

Der 32. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie e.V. (DGI) Ende November in Wiesbaden befasste sich mit dem derzeit stattfindenden Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin: Es gibt für Implantate kaum noch absolute Kontraindikationen. Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen sich jedoch darauf einstellen, dass der Anteil der Risikopatienten steigt. „Wir brauchen darum eine personalisierte Implantologie, eine Behandlung, die an die individuellen gesundheitlichen Gegebenheiten eines Patienten angepasst ist“, erklärte der neue DGI-Präsident Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz im Rahmen des 32. Kongresses der DGI.

32. DGI-Kongress – Auf dem Weg zur personalisierten Implantologie

Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz neuer DGI-Präsident

„Implantologie für Alle?“ Diese Frage im Motto des 32. Kongresses der DGI provoziert. Und das soll sie auch. Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, gleichzeitig Präsident des 32. Kongresses der DGI, will so einerseits die Diskussion über implantologische Indikationen und Kontraindikationen befeuern. Andererseits verrät der zweite Satz des Mottos, dass es inzwischen schon eine Antwort auf diese Frage gibt, die Stoff für intensive Diskussionen liefern wird: „Personalisierte Implantologie“. Damit ist ein Begriff, der in anderen Bereichen der Medizin schon lange den Diskurs und neue Konzepte prägt, in der Zahnheilkunde angekommen. Der 32. DGI-Kongress bot ein umfangreiches Forum für diese Diskussion. So nutzten in Wiesbaden über 1.500 Teilnehmer die Gelegenheit, sich in insgesamt über einhundert wissenschaftlichen Vorträgen und Workshops in den Themenfeldern Implantologie, Periimplantitis, Komplikationsmanagement in der Augmentation u.v.m. fortzubilden. In der begleitenden Dentalausstellung tauschten sich die Kongressbesucher mit den ausstellenden Industriepartnern über neueste Techniken, Workflows und Produkte aus.

Mehr Patienten

In der Zahnmedizin vollzieht sich ein Wandel: Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Osteoporose, bei denen Zahnärzte noch vor wenigen Jahren von Implantaten generell abrieten, sind heute keine absoluten Kontraindikationen mehr. Tabu sind Implantate auch nicht mehr für Patienten, die mit bestimmten Arzneimitteln behandelt werden – dazu gehören etwa Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken (Cortison und andere Immunsuppressiva), Substanzen, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Antiresorptiva), sowie Arzneien, welche die Neubildung von Blutgefäßen hemmen (Angiogenesehemmer). Damit wächst die Zahl von Patientinnen und Patienten, die von einer Implantatbehandlung profitieren können.

Mehr Risikopatienten

Allerdings sorgen der demografische Wandel und komplexe medizinische Therapien dafür, dass ein Drittel der Patientinnen und Patienten, bei denen implantatgetragener Zahnersatz prinzi-

piell möglich wäre, Risikopatienten sein werden. „Die absoluten Kontraindikationen haben wir zwar nicht mehr, doch angesichts der Fortschritte in der Medizin werden wir zunehmend Menschen behandeln, bei denen verschiedene Risikofaktoren beachtet und abgewogen werden müssen“, betonte Professor Grötz im Rahmen der Fachpressekonferenz am Freitagvormittag am Rande des DGI-Kongresses.

Studien belegen mittlerweile, dass Diabetes kein unabhängiger Risikofaktor ist, der als einzelne Einflussgröße mit großer Wahrscheinlichkeit zu Komplikationen bei einer Implantatbehandlung führt. Bei einem gut eingestellten Diabetespatienten, der seine Erkrankung unter Kontrolle hat und auf eine gute Mundhygiene achtet, spricht nach Meinung der Experten nichts gegen Zahnimplantate. Allerdings sind ausgeprägte Entzündungsprozesse oder die Auswirkungen eines metabolischen Syndroms auf die Blutgefäße bei Diabetikern relevante Risikofaktoren. „Hier sind durchaus noch Fragen offen, denen in der Forschung weiter nachgegangen werden muss“, betonte Professor Grötz.



Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Univ.-Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Prof. Dr. Frank Schwarz, Dr. Dr. Anette Strunz, Prof. Knut A. Grötz, Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer, Dr. Christian Hammächer (v.l.). Foto: © David Knipping

In der modernen Krebsbehandlung kommt eine Vielzahl von Medikamenten zum Einsatz, deren Wirkungen und/oder Nebenwirkungen in die Entscheidung für oder gegen eine Implantattherapie einfließen müssen. Entzündungen der Mundschleimhaut gehören beispielsweise zu den quälenden und schmerzhaften Nebenwirkungen einer onkologischen Therapie. „Eine solche Schleimhaut verträgt keine Prothese“, sagte Professor Grötz. „In solchen Fällen kann implantatgetragener Zahnersatz durchaus eine Alternative sein.“ Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die mit sogenannten Bisphosphonaten behandelt werden. Diese Substanzen hemmen zwar den Abbau von Knochengewebe, vermindern aber auch dessen Umbaurate sowie die Neubildung von Knochen. Zum Einsatz kommen sie etwa in der Therapie der Osteoporose, aber auch bei Krebspatienten, bei denen Metastasen Knochengewebe zerstören. Während oder nach einer Bisphosphonatbehandlung können in seltenen Fällen Nekrosen des Kieferknochens auftreten, die schwer zu behandeln sind. Dosis und Dauer der Bisphosphonattherapie, die Applikationsform (intravenös oder Tabletten) sowie das jeweilige Medikament beeinflussen das Osteonekrose-Risiko. Doch auch noch andere Faktoren spielen eine Rolle, etwa eine Entzündung des Zahnbetts (Parodontitis), Druckstellen

von Prothesen sowie zahnärztliche oder kieferchirurgische Eingriffe. Darum muss im Einzelfall das Risiko einer Osteonekrose gegen den Nutzen einer Implantattherapie sehr genau abgewogen werden. Zwar muss sich das Knochen- und Weichgewebe nach dem Eingriff regenerieren, doch die Therapie kann Druckstellen durch Prothesen vermeiden und den Erhalt der verbliebenen Zähne unterstützen. Der sogenannte „Laufzettel Bisphosphonate“, der schon seit einigen Jahren zur Verfügung steht, ermöglicht es dem Zahnarzt, das individuelle Risiko eines Patienten abzuschätzen.

Die Mundgesundheitsampel

Wie ausgeprägt der Einfluss von Medikamenten auf die Mundgesundheit und auf eine Implantattherapie ist, hängt auch von der Zusammensetzung der Mundflora ab. Bei einer physiologischen Keimbildung springt die „Mundgesundheitsampel“ von Grün auf Gelb, wenn Patienten etwa mit Immunsuppressiva behandelt werden. Orange wird die Ampel, wenn beispielsweise Bisphosphonate hinzukommen, und sie wird rot bei einem dritten Risikofaktor. Wenn die Mundflora bereits pathologische Keime enthält, steht die Ampel schon auf Gelb, und es genügen bereits zwei Medikamente, damit das rote Warnlicht leuchtet. Auf Orange steht die Ampel, wenn Patienten an

einer oralen Infektion, etwa an einer Parodontitis oder Periimplantitis, leiden.

„Wir stehen vor der Herausforderung, auch gesundheitliche Faktoren im Hintergrund zu beachten, wenn wir eine personalisierte Implantologie betreiben wollen. Das wird den ohnehin schon bestehenden Trend verstärken, dass Medizin und Zahnmedizin enger miteinander verwoben werden“, sagte Professor Grötz. Damit war der wissenschaftlich-medizinische Rahmen für den 32. Kongress der DGI abgesteckt. Doch das Motto hat auch noch einen zweiten Aspekt: Die Frage „Implantologie für Alle?“ zielt auch in Richtung Zahnärzte: Welche Eingriffe kann der Generalist leisten und ab wann sind Spezialisten gefordert? Die Personalisierung der Implantologie hat damit auch Konsequenzen für die Fortbildung, die den steigenden Anforderungen Rechnung tragen muss. Der 32. DGI-Kongress war damit ein intensiver fordernder Auftakt für alle Beteiligten. Der nächste DGI-Kongress wird 2019 in Hamburg stattfinden.

Kontakt | DGI – Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.

Risckamp 37 F
30659 Hannover
Tel.: 0511 537825
www.dginet.de