

Dass eine sorgfältige präoperative Diagnostik die Grundvoraussetzung für vorhersagbare Ergebnisse in der Implantologie sein muss, gilt bereits als Gemeinplatz. Neben der allgemeinmedizinischen und psychosozialen Diagnostik, einer möglichst umfassenden klinischen Inspektion, sind es vor allem bildgebende Verfahren, die es dem Behandler ermöglichen, Risiken abzuschätzen und das therapeutische Konzept zu optimieren.

Probleme eines scheinbar implantologischer Routinefalles

Autor: Dr. Bernd Neuschulz M.Sc.

Von der normalen Röntgendiagnostik bis zur kompletten 3-D-Planung wird heute versucht, im chirurgischen Management risikomindernd zu arbeiten und gleichzeitig ein vorhersagbares Ergebnis zu erreichen.

Diese Vorgehensweise ist zur Genüge beschrieben und erlaubt zum Teil minimalinvasive Eingriffe. Damit schont sie nicht nur den Patienten, sondern auch die eigenen Nerven. Deshalb ist es verlockend, möglichst alle uns heute zur Verfügung stehenden diagnostischen Mittel auszuschöpfen.

Manchmal sind es dann die äußeren Umstände, die uns veranlassen, diesen Aufwand in Grenzen zu halten. Dazu können sowohl die limitierten finanziellen Möglichkeiten des Patienten als auch eine begründete oder auch unbegründete Furcht vor zusätzlicher Strahlenbelastung gehören. Mitunter aber handelt es sich einfach nur um den sogenannten Standardfall, der zur Routine gehört, der uns nicht wirklich etwas abverlangt und bei dem wir mit der „normalen“ klinischen und röntgenologi-

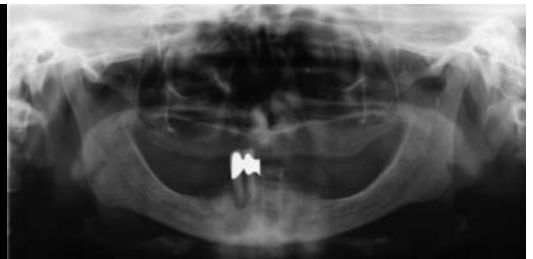


Abb. 3: Defektdarstellung.

schen Diagnostik zurecht kommen. Sind nach unserer Einschätzung die Hart- und Weichgewebsverhältnisse so, dass mit einem geeigneten



Abb. 1: Ausgangssituation. – Abb. 2: Ausgangs-OPG.



Implantatsystem ein gewünschtes Therapiekonzept problemlos umgesetzt werden kann, gehen wir vom Regelfall aus. Eine jahrelange Erfahrung bestätigt dies – meistens zumindest!

Kritisch kann es jedoch werden, wenn sich der vermeintliche Routinefall – durch äußere Umstände und Vorgaben bedingt – in eine Richtung entwickelt, die den Spielraum des Operateurs immer weiter einengt.

Falldarstellung

Der vorliegende Fall zeigt, dass die vermeintliche Routinesituation durchaus anspruchsvoll werden kann, wenn röntgenologische Interpretation und klinische Realität divergieren. Hilfreich ist es deshalb, in solchen Situationen nicht nur ein sicheres Implantatsys-

tem zu verwenden, sondern auch eine innovative Augmentationsmöglichkeit zur Hand zu haben.

Am 30.08.07 stellte sich die Patientin S.S. (66 Jahre) erstmalig in unserer Praxis vor. Ihr Anliegen war es, eine über lange Zeit insuffiziente prothetische Versorgung des Unterkiefers durch eine dauerhaft funktionierende zu ersetzen. Die Patientin selbst schlug uns vor, zur Lösung des Problems Implantate zu verwenden. Bei der klinischen Inspektion wiesen die Zähne 43 und 42 einen Lockerungsgrad III auf, was sich röntgenologisch bestätigte. Der Zahn 43, der mit 42 verblockt war und über ein Geschiebe eine MOG trug, zeigte eine ausgeprägte Ostitis. Da die Patientin einen Anfahrtsweg von ca. drei Stunden hatte, erwartete sie in gleicher Sitzung ein Therapiekonzept und einen OP-Termin. Zu diesem Termin wünschte sie sich dann möglichst zeitgleich sowohl Extraktion als auch die Implantation (Abb. 1). Nach dieser Aussage wurde ein zwei-