

In der Literatur und bei spezifischen Fortbildungsveranstaltungen wird der Verlust von ossären Implantaten in der Regel $< 0,5\%$ gerechnet. Das ist ein in der Größenordnung vertretbarer, aber zweifelhafter Wert, da stets die Bezugsgrößen fehlen. Im Einzelfall ist jeder Implantatverlust ein ärgerliches Geschehen, für den Behandler und den Patienten. Der folgende Artikel soll eine zusätzliche Sichtweise bieten, die vordergründig unverständliche Implantatverluste erklärbar macht. Der Zusammenhang von Implantatverlust und chronischen bzw. Autoimmunerkrankungen soll am Beispiel eines Mamma-Karzinoms und einer persistierenden *Helicobacter*-Infektion gezeigt werden.

Gründe für den Verlust von Implantaten

Autor: Dr. Guenter Michel

Nicht immer lassen sich Verluste von Zahnwurzelimplantaten mit den klassischen Kriterien der klinischen Implantologie befriedigend erklären. Vermutungen aller direkt und indirekt Beteiligten, wie z.B. imaginäre Produktfehler, mangelhafte oder nonsterile OP-Technik, unzureichende Mundhygiene, zu frühe oder Falschbelastungen werden unter der in Fortbildungsveranstaltungen beharrlich angegebenen $< 2\%$ -Verlustquote, wobei die Bezugsgröße i.d.R. verschwiegen wird, eingeordnet und ein zweiter Implantatversuch wird unternommen bzw. unterlassen. Der systemtheoretische Ansatz kann in solchen Fällen überraschende Aufklärung bieten.

Der folgende Fall soll zeigen, dass sich Implantatverluste im Gesamt-Regulationssystem Mensch ereignen können, die sich durch energetische Wechselbeziehungen innerhalb der Körpersysteme aufgrund krankhafter Veränderungen fernab vom Implantationsort erklären lassen können. Der klinische Fall einer zum Zeitpunkt der Implantation 62-jährigen Patientin, die meine Praxis derzeit aufsuchte mit der Frage nach einem dentalen Hintergrund zu ihrem neurovegetativen Er-

schöpfungszustand und ihrer therapieresistenten Migräne, soll geschildert und diskutiert werden. Der hier u.a. zugeordnete nonfunktionale Zahnstatus mit Kiefergelenk-Kompression rechts wird sich in den folgenden Ausführungen als energetischer Faktor und als ein wichtiger Teilaspekt erweisen, war jedoch initial rein mechanisch ausschlaggebend für eine angedachte Gesamtsanierung, in dessen Umfang eine Mehrfachimplantation angedacht wurde.

Die klinische und röntgenologische Untersuchung (Abb. 1) der Patientin ergab parodontale

und funktionelle Insuffizienzen, fehlende Zähne 18, 15, 27, 28, 38, 45 und 48. Die Zähne 16, 14, 25, 36 und 44 waren pulpamentot, größtenteils insuffizient wurzelgefüllt (Wurzelfüllpaste N2) mit z.T. deutlichen apikalen Aufhellungen. Amalgamfüllungen bei 26, 46 und 47, die Zähne 17, 16 – 14, 24, 25, 37, 36 und 35 sind überkront (Degunorm, Harvard Zement). Die in unserer Praxis routinemäßig durchgeführte elektronische Systemdiagnostik* und Pulsoszillografie** zeigten bei der Patientin eine multikausal bedingte Desintegration des limbisch-hypothalamisch-hypophysären-adre-

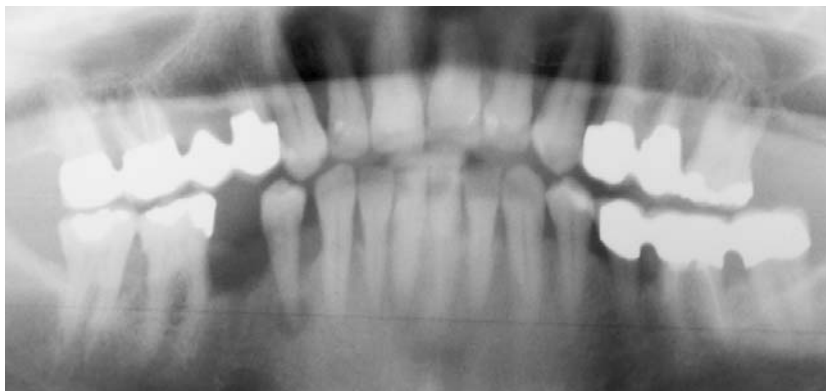


Abb. 1: Röntgenologische Ausgangssituation.