

Implantatverlust bei Mamma-Ca und Heliobacter-Infektion

Beurteilung eines Implantatverlustes aus Sicht der Systemtheorie

In der Literatur und bei spezifischen Fortbildungsveranstaltungen wird der Verlust enosärer Implantate in der Regel $< 0,5\%$ gerechnet. Das ist ein in der Größenordnung vertretbarer, aber zweifelhafter Wert, da stets die Bezugsgrößen fehlen. Im Einzelfall ist jeder Implantatverlust ein ärgerliches Geschehen, für den Behandler und den Patienten. Der folgende Artikel soll eine zusätzliche Sichtweise bieten, die vordergründig unverständliche Implantatverluste erklärbar macht. Der Zusammenhang von Implantatverlust und chronischen bzw. Autoimmunerkrankungen soll am Beispiel eines Mamma-Karzinoms und einer persistierenden Heliobacter-Infektion gezeigt werden.

Dr. Guenter Michel/Wetzlar

■ Nicht immer lassen sich Verluste von Zahnwurzelimplantaten mit den klassischen Kriterien der klinischen Implantologie befriedigend erklären. Vermutungen aller direkt und indirekt Beteiligter, wie z.B. imaginäre Produktfehler, mangelhafte oder nonsterile OP-Technik, unzureichende Mundhygiene, zu frühe oder Falschbelastungen werden unter der in Fortbildungsveranstaltungen beharrlich angegebenen $< 2\%$ -Verlustquote, wobei die Bezugsgröße i.d.R. verschwiegen wird, eingeordnet und ein zweiter Implantatversuch wird unternommen bzw. unterlassen. Der systemtheoretische Ansatz kann in solchen Fällen überraschende Aufklärung bieten. Der folgende Fall soll zeigen, dass sich Implantatverluste im Gesamt-Regulationssystem Mensch ereignen können, die sich durch energetische Wechselbeziehungen innerhalb der Körpersysteme aufgrund krankhafter Veränderungen fernab vom Implantationsort erklären lassen können. Der klinische Fall einer zum Zeitpunkt der Implantation 62-jährigen Patientin soll geschildert und diskutiert werden, die meine Praxis derzeit aufsuchte mit der Frage nach einem dentalen Hintergrund zu ihrem neurovegetativen Erschöpfungszustand und ihrer therapieresistenten Migräne. Der hier u.a. zugeordnete nonfunktionale Zahnstatus mit Kiefergelenk-Kompression rechts wird sich in den folgenden Ausführungen als energetisch wichtiger Teilaspekt erweisen, war jedoch initial rein mechanisch ausschlaggebend für eine angedachte Gesamtanierung, in dessen Umfang eine Mehrfachimplantation angedacht wurde.

Die klinische und röntgenologische Untersuchung (Abb. 1) der Patientin ergab parodontale und funktionelle Insuffizienzen, fehlende Zähne 18, 15, 27, 28, 38, 45 und 48. Die Zähne 16, 14, 25, 36 und 44 waren pulpudentot, größtenteils insuffizient wurzelgefüllt (Wurzelfüllpaste N2) mit z.T. deutlichen apikalen Aufhellungen. Amalgamfüllungen bei 26, 46 und 47, die Zähne 17, 16 – 14, 24, 25, 37, 36 und 35 sind überkront (Degunorm, Harvard Zement). Die

in unserer Praxis routinemäßig durchgeführte elektronische Systemdiagnostik* und Pulsoszillografie** zeigten bei der Patientin eine multikausal bedingte Desintegration des limbisch-hypothalamisch-hypophysären-adrenalinischen Systems u.a. infolge toxischer Eiweißzerfallsprodukte, Inhaltsstoffe aus Wurzelfüllungen wie Formaldehyd und Natriumchlorid sowie Heliobacter-, Streptokokken- und Staphylokokkeninfektionen. Es handelt sich somit um ein plurikausales Geschehen, dessen Wertigkeiten jedoch hierarchisch eingeordnet werden müssen, um die desintegrierenden Abläufe diagnostisch zu verstehen und therapeutisch erfolgreich anzugehen.

Unter Berücksichtigung der entsprechenden systemischen Bezüge wurden gemäß den Regeln der Systemlehre in einer mehrmonatigen mesenchymalen*** Vorbehandlungsphase u.a. die Zähne 16, 24, 25, 26, 36 und 44 entfernt. In Regio 16 erfolgte ein Sinuslift mit autologem Knochenmaterial unter zusätzlicher Verwendung vom körpereigenem Plasma Rich in Growth Factors (PRGF). Die Heilungsphasen verliefen komplikationslos. Der wurzelgefüllte Zahn 14 wurde belassen, da er desintegrierend nicht systemrelevant involviert imponierte.

Sechs Monate später erfolgte die Inserteration von 3i-Implantaten in Regio 16, 15, 24, 25, 27, 36, 45 und 46 in zwei getrennten OPs in Lokalanästhesie. Die systemische Zahnmedizin fordert, dass sämtliche Fremdmaterialien präoperationem auf individuelle Verträglichkeit und Systemrelevanz getestet werden.¹ Die Wichtigkeit, aber auch die zeitlich und regulativ bedingte Variabilität dieser Materialtestungen wird in der Epikrise noch detaillierter zu besprechen sein. Der Heilungsverlauf verlief komplikationslos, die prothetische Versorgung wurde weitere sieben Monate später vorgenommen, ebenfalls nach Auswertung des entsprechend verträglichen Materials, hier Porta Geo Ti, Imagine Keramik, Fynal Zement (Abb. 2).

Fünf Monate nach der prothetischen Versorgung klagte die Patientin bei einem routinemäßigen Nachsorger-