Vitamin D und Implantate: Was die neue S3-Leitlinie für Praxen bedeutet

Mit der jetzt veröffentlichten S3-Leitlinie liegt erstmals eine evidenzbasierte Empfehlung zur Vitamin-D-Bestimmung und Supplementierung speziell in der dentalen Implantologie vor. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) und der DGZMK bewertet sie den Stellenwert von Vitamin D bei Implantationen und Augmentationen neu.



© fidaolga – stock.adobe.com

Katja Kupfer

Die Leitlinie kommt zu dem Ergebnis, dass ein Vitamin-D-Mangel zwar mit implantologischen Komplikationen assoziiert sein kann, ein generelles Screening oder eine pauschale Supplementierung jedoch durch die aktuelle Evidenz nicht gestützt wird. Stattdessen wird ein individualisiertes Vorgehen empfohlen, das sich an Anamnese und klinischer Situation orientiert. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für den Praxisalltag? Wo sind Vitamin-D-Bestimmungen sinnvoll und wo eher nicht? Darüber sprechen wir mit den Autoren der Leitlinie, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Dr. Moritz B. Schlenz und Dr. Joscha G. Werny.

Die Leitlinie empfiehlt ein individualisiertes Vorgehen statt eines Routinescreenings. Was sollten Zahnärzte bei der Einschätzung eines möglichen Vitamin-D-Mangels besonders beachten?
Prof. Grötz: Besonders zu beachten ist die spezielle Anamnese. Das bedeutet, man sollte den Patienten im Rahmen der Erhebung für den Anamnesebogen durchaus fragen, ob ein Vitamin-D-Mangel besteht oder ob die Patientin oder der Patient bereits supplementiert. Dann gibt es Hinweise vom Anamnesebogen bezüglich Allgemeinerkrankungen. Dabei sind in erster Linie Nieren- oder Leber-Funktionsstörung zu nennen. Dann wäre eine dritte etwas unschärfere Gruppe zu nennen, das sind hochbetagte Menschen. Da reden wir heute natürlich nicht mehr von Menschen über 60, wie dies früher war, sondern von Menschen über 80, die zu den Hochbetagten gehören. Wenn man in der eigenen Betrachtungsanamnese des Patienten ungewöhnliche Verläufe in der Wundheilung beobachtet hat, zum Beispiel einen ungewöhnlichen Frühverlust eines Implantates, ohne dass systemische Erkrankungen vorliegen oder sonstige Risikofaktoren bekannt sind und ohne dass eine Infektion erkennbar war, dann kann auch dieses ein Hinweis darauf sein, den Patienten zu testen.

In vielen Praxen gehört die Vitamin-D-Bestimmung vor Implantationen inzwischen zum festen Ablauf. Wie ordnet die Leitlinie dieses Vorgehen fachlich ein?
Dr. Schlenz: Von der fachlichen Seite aus gesehen gibt es aktuell keine Rechtfertigung, die Bestimmung zum Standard zu erheben. Wenn wir bei der Gesamtbevölkerung analysieren, ob es einen Einfluss des Vitamin-D-Spiegels oder einen Einfluss der Vitamin-D-Supplementierung auf den Erfolg einer Implantatbehandlung oder auch auf den Erfolg einer Augmentation gibt, ist das Ergebnis evidenzbasiert: Wir finden keinen Einfluss. Dies hängt wahrscheinlich wissenschaftlich betrachtet nicht daran, dass es generell keinen Einfluss gibt, sondern dass es möglicherweise ein kleines Subkollektiv gibt, das davon profitiert, das aber in den Daten der Gesamtbevölkerung nicht erkennbar ist. Kurz: Die Daten der gesunden Patienten, bei denen der Vitamin-D-Spiegel einen eher vernachlässigbaren Einfluss auf die Implantatprognose







Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Dr. Moritz B. Schlenz und Dr. Joscha G. Werny.

hat, verdecken das Ergebnis eines positiven Einflusses in einer Subgruppe. Wissenschaftlich betrachtet lautet daher die Quintessenz: Solange wir keine wissenschaftlich belegten Daten haben, gibt es keine Handlungsempfehlung unserer AWMF/DGI-Leitlinie, die Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels zu einer Routine zu machen.

Vitamin D wird häufig als unterstützender Faktor für den Knochenstoffwechsel genannt. Welche Rolle kann das Vitamin im implantologischen Kontext realistisch spielen und wo liegen die Grenzen?

Prof. Grötz: Das realistische Einflusspotenzial des Vitamin D ist nicht auf die Beeinflussung des Knochenstoffwechsels begrenzt, sondern Vitamin D beeinflusst auch unsere Immunantwort. Dazu gibt es inzwischen auch aktuelle Daten, die aus chronologischen Gründen in der Leitlinie noch nicht berücksichtigt werden konnten. Die Studie zeigt, dass in der Sulkusflüssigkeit von Implantaten zwei Marker von einem Vitamin-D-Mangel beeinflusst werden. Es gibt einen Marker, das Protein RANKL, der zeigt, dass die Knochenumbaurate verstärkt wird. Ein zweiter Marker ist der Immunbotenstoff Interleukin-10, der zeigt, dass die Immunantwort gedrosselt ist. In dieser Gesamtkonstellation kann man sich leicht vorstellen, dass sich in der fragilen Phase der Einheilung von Implantaten in den Knochen und insbesondere auch in der Phase zwischen Freilegung und entsprechender Versorgung mit einer definitiven Prothetik beide Faktoren gemeinsam negativ auf das periimplantäre Knochenlager auswirken.

Sie beschreiben die Evidenzlage als heterogen und methodisch limitiert. Was lässt sich auf Basis der aktuellen Studien sicher sagen und was derzeit noch nicht?

Dr. Werny: Sicher sagen lässt sich dies: Wir empfehlen in Bezug auf Implantationen und Augmentationen keine Routinemessung und schon gar keine Routinesupplementierung und – wenn überhaupt eine Steigerung möglich ist – ganz sicher auch keine höher dosierte Supplementierung ohne Messmonitoring. Das sind die sichersten Handlungsempfehlungen, die unsere Leitlinie im Moment hergibt. Und damit grenzt sie ein Verhalten aus, das im äußersten Fall – aus unserer Sicht unerwünscht – in ein Geschäftsmodell abgleiten könnte. Ich bleibe hier bewusst noch im Konjunktiv. Was wir auch sicher sagen können: Es gibt valide Hinweise darauf, dass Vitamin D einen positiven Einfluss auf die Knochengesundheit und damit auch auf die periimplantäre Knochengesundheit sowie auf das Ergebnis einer Augmentation hat. Allerdings ist hier noch mehr Forschung nötig, um sicher zu sein. Weitere Studien müssen unbedingt ein gutes Studiendesign haben, das es jetzt aktuell bei für zukünftige Leitlinien-Updates noch auszuwertenden Studien bereits gibt. Dann werden wir auch herausfinden, ob es veritable Unterschiede in der Implantateinheilung, zum Beispiel bei der Geschwindigkeit oder der Sekundärstabilität – Stichwort ISQ – zwischen zwei Patientengruppen mit Vitamin-D-Mangel, gibt, von denen die eine eine Supplementierung erhält und die andere nicht.

Warum ist es aus Ihrer Sicht wichtig, zwischen Assoziation und Kausalität zu unterscheiden, wenn über Vitamin D und Implantaterfolg gesprochen wird?

Prof. Grötz: Wenn wir mit Patientinnen und Patienten über Therapieergebnisse reden …

Das vollständige Interview lesen Sie online!

© Artenauta – stock.adobe.com