

Implantation im stark parodontal geschädigten Oberkiefer

NobelActive™ – ein erster Erfahrungsbericht

In der Regel ist heute – so die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind – die knöchernen Integration enossaler Implantate ein sicherer und vorhersagbarer Vorgang. Anders sieht es aus, wenn eine umfangreiche Schädigung oder Schwächung des Kieferknochens, i.d.R. bedingt durch parodontale Erkrankungen, vorliegt. Dann muss mit zum Teil erheblichen Risiken durch die veränderte Knochenqualität und -quantität gerechnet werden.

Andreas Clauder M.Sc./Hamburg

■ In extremen Fällen sind aufwendige chirurgische Rekonstruktionen, wie z.B. die autologe Knochenblocktransplantation als Goldstandard, notwendig, um den Wunsch einer implantologischen Rehabilitation zu erfüllen. Könnten diese vermieden werden, wäre das für Patient wie für Behandler mit Sicherheit die angenehmere sowie komplikations- und risikoärmere Alternative. Das neue NobelActive™-Implantat mit dem innovativ schneidenden Doppelhelix-Gewindedesign und seiner Fähigkeit, allseitig knochenkonsolidierend zu arbeiten, scheint hierfür gute Voraussetzungen zu bieten.

Bereits 37 Millionen Deutsche zwischen 35 und 74 Jahren weisen parodontale Defekte auf. Und die Zahl parodontaler Risikopatienten steigt weiter (Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS IV). Sind Zähne stark parodontal vorgeschädigt und nicht mehr erhaltungswürdig, bieten Implantate eine Therapiealternative. Sogar bei Patienten mit generalisierter aggressiver Parodontitis liegt die Implantaterfolgsquote nach fünf Jahren einer Studie zufolge noch bei 88,8 % (Mengel et al. 2001).

Eine positive Behandlungprognose wird entscheidend dadurch beeinflusst, wie gut und effizient zwingend notwendig behandlungs- und materialtechnische Voraussetzungen erfüllt werden. Denn erst, wenn der Patient sich in einem parodontal entzündungsfreien und gesunden, stabilen Zustand befindet und einem Rezidiv durch entsprechende Maßnahmen und Patientencompliance effizient vorgebeugt werden kann, darf mit der implantologischen Behandlung begonnen werden.

Nach welchem Implantationsverfahren vorgegangen und welcher Implantattypus inseriert wird, wird durch die Ereignisschwere des individuellen Falls und das prothetische Konzept bestimmt. Es gilt, die potenziellen Risiken und Nutzen gegeneinander abzuwägen. Hier kommt die Erfahrung des Behandlers zum Tragen – gerade wenn umfangreiche Vorerkrankungen vorlagen. Auch wenn das residuale Knochenangebot schwach ist, sollte bedacht werden, dass jede zusätzliche chirurgische Maßnahme ihre potenziellen Risiken in sich birgt und auf ein Minimum bzw. das allernötigste Maß reduziert werden sollten.

Der Fall zeigt, wie trotz massiver parodontaler Vorerkrankung auf eine aufwendige Augmentation verzichtet und dennoch mit einem einzigen, minimalinvasiven Eingriff eine sehr hohe Primärstabilität erzielt werden konnte (Abb. 1 bis 3).

Der Fall

Der 67-jährige Patient war Mitte letzten Jahres an unsere Praxis überwiesen worden. Der Überweisungsauftrag bestand in der systematischen Parodontitis- und der fortführenden parodontalen Erhaltungstherapie. Zudem stand zur Diskussion, welche Therapiemaßnahme in seinem Fall in Regio 22–24 angezeigt bzw. noch möglich war. Die klinische und radiologische Untersuchung ergab, dass die Zähne 22, 23 – mit Inklination hinter 22 – und 24 aufgrund ihres parodontalen und funktionellen Zustandes nicht mehr erhaltungswürdig waren und extrahiert werden mussten.



Abb. 1: Erstbefund. – Abb. 2: Röntgenbild Zahn 22 und 23 vor Extraktion. – Abb. 3: Röntgenbild Zahn 23, 24 und 25. – Abb. 4: Eine Woche nach Extraktion.