

# Risikofaktoren als Herausforderung

## Young ITI Meeting 2010 in Fürth

Mit dem vierten Young ITI Meeting 2010 ist es den Verantwortlichen erneut gelungen, eine erfolgreiche und damit verbundene höchst interessante Veranstaltung zu bieten. Einzelheiten dazu im nachfolgenden Bericht.

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

■ In seinem Grußwort dankte der Deutsche ITI Sektionsvorsitzende, Prof. Dr. Gerhard Wahl, den aktiven Fellows des internationalen implantologischen Netzwerkes für deren Bereitschaft, ein solch attraktives wissenschaftliches Programm zusammenzustellen und betonte, dass die Thematik des Risikopatienten in der Implantologie und der Aspekt „Risikofaktoren als Herausforderung“ zu verstehen, nachdrücklich die Verankerung der Zahnmedizin in der Medizin unterstreichen. Es gelang den sieben Referenten die Thematik der Risikofaktoren umfänglich darzustellen und hochaktuelle Einzelaspekte anzusprechen. Dabei wurden nicht nur aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und der heutige Forschungsstand angesprochen, sondern auch Hinweise gegeben und Strategien präsentiert, die es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gestatten sollten, in der täglichen Praxis eigene Einschätzungen und Bewertungen dieses hochrelevanten Themas vorzunehmen.

### Implantate im parodontal vorgeschädigten Gebiss

Professor Dr. Nikos Donos/London steuerte den ersten Vortrag zum wissenschaftlichen Programm bei. In seinem Referat deutete er auf die kritische Beurteilung eines Gebisses mit parodontalen Stützgewebsverlusten hin. Donos begann mit einem Paukenschlag – der Wertung der periimplantären Entzündung. Dabei wies er auf die recht eingeschränkte Datenlage zum Thema „Periimplantitis“ hin, was verwundert, wenn man den Ausführungen Zitzmanns glauben dürfe, dass 56 Prozent aller Implantate von Periimplantitis betroffen sind. Hier seien auch neue Definitionen von „implantologischem Erfolg“ gefordert, das Zurückziehen auf das reine Überleben von künstlichen Zahn Pfeilern sei nicht mehr zielführend. Den Fokus seiner Ausführungen legte er somit auf die Wertung eines Zusammenhanges zwischen vorgängiger Parodontopathie und Entstehung und Manifestation einer Periimplantitis. Nach sechs bis acht Jahren sind bei Patienten, die Implantate nach der Sanierung einer Parodontitis erhalten haben, dramatische Knochenverluste um die Implantate zu verzeichnen, bis hin zum Verlust. In zahlreichen internationalen Studien konnten deutlich höhere implantologische Misserfolgsraten bei Patienten mit früherer oder noch aktiver Parodontitis

nachgewiesen werden. Donos' Resümee: „Gute Diagnostik, engmaschiges Recall und vorsichtiges Vorgehen sind die beste Periimplantitisprophylaxe.“

### Implantate und Bisphosphonate – ein Widerspruch

Professor Bilal Al-Nawas/Mainz hinterleuchtete wohl eine der brennendsten Fragen der implantologischen, aber auch allgemein-zahnärztlichen Gegenwart – das der Bisphosphonate. Bei Osteoporose- und Malignompatienten mit Skelettmetastasen ein

Segen – in der Zahnmedizin mitunter ein Fluch. Ausgehend von der AAOMS-Definition der Bisphosphonat-assoziierten Knochennekrose führte Al-Nawas aus, dass nicht nur Bisphosphonate, sondern auch andere Medikamente ähnliche angiogeneseinhibitorische Wirkungen aufweisen. Auslösend sind in der Regel Extraktionen (v.a. parodontal geschädigte), bisweilen auch Implantationen. Er wies darauf hin, dass neben dem Präparat auch die

Dosis entscheidend für das Ausbilden einer Bisphosphonat-assoziierten Nekrose ist. Neben der Angiogenesehemmung ist auch eine Schädigung der Mukosa zu verzeichnen. Al-Nawas: „CT/MRT/ DVT und auch das OPG sind nur mäßig zur Diagnostik der Bisphosphonat-assoziierten Nekrose geeignet – verlassen Sie sich auf Ihr klinisches Gespür!“ Die möglichst frühzeitige Vorstellung beim Zahnarzt, Oral- und Kieferchirurgen verringert signifikant das Ausbilden solcher Komplikationen: Strikte Entfernung von Druckstellen/schonende Extraktionen mit periostaler Deckung/längere Kontrollen/Zahnreinigungen etc. sind als Prophylaxemaßnahmen geeignet. Implantate sind nur bei Niedrigrisikopatienten indiziert. Hier sind ähnliche Erfolgsraten wie bei Patienten zu verzeichnen, die keine Bisphosphonate einnehmen.

### Verkürzung der Einheilzeiten – Wahn oder Realität

Dr. Guido Petrin/Stuttgart nahm Stellung zu der Frage der Einheilzeiten. Noch vor einigen Jahren überboten sich Implantatfirmen mit immer kürzeren Einheilzeiten



Zahlreiche ITI Fellows und Members, aber auch implantologisch tätige Kollegen fanden am heißesten Tag des Jahres den Weg zum Young ITI Meeting.

– nicht immer zum Wohle des Patienten und Langzeiterfolgs. Sinnvoll also, sich diesem Thema im Rahmen des Symposiums zu widmen. „Wo ist der Benefit– Der für den Patienten und der für den Behandler? Diese Frage stellte Petrin zu Beginn und betonte, dass die Zeiterparnis vor allem dem Patienten zugute komme. Ausgehend von den hohen Erfolgsraten konventionell eingeleiteter Implantate forderte Petrin, dass früh- und sofortbelastete Implantate ähnlich erfolgreiche Werte aufweisen. Resümee: „Kurze Einheilzeiten, das geht, aber nur unter strikter Beachtung aller Kriterien“, und gab zu bedenken: „Sie haben immer nur eine Chance, ein gutes Ergebnis zu erzielen!“

### Navigation: Hilfe oder Herausforderung?

Priv.-Doz. Dr. Stephan Eitner/Würzburg überraschte mit der Eingangsfeststellung: „Auch im Zeitalter der Navigation sehen wir Implantate in fehlerhaften Positionen, immer dann, wenn nur auf den Knochen und nicht auf die Prothetik geachtet wird!“

Aus prothetischer Sicht stellte Eitner jedoch bei der computerunterstützten Planung zahlreiche relevante Vorteile fest, auch angesichts des Ansinnens minimalinvasiver chirurgischer Vorgehen. Die Entscheidung für eine solche weiterführende Diagnostik muss allerdings früh erfolgen, bedingt diese doch grundsätzliche Änderungen der Vorgehensweise, beginnend mit der bildgebenden Diagnostik, i.d.R. Anfertigung eines DVT. Fallstricke sind hier neben der Wahl des dargestellten Areals auch ein Verzicht auf weitergehende Diagnostik in Form von einartikulierten Modellen etc. „Die klassische Diagnostik ist auch in Zeiten der Navigation unersetzlich!“ Seiner Ansicht nach ist zum jetzigen Zeitpunkt ein DVT nicht unbedingt Voraussetzung für jede geplante Implantation. Große Vorteile einer computerunterstützten Planung sieht Eitner in der relativen Genauigkeit der Systeme, der Möglichkeit des minimalinvasiven Vorgehens sowie der Zeitersparnis in der prothetischen Phase und in der Operation der Sofortversorgung.

### Wann werden Patienten kompromittiert/kompromittierend?

Einen anspruchsvollen Titel mit durchaus kritischem Unterton hatte Priv.-Doz. Andreas Schlegel/Erlangen gewählt. Seiner Ansicht nach befinden wir uns nun in einer Phase der Implantation mit gestiegenen Erwartungen und Bereitschaft zur Indikationsausweitung. „Wann ist ein Patient kompromittiert?“ – so die Eingangsfrage Schlegels. Seine Antwort: Immer dann, wenn die Notwendigkeit der Einheilverbesserung oraler Implantate gegeben ist. Ein Lösungsansatz ist hier die

Verbesserung der eingesetzten Materialien, um die Erfolgsaussichten steigern zu können. Aber auch patientenspezifische Faktoren, wie das Alter, fanden Berücksichtigung. Gerade bezüglich der Wundheilung ist der alte Mensch in der Tat kompromittiert.

### Autologer Knochen – Standard oder Kann?

Seit Beginn der 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde der autologe Knochen zum Goldstandard definiert – diese Aussage ist, so Dr. Dr. Andreas Stricker/Konstanz, heute nicht mehr in allen Fällen als richtig zu bezeichnen. In gewissen Fällen haben auch synthetische Materialien ihre Berechtigung. Sehr gute Erfahrungen hat Stricker mit der BoneCeramic® der Firma Straumann gemacht. Interessant auch seine chirurgische Vorgehensweise bei der Sinuslift-OP, das Implantat mit Knochen vom Tuber zu umkleiden und das Restlumen mit BoneCeramic aufzufüllen. Diese Vorgehensweise wurde in der Podiumsdiskussion intensiv diskutiert. Hervorragende Erfolgsraten von 99,5 Prozent konnte er dafür präsentieren.



In bewährter ITI-Tradition stehend: Das „kollegiale Streitgespräch“ im Form einer Podiumsdiskussion.

### Rot-Weiß-Ästhetik

Ein weiterer „Aktivposten im Young ITI“ ist Dr. Ralf Masur/Penzberg. Er fragte in das Auditorium „Was ist Alltag?“ und stellte fest, dass die Anzahl kritischer Patienten deutlich zunahm. Gleichzeitig ermöglichen Neuentwicklungen

der Industrie und chirurgischer Insertationstechniken prothetisch-ästhetische Lösungen, die noch vor fünf Jahren nicht denkbar gewesen wären. Ehrliche, ungeschönte Patientenfälle aus eigener Praxis belegten die Ausführungen des Referenten. Sein Credo: „Das Eingehen von Kompromissen erzeugt Komplikationen!“ Sämtliche Referenten des wissenschaftlichen Programms stellten sich zu Ende der Veranstaltung einer Podiumsdiskussion. Diese wurde dazu genutzt, ausführlich und auch kontrovers zu diskutieren. Hier standen prothetische Fragen im Vordergrund, eng verknüpft mit den Fragen des Weichteilmanagements. Der ITI-Tradition entsprechend waren hier Statements der Referenten, die eher auf einfache, preiswertere Lösungen abzielten.

### ITI Members und Fellows Meeting

Exklusiv für die anwesenden ITI Member und Fellows fand nach Ende des wissenschaftlichen Programms ein Treffen statt. Hier wurde über die internationale ITI-Konstellation und die neue Struktur des ITI berichtet sowie über Aktivitäten für die Mitglieder, die im Anschluss das Wort hatten und ihre Erwartungen an das ITI formulieren konnten. ■