

Absolute und relative Kontraindikationen in der zahnärztlichen Implantologie

Am Anfang der achtziger Jahre waren viele Patienten durch eine rigide Liste von Kontraindikationen von einer implantatgetragenen Versorgung ausgeschlossen. Ein optimiertes Implantatdesign, verbesserte Oberflächen und wissenschaftlich untermauerte, klinisch geprüfte Behandlungsprotokolle haben zu Verfahren geführt, die es uns ermöglichen, auch bei sogenannten Risikopatienten erfolgreiche Implantationen durchzuführen. Im Folgenden werden die klinisch relevanten Kontraindikationen diskutiert und an verschiedenen Patientenfällen mögliche Komplikationen aufgezeigt.

Dr. med. dent. Wolfgang Maas/Köln, Dr. med. dent. Gunter Glaser/Wermelskirchen

■ In Zeiten, in denen die rechtlichen Konsequenzen einen immer größeren Einfluss auf unser ärztliches Handeln haben, gilt es als Erstes zu bedenken, ob man einen Eingriff, der von höherem Risiko begleitet ist, überhaupt durchführen darf. Will man sich seine persönliche Erfolgsstatistik sauber halten und Misserfolge lieber dem Kollegen überlassen, dann muss diese Frage mit nein beantwortet werden. Will man sich aber der Herausforderung und Verantwortung stellen, auch risikoreicheren Patienten eine anspruchsvolle Versorgung zukommen zu lassen, darf die Furcht vor einer rechtlichen Konsequenz kein Hindernis sein. Eine offene und ehrliche Aufklärung in einem von Vertrauen geprägten Patientenverhältnis kombiniert mit einer sauberen Dokumentation schafft die Grundlagen für eine erfolgreiche Behandlung. Erfolgreich definiert sich in diesen Fällen nicht nur über den Primärerfolg, sondern meint ein für den Patienten letztlich zufriedenstellendes Ergebnis, das nicht immer die zuerst angestrebte Lösung sein kann. Zur ordentlichen Behandlungsplanung gehört somit nicht nur die Aufklärung über die Implantation und die damit verbundenen Risiken, sondern auch eine Reserveplanung für den Fall eines implantologischen Misserfolges. Ebenfalls im Vorfeld abgeklärt werden muss die Handhabung der Kosten, sowohl der misslungenen Operation als auch der erfolgreichen Alternativplanung.

Starten wir den Exkurs mit zwei grundsätzlichen Überlegungen. Zum einen sollte man eine Abwägung zwischen dem erhöhten Risiko und dem Leidensdruck des Patienten machen. Ein Dialysepatient mit schlecht einstellbarem Blutzucker muss absolut kein Einzelimplantat bekommen, wenn eine konventionelle Brücke gut möglich ist. Hat derselbe Patient aber eine sehr schlecht sitzende Totalprothese, die psychisch, sozial und ernährungstechnisch ein riesiges Problem darstellt, so kann man sich der Aufgabe nur schwer entziehen. Zum Zweiten sollte man in den Fällen, in denen man ein erhöhtes Risiko in Kauf nimmt, weitere Risiken ausschließen oder minimieren. Entscheidet man sich also bei obigem Dialysepatienten für die Implantation, wird man alle weite-

ren Risiken wie Operation ohne Antibiose, transgingivale Implantation, Sofortimplantation und Sofortbelastung vermeiden.

Beginnen wir auf der Liste der Kontraindikationen mit dem Alter des Patienten (Abb.1). Hier gelten klare Regeln. Kinder und Jugendliche sind von Implantationen, solange sie sich im Wachstum befinden, ausgeschlossen. So verlockend es auch sein mag, einem verunfallten Schulkind einen „neuen Zahn“ einzupflanzen, so groß ist die Frustration, wenn die Patienten nach Jahren wiederkommen und der anfänglich so schöne Erfolg sich zum Misserfolg gewandelt hat. Was nämlich in der KFO heute so erfolgreich genutzt wird, kann umgekehrt auch zum Verhängnis werden. Implantate lassen sich kieferorthopädisch nicht bewegen, sie wachsen nicht mit, sondern bleiben am Ort der ursprünglichen Einpflanzung. Entwickelt sich der Kiefer nach der Implantation weiter, sei es durch ein nicht abgeschlossenes Wachstum oder durch kieferorthopädische Maßnahmen, steht der implantatgetragene Zahnersatz letztlich an der falschen Stelle. In leichten Fällen reicht zur Behebung des Prob-

Kinder und Jugendliche
schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen
schwere Gerinnungsstörungen
Autoimmunerkrankungen/Immundefekte
Immunsuppression nach Transplantation
ausgeprägte Stoffwechselerkrankungen
instabiler Diabetes mellitus
Zustand nach Radiatio/Chemotherapie
Knochenerkrankungen
Knochentumoren
Morbus Paget
Biosphosphate
Drogen, Alkohol
Nikotinabusus
mangelnde Compliance

Abb. 1: Die Liste der Kontraindikationen ist nicht als vollständig und absolut zu betrachten. Vielmehr enthält sie Risikopatienten, bei denen man eine gute Abwägung zwischen Behandlungsbedarf und Risiko in Zusammenarbeit mit dem Internisten vornehmen muss.