

Grenzbereiche und Komplikationen in der Implantologie

Dr. Georg Bach



Konstanz ist nicht nur einer der reizvollsten Städte Deutschlands, das Kleinod am Bodensee stand auch dereinst mehrfach im Mittelpunkt der europäischen Geschichte. Als bekanntestes Beispiel ist hierbei sicherlich das Konzil von 1414–1418 zu nennen, das immerhin den Zustand des Schisma beendete und der damals noch geeinten Christenheit wieder ein Oberhaupt bescherte. Am letzten Septemberwochenende richteten sich erneut viele Augen auf Konstanz, dieses Mal aber beschränkt auf die deutschen Implantologen, die sich zum Young ITI Meeting im altherwürdigen Konzilgebäude, in welchem einstmals die Wahl des neuen Papstes stattfand, trafen.

„Auch wenn Erfahrung die unterste Ebene von Evidenz darstellt, ist sie doch eine wichtige Basis für tägliche Entscheidungen im Praxisalltag – das Young ITI bietet hier für alle ITI Members und Fellows eine Möglichkeit zum offenen Austausch in ungezwungener Atmosphäre“ – Steilvorlage und Verpflichtung für die Young-ITI-Gruppe zugleich, was Prof. Dr. Gerhard Wahl in seinem Vorwort zum Treffen in Konstanz niederschrieb. Doch der deutsche Sektionsvorsitzende des Internationalen Teams für Implantologie tat dies in sicherem Bewusstsein: Am Ende der Veranstaltung war einhelliger Tenor, dass es Referenten und ITI Verantwortlichen gelungen ist, auch das sechste Young ITI Meeting zu einem großen Erfolg werden zu lassen. Exklusiv für die anwesenden ITI Member und Fellows fand nach Ende des wissenschaftlichen Programms ein Treffen statt.

Sofortbelastungskonzepte – was funktioniert, was nicht?

Dr. Ralf Masur/Wörishofen packte gleich zu Veranstaltungsbeginn ein „heißes Eisen“ der Implantologie an. Nach wie vor werden Sofortbelastungskonzepte sehr unterschiedlich gewertet, das diesbezügliche Spektrum reicht von absoluter Ablehnung bis hin zu genereller Befürwortung bei gleichzeitiger Verwirklichung speziell ent-

wickelter Sofortbelastungskonzepte. „Von 1996 bis 2004 hatte ich so eine Sofortbelastungsbrille an“, so Masur, „die ich inzwischen abgelegt habe und heute diese Versorgungsform gar nicht mehr so intensiv praktiziere!“ Mit diesem doch überraschenden Statement begann der in Bad Wörishofen beheimatete Implantologe und griff sogleich das Dogma der Primärstabilität als Erfolgsfaktor an. Nicht so die Knochenfestigkeit, sondern mehr in der Durchblutung des Knochens und im prothetischen Konzept sieht der bayerische Referent den Erfolgsfaktor. Heute setzt Masur klar auf die Reinigbarkeit der Suprakonstruktionen und kommt so klassischen Einheilzeiten wieder nahe. Mit einer Implantatmindestlänge von 10 Millimetern und der anterioren und posterioren Verteilung der künstlichen Zahnpfeiler werden wesentliche Ansprüche an die Versorgung im Sinne einer Sofortbelastung gestellt.



Augmentation nach Implantatverlust

Wer wohl aus der Reihe des Young ITI wäre mehr prädestiniert, über dieses Thema zu sprechen, als Dr. Dr. Andres Stricker, beschäftigt sich der in Konstanz am Bodensee niedergelassene Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg doch bereits seit gut anderthalb Jahrzehnten mit Knochenersatzmaterialien. Der eng mit der Freiburger Kieferchirurgischen Abteilung der Universitätszahnklinik verbundene Implantologe wies in seinem Einführungswort darauf hin, dass es mitunter geboten sei, auch die Frage zu stellen, ob ein Implantat wirklich erhaltungswürdig sei, oder ob es nicht besser ist, den künstlichen Zahnpfeiler zu entfernen. Allerdings geht mit dem Implantatverlust auch immer ein vertikaler Knochenverlust einher, dem, so Stricker, vornehmlich mit Augmentationen mit intraoralem Knochen zu begegnen sei. Ob Guided Bone Regeneration, ob Distraction, Bonesplit oder Onlay-Osteoplastik, Stricker stellte alle entsprechenden Optionen vor, wertete diese und konnte so dem Auditorium wertvolle Hinweise für die tägliche Praxis geben. So stießen die Ausführungen Strickers, dass ein Bone-Split eher keine nachhaltigen Ergebnisse liefert, dafür jedoch die laterale Verstärkung des Implantatlagers mit einem Augmentat eine signifikante Verbesserung der Langzeitergebnisse liefert, auf höchstes Interesse der Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer. Ausführungen zur schablonengeführten, navigierten Implantologie rundeten die Ausführungen Strickers ab.

Gibt es Kontraindikationen für die Implantation?

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Hochschullehrer und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg in Mainz, führte in der ihm eigenen eloquent unterhaltsamen Art in sein Thema ein. „Es gibt medizinische, aber auch finanzielle Limits“, so der Mainzer Kieferchirurg, „im medizinischen Bereich ist interessant, dass sich hier die Grenzen bei guter Vorbereitung verschieben lassen.“ Den Fokus seiner Ausführungen legte Al-Nawas auf Komplikationen in der Implantologie, hier differenzierte er zwischen Früh- und Spät komplikationen. Vor allem die Periimplantitis wertet er als große Herausforderung. Al-Nawas formulierte drastisch: „Da kommt ein Tsunami auf uns zu.“ Hohe Risikofaktoren stellen aggressiv verlaufende und rezidivierende Parodontalerkrankungen, der schlecht eingestellte Diabetes (vor allem beim Wunsch früher Belastung der Implantate), Immunsuppression, bestrahlte Patienten (hier am besten während der Resektions-OP implantieren, bevor die Bestrahlung beginnt) und die HIV-Infektion dar. Stehen HIV-infizierte Patienten unter antiviraler Therapie, können sie aber als „Normalpatienten“ behandelt werden. Rauchen stellt ganz offensichtlich nicht den Risikofaktor dar, der allgemein behauptet wird, so Al-Nawas. „Titanallergie ist ein Thema, mit dem wir uns beschäftigen sollen“, die Antwort Al-Nawas ließ nicht lange auf sich warten. Der hier oftmals angeführte LTT-Test ist ohne die Bewertung der Klinik nicht aussagekräftig, sodass zu diesem Thema zum jetzigen Zeitpunkt keine endgültige Wertung erfolgen kann. Das hochrelevante Thema Bisphosphonate stellten den Abschlusspunkt der Ausführungen Al-Nawas dar, wobei er klarstellte, dass die Implantologie oftmals eher Auslöser als Ursache der gefürchteten Knochennekrosen ist.



Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas

VORSPRUNG DURCH BIOMECHANIK



ERSTES BIOMECHANISCHES ABUTMENT WELTWEIT

BoneCare®
Titanium Shock Absorber



PRO-SCAN
OFFICIAL DISTRIBUTOR

GERMANY

Tel. + 31(0)620 888 310

info@proscan.be
www.proscan.be

Bei Vermeidung hochinvasiver Augmentationstechniken und schonendem Vorgehen sieht er Implantate auch bei diesem Patientengut als hochwertige Alternative.

Periimplantitis: Diagnosis and Treatment

Prof. Dr. Nikos Donos stellte in seinem in englischer Sprache gehaltenen Referat umfänglich Faktoren, welche zur Entstehung und Manifestation einer periimplantären Läsion führen können, vor. Professor Donos ist Chef der Parodontologischen Abteilung des Eastman Dental Institutes in London und ging naturgemäß die ihm gestellte Fragestellung von der parodontologischen, weniger von der chirurgisch-implantologischen Seite her an. Gleich zu Beginn seiner Ausführungen ging Donos durchaus kritisch mit den Implantologen ins Gericht, 60 Prozent der für Implantate entfernten Zähne, so Donos, hätten langfristig erhalten werden können. Viele der später auftretenden Komplikationen hätten in dieser „Fehl“entscheidung ihren Ursprung. Ferner verursachen viele der heute verwendeten Implantate mit Platform Switching Schwierigkeiten beim Sondieren und bei der Reinigung. Um die gefürchtete Manifestation periimplantärer Läsionen zu vermeiden, sieht Donos in der Option der differenzierten Therapie- und Extraktionsentscheidung, in der intensiven parodontalen Sanierung und Einhalten eines engmaschigen Recalls. Ist eine Periimplantitis eingetreten, so steht die Dekontamination der Implantatoberfläche im Fokus der Periimplantitistherapie. Schlusswort und Fazit des Londoner Parodontologen: Prävention ist die beste Periimplantitisprophylaxe.



Der parodontal vorgeschädigte Patient

„Herausforderung – Chance – vorprogrammierte Komplikation?“ – der parodontal vorgeschädigte Patient kann viele Facetten in der Implantologie einnehmen. Ihm widmete Professor Dr. Anton Friedmann sein Referat. Der an der Universität Witten/Herdecke tätige Parodontologe betonte dann auch gleich zu Beginn seiner Ausführung, dass die zentrale Wertung die der Prognose von Implantaten bei solchen Risikopatienten sei. Friedmann brach diese Fragestellung zunächst auf die Prognose von PA-Patienten an sich herunter, welche er anhand aktueller wissenschaftlicher Studien diskutierte. Zur Überraschung des Auditoriums gab es im 15-Jahres-Zeitraum keine wesentlichen Unterschiede zwischen Patienten mit aggressiver und chronischer Parodontitis, und selbst parodontal schwer angeschlagene Zähne wiesen nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung und nach diesem Zeitraum eine gute Prognose auf. Etwas anders verhält es sich bei Patienten, welche eine schwere Parodontitis aufwiesen und dann Implantate erhielten. Diese hatten ein um Faktor 8 erhöhtes Risiko für schwerwiegende Komplikationen als Patienten

ohne vorgängige Zahnbetterkrankungen. Gleichzeitiger Nikotinabusus verstärkt diesen Effekt wesentlich. Fazit des Referenten: Die Information für den Paro-Patienten, dass ein erhöhtes Risiko für das Entwickeln einer Periimplantitis gegeben ist, ist ebenso unerlässlich wie das strikte Einbinden des Patienten in ein stringent geführtes Recall-Programm. Gleichzeitig, so Friedmann, liegt allerdings kein Anhalt dafür vor, grundsätzliche Extraktionstherapien parodontal angeschlagener Zähne vor Implantationen durchzuführen. Tröstliches Schlusswort Friedmanns: „Parodontitis ist keine Einbahnstraße!“

Schwerwiegende Komplikationen nach Implantation

Fast schon zur ITI-Tradition geworden, diskutierte das Referenten-Duo Prof. Dr. Karl-Andreas Schlegel (als Chirurg) und Prof. Dr. Stephan Eitner (als Prothetiker) über Vorgehensweisen bei schwerwiegenden Komplikationen nach Implantation. 134.000 Implantate gehen in Deutschland im Jahr verloren, also alle vier Minuten. „Aber wir setzen immer noch mehr Implantate, wie rausfallen“, so Schlegel, „doch sind wir gezwungen, uns mehr und mehr mit Komplikationen auseinanderzusetzen.“ Anhand einer hohen Zahl von klinischen Fallbeispielen erläuterten die in Erlangen und München tätigen Referenten eine Vielzahl von klinischen Komplikationen. Wunsch und Expertise des Behandlers und des Zahntechnikers müssen mit den Patientenwünschen und -erwartungen in Übereinstimmung gebracht werden. Eindeutiges Fazit des Referentenduos: „Misserfolg ist immer eine Option der Behandlung.“

Periimplantitis-Prävention – welches ist der biologische Weg?

Ein Vortragsthema dieser Dimension, dies kann sich im Young ITI nur ein Referent stellen, ein Referent, den das ITI-Urgestein Prof. Hürle/Kiel dereinst als „im absolut positiven Sinne Besessener“ bezeichnet hatte – Prof. Dr. Joachim Herrmann/Zürich. Und so entführte der nunmehr in der Eidgenossenschaft tätige Parodontologe und Implantologe – ausgehend von seinen dereinst mit dem André-Schroeder-Preis gekrönten Studien zur Osseointegration – in die Welt der geschlossenen und offenen Einheilung und in die des periimplantären Knochenerhaltes. Ausgehend von eigenen Studien, für die Herrmann dereinst den André-Schroeder-Forschungspreis erhielt, und im Abgleich mit aktueller Literatur wies der in Zürich Praktizierende auf die wesentlichen Unterschiede zwischen Bone- und Tissue-Level-Implantaten hin und machte aus seinem Herzen keine Mördergrube, indem er eindeutig die Tissue-Level-Implantate präferierte. „Jeder zu hoch gesetzte Spalt wird zur Neubesiedelung führen“, so Herrmann, der nach eigenem Bekunden den Wechsel zu Bone-Level noch nicht vollzogen hat. „Vergegenwärtigen Sie sich, dass angesichts der Tatsache, dass nahezu jedes Implantat einen Zahn ersetzt, der aufgrund einer aggressiv verlaufenen Parodontitis



Priv.-Doz. Dr. Arne Boeckler



Dr. Martin Gollner

extrahiert wurde, Sie im Grunde nur Hochrisikopatienten haben!“ – mit diesem überraschenden Schlusswort forderte Professor Herrmann zur strikten Beachtung biologischer Prinzipien, um nachhaltige Erfolge in der Implantologie erzielen zu können.

Festsitzender und abnehmbarer Zahnersatz

Priv.-Doz. Dr. Arne Boeckler, aus der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik in Halle, stellte umfänglich den ersten („festsitzenden“) Teil dieses durchaus kontrovers diskutierten Themas „Problemmanagement“ dar. Interessant seine Einführung in die Thematik: „Was falsch gemacht werden kann, das wird irgendwann einmal falsch gemacht werden!“ – vor allem in der Planungsphase (Implantatposition), bei der Umsetzung (Wahl des richtigen Abutments/Befestigung, Wahl der Materialien für die Suprakonstruktion ...) können massive Fehler gemacht werden. Zahlreiche hervorragend dokumentierte Fallbeispiele belegten die Forderung Böcklers nach Vermeidung von Komplikationen, die er vor allem in der Option einer guten Planung sieht. Dr. Martin Gollner, Fachzahnarzt für Oralchirurgie im bayerischen Bayreuth, wies auch dem herausnehmbaren Zahnersatz vielfältige Komplikationsmöglichkeiten zu. Nach fünf bis zehn Jahren, so Gollner, der in Bayreuth eine oralchirurgische Überweiserpraxis führt, steigt die Zahl der Verlustraten massiv an. Neben einem funktionierenden Recallprogramm ist hier vor allem die Compliance des Patienten und eine enge Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker von großer Bedeutung. Eine häufige Fehlerquelle sieht der Bayreuther Implantologe in der Verwendung gebrauchter Manipulierimplantate oder von Copycats und weist der passive-tray-Technik (i.o. Verblockung des Gerüsts und Anfertigung eines Zweitmodells) zu.

Was lernen wir aus der Parodontologie?

Dr. Guido Petrin/Stuttgart ist nicht nur ein sehr versierter Implantologe, sondern auch auf dem parodontologischen Sektor sehr erfolgreich tätig. So führte der erste Teil seines Beitrages auch in die Welt klassischer parodontologischer Techniken, die Petrin mit zahlreichen schön dokumentierten Fallbeispielen untermauerte. Als Alternative zu Bindegewebsstransplantaten, die Patienten oftmals als sehr belastend empfinden, gibt Petrin eine azelluläre dermale Struktur vom Lebendspender an (AlloDerm®), das er für die Rezessionsdeckung und zur Unterstützung periimplantärer Weichteilsituationen verwendet. Im Rahmen einer multizentrischen Studie gewonnenen Erkenntnisse konnte Petrin erste Ergebnisse für das von ihm präferierte Verfahren in der Implantologie vorstellen.



Dr. Guido Petrin



QR-Code zum ausführlichen Beitrag und zur Bildergalerie des Young ITI Meetings in Konstanz einfach mit dem Smartphone scannen.

ANZEIGE

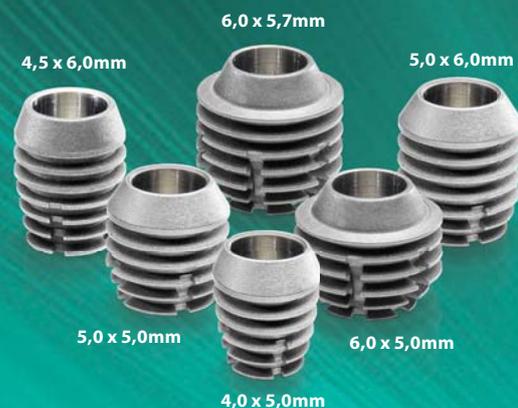
Minimieren Sie Knochenaufbauverfahren!



Sie können mit den SHORT® Implants von Bicon®:

- ▶ Vitale Strukturen umgehen.
- ▶ Knochenaufbauverfahren minimieren.
- ▶ Die Möglichkeit für die Implantatpositionierung maximieren.
- ▶ Die Akzeptanz durch Ihre Patienten erhöhen.
- ▶ Eine Einzelzahnversorgung ohne zusätzliches Verblocken anbieten.
- ▶ Eine klinisch bewährte Lösung anbieten.

SHORT[®]
IMPLANTS



bicon[®]
DENTAL IMPLANTS

Bicon Europe Ltd.
Hauptstraße 1 ■ 55491 Büchenbeuren
Telefon 065 43 / 81 82 00 ■ Fax 065 43 / 81 82 01
germany@bicon.com ■ www.bicon.com