

Implantate versus Zahnerhaltung?



Prof. Dr. B.-M. Kleber,
Charité Berlin

Die Beantwortung der Frage bezieht sich zunächst auf Patienten, die eine chronische Parodontitis hatten, diese Parodontitis erfolgreich behandelt worden ist, aber Zähne schon verlustig gegangen sind. Nach den bisher vorliegenden Studien

ist die Implantation bei Erwachsenen nach Behandlung der chronischen Parodontitis durchaus erfolgreich bei Einhaltung aller Regeln zur Implantation sowie zur Suprakonstruktion. Die Erfolgsaussichten sind nicht wesentlich geringer als bei parodontal gesunden Patienten (Brägger 1998, Kirsch und Ackermann, Buser et al. 1997).

Eine weitere Fragestellung ergibt sich bei einzelnen geschädigten Zähnen (Parodont, Zahnmark) und der anschließenden Frage, ob Zahnerhaltung noch möglich ist. Heute gibt es kaum evidenzbasierte prospektive Studien, die für die praktizierenden Zahnärzte Hinweise geben, in welcher Weise solche Probleme des Patienten am günstigsten und am zweckmäßigsten behandelt werden können. Als Beispiel soll ein Paro-Endo-Problem (massiver Knochenverlust an der distalen Wurzel, Furkationsbeteiligung, keine Wurzelkanalfüllung) an einem unteren Molaren dienen: Die Prognose und die Therapieentscheidung hängt je nach Ausbildungsstand des behandelnden Zahnarztes mehr oder weniger vom Zufall ab. Ein prothetisch ausgerichteter Kollege wird möglicherweise früher zur Extraktion des Molaren schreiten und eine Brückenversorgung empfehlen, ein chirurgisch orientierter Kollege wird eher eine Wurzelspitzenresektion oder Hemisektion mit dem Zahnerhalt anstreben, der endodontologisch spezialisierte Kollege wird die Wurzelkanalbehandlung nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst durchführen und den Zahnerhalt dann über eine adäquate Füllungstherapie betreiben, und der parodontologisch qualifizierte Kollege wird eine Wurzelkanalbehandlung und ein Regenerationsverfahren mit folgender Zahnerhaltung empfehlen. Es bleibt also mehr oder weniger dem Zufall überlassen, welche therapeutische Empfehlung dem Patienten offeriert wird, in Abhängigkeit der Qualifikation und Spezialisierung des jeweiligen Zahnarztes.

Völlig anders stellt sich die Situation bei Patienten mit aggressiver Parodontitis dar, die auf Grund ihrer Parodontitis bereits Zahnverlust zu beklagen haben. Im Zusammenhang mit dieser Parodontitis ist es schon zu verstärktem Verlust des alveolaren Knochens gekommen. Zur Prognose von Implantationen nach der Behandlung einer aggressiven Parodontitis existieren nur wenige Studien. Eine von ihnen stammt aus der Marburger Klinik von Mengel und Flores-de-Jacoby aus dem Jahre 2001 mit einer deutlich ge-

ringeren Erfolgsaussicht von Implantaten bei Patienten nach behandelter aggressiver Parodontitis. Eine neuere Studie von Karoussis et al. aus dem Jahre 2003 zeigt im Vergleich zu parodontal gesunden Patienten eine deutlich geringere Erfolgsaussicht, eine stärkere Häufung von Periimplantitis. Bei der Festlegung bestimmter Erfolgskriterien nach zehn Jahren (Sondierungstiefe ≤ 5 mm, negative Provokationsblutungen, Knochenverlust $< 0,2$ mm/Jahr) waren diese Erfolgskriterien im Vergleich zu parodontal Gesunden nur zu ca. 52 % im Vergleich zu knapp 80 % bei parodontal Gesunden erfüllt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Implantation bei Erwachsenen nach durchgemachter und behandelter aggressiver Parodontitis sehr sorgfältig geprüft werden sollte und die Prognose für die Implantation noch ungewiss ist.

Eine dritte Gruppe von Patienten betrifft junge Erwachsene mit aggressiver Parodontitis, die noch keinen Zahnverlust wegen ihrer schweren Parodontitis erlitten haben. Die Therapiestrategie bei diesen jungen Patienten ist darauf gerichtet, die Zahnerhaltung unter dem therapeutischen Regime durchzusetzen. Die Prognose bei diesen aggressiven Formen der Parodontitis im jungen Erwachsenenalter ist sehr gut, sodass sich aus unserer Erfahrung selten die Notwendigkeit zur Extraktion und damit zur Frage einer restaurativen Therapie ergibt. Die wenigen Studien zur Erfolgsaussicht der Therapie bei aggressiver Parodontitis von Kammer et al. (2003) und Buchmann et al. (2002) zeigen ebenfalls die recht gute Prognose nach Behandlung der aggressiven Parodontitis im jungen Erwachsenenalter.

Die Entscheidungsfindung für Zahnerhalt oder Implantation richtet sich also nach dem Lebensalter, nach der allgemeinen Gesundheit, nach dem Vorliegen von anerkannten Risikofaktoren für die Implantation sowie vor allem nach lokalen Bedingungen (Mundhygiene, Zustand des Parodonts, durchgemachte aggressive Form der Parodontitis, traumatisierende Okklusionen, Wurzelkanalbehandlungen an den Nachbarzähnen) sowie allgemein nach den sozioökonomischen Bedingungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Implantation nach der Behandlung einer chronischen Parodontitis möglich und kaum weniger erfolgreich ist als bei Patienten, die eine chronische Parodontitis nicht hatten. Die Erhaltungstherapie ist streng über die Dispensairebetreuung geregelt, die Infektionskontrolle muss perfekt sein. Bei den aggressiven Formen der Parodontitis ist der Erfolg von Implantationen unsicher. Die meist jungen Menschen sollten zunächst der recht erfolgreichen parodontalen Behandlung unterzogen und Zahnerhaltung betrieben werden.

Die häufig geäußerte Ansicht, dass eine frühzeitige Extraktion mit folgender Sofortimplantation weiteren Knochenverlust, vor allem an der bukkalen Fläche, verhindern könnte, muss nach neueren Studien aus Skandinavien verneint werden.