

## WEICHGEWEBEMANAGEMENT

## als Erfolgsstellschraube



© Dr. Dr. Markus Tröltzsch



Infos zur Person

„Xenogene Knochenersatzmaterialien funktionieren in vielen Fällen vergleichbar zu den autogenen Transplantaten.“

Ein Beitrag von Anne Kummerlöwe

**INTERVIEW** /// Regenerationskonzepte von Hart- und Weichgewebe sind fester Bestandteil der modernen Implantologie. Die Bestandsaufnahme beider Gewebe spielt für eine erfolgreiche implantologische Behandlung eine ebenso große Rolle wie die Wahl eines adäquaten Implantatsystems. Ein Kurz-Interview mit Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Fachzahnarzt für Oralchirurgie und Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, zum Weichgewebemanagement als zentrale Stellschraube einer erfolgreichen implantologischen Versorgung.

**Herr Dr. Dr. Tröltzsch, welche Rolle spielen das Hart- und Weichgewebemanagement für das erfolgreiche Einsetzen eines Implantats?**

Vorausschickend kann man sagen, dass sich das Hart- und Weichgewebe gegenseitig, sowohl in der Positionierung als auch in der Gesundheit, bedingen. Wenn ein Knochenproblem zum Beispiel einer jahrelangen darunter liegenden Osteomyelitis zu schulden ist – also einer Knochenentzündung –, dann geht es dem Gewebe darüber meist auch nicht gut. Umgekehrt haben wir als bestes Beispiel die Parodontitis: Bei einer konstanten Infektion, welche von oben an den Knochen gerät, wo der Schutz vom Weichgewebe nicht mehr ausreicht, geht uns irgendwann der beste Knochen flöten. In der Implantologie wird dies am deutlichsten durch die sogenannte biologische Breite. Sie müssen wir als Grundlage vor Augen haben: die Kombination aus biologischer Breite und Qualität des vorhandenen Gewebes. Beim Setzen eines Implantats darf die biologische Breite nicht verletzt werden. Wir wissen auch, dass sie nicht überall gleich ist. Jeder Patient hat seine eigenen Werte. Bei einem Patienten mit einer vorhandenen biologischen Breite von vielleicht drei Millimetern können wir gerade so das Weichgewebe überziehen und haben dann aber an der Stelle nur anderthalb Milli-

meter Knochenabdeckung zum Weichgewebe. Hier wird es zu einem Rückgang des Knochens kommen, bis die biologische Breite wieder stimmt. Das ist ein wichtiger Faktor, den man bedenken muss, bevor man anfängt, auszumessen. Von Dr. Tomas Linkevicius gibt es wirklich großartige Arbeiten zur Position von Weichgewebe und Implantat in Bezug auf das Langzeitüberleben des Implantats. Er hat beispielsweise die Drei-Millimeter-Angabe ins Spiel gebracht. Sprich, wenn ich eine drei Millimeter dicke Schleimhaut über meinem Implantat habe, dann sollte ich möglicherweise davon ausgehen können, dass mein Knocheniveau bestehen bleibt.

**Patienten mit sehr dünner Gingiva müssen gegebenenfalls mit Gewebetransplantaten versorgt werden, die nicht unbedingt immer gewollt sind.**

Ja, das stimmt. Wenn ich die maßgebliche Breite bzw. Dicke des Weichgewebes für mein Implantat nicht habe, bestehen zwei Möglichkeiten: Entweder ich setze das Implantat tiefer – verliere dann aber Knochen. Oder ich verdicke die Schleimhaut schon beim Einbau des Implantats. Dazu eignen sich aber nicht nur Bindegewebstransplantate, sondern auch xenogenes Material. Dazu gibt es zum Beispiel viel Information von Prof. Dr. Dr.

# NEU!

Dr. Karl Andreas Schlegel in München, der verstärkt mit Weichgewebstransplantaten xenogener Art arbeitet. Diese sind qualitativ inzwischen so gut, dass wir tatsächlich nicht mehr gezwungen sind, ein autogenes Transplantat nehmen zu müssen. Das freut Patienten, denn Entnahmedefekte am Gaumen sind wirklich keine allzu schöne Sache und durchaus schmerzhaft. Deshalb muss man sich bei der Implantatplanung das Weichgewebe als Teil der Positionsplanung visualisieren. Zudem stellt sich neben der reinen Dicke immer zusätzlich die Frage: Habe ich Mukosa oder Gingiva? Gerade wenn vorher ausgiebig mit Lappen gearbeitet worden ist, kann es sein, dass ich nur Mukosa habe. Es reicht – auch vom Umfang her – die beste Schleimhaut nicht aus, wenn ich diese hinterher einfach vom Implantat wegziehen kann und dadurch Periimplantitis entsteht. Menge und Qualität sind demnach entscheidend. Es kann zudem passieren, dass ich in einem Mukosabereich entweder durch ein Schleimhauttransplantat oder auch ein xenogenes Transplantat die Qualität verändern muss, um eine Langzeitstabilität zu erreichen.

**Vor zehn Jahren gingen die Meinungen zum sogenannten „toten“ Material noch sehr weit auseinander. Unterdessen haben sich Fachstimmen und auch der Markt deutlich weiterentwickelt und xenogenes Knochenmaterial gehört heute ins anerkannte Versorgungsspektrum. Ist das auch Ihr Empfinden?**

Absolut. In diesem Bereich findet eine enorme Entwicklung statt, die inzwischen auch zu einer sehr guten Datenlage geführt hat. Man kann wirklich sagen, xenogene Knochenersatzmaterialien funktionieren in vielen Fällen vergleichbar zu den autogenen Transplantaten. Gerade wenn man ein PRF (Palet Rich Fibrin) dazu kombiniert, erzielt man wirklich sehr gute Ergebnisse.

**Wenn trotz aller Planung und Vorabbetrachtung durch die zahnärztliche Extraktion Schäden entstanden sind, muss dann an Hart- wie Weichgewebe nachgearbeitet werden?**

Das ist eine sehr gute Frage, denn ganz viele Probleme, sowohl am Knochen als auch am Weichgewebe, sind extraktionsgemacht. Unter diesem Aspekt bekommt nun die Ridge Preservation, also das Einsetzen von Biomaterial bei der Extraktion, tatsächlich noch ein zusätzliches Gewicht. Wenn man Biomaterial einsetzt und es quasi über den Defekt granulieren lässt, erhält man häufig eine richtig gute, keratinisierte Schleimhaut. Tatsächlich ist das zwar Narbengewebe, verhält sich aber klinisch wie keratinisierte Gingiva, mit der man danach großartig implantologisch arbeiten kann.



QR-CODE SCANNEN  
UM MEHR ZU ERFAHREN