jochbeinimplantat eingesetzt. Obwohl das Jochbeinimplantat durch die vordere Kieferwand zu sehen ist, verläuft der größte Teil des Implantatkörpers intra-sinus. **Bei ZGO™ I und ZGO™ II liegt das Implantat am Knochen:**

- 1) Am Alveolarkamm.
- 2) An der inneren Sinuswand.
- 3) An der lateralen Sinuswand.
- 4) am Körper des Jochbeins