

Der Einsatz von Implantaten bei Kindern und Jugendlichen

Therapie von Oligo- und Anodontie unter Berücksichtigung des Kiefer-Gesichtswachstums

Die Implantattherapie bei Heranwachsenden mit einer Oligo- oder Anodontie sowie aufgrund eines prämaternalen Zahnverlustes bedarf genauer Kenntnisse der Wachstumsveränderungen im Kiefer- und Gesichtsbereich. In der Literatur gibt es nur wenige, nicht repräsentative Hinweise auf das Verhalten von früh inserierten Implantaten sowie deren Auswirkungen auf das Wachstum in ihrer Umgebung.

Prof. Dr. Dieter Wember-Matthes/Nümbrecht

■ Mit exakten, CT-basierten Simulationen ausgewählter Patientenfälle konnten wir veranschaulichen, welche Umwandlungen sich vollziehen und welche Folgerungen diese auf das Schicksal von Frühimplantaten haben. Daraus ergeben sich konkrete Hinweise, in welcher Phase des Wachstums und an welcher Position in Ober- und Unterkiefer Implantate mit günstiger Prognose inseriert werden können. Heranwachsende Patienten benötigen häufig eine prothetische Rehabilitation zur Restauration von zahnlosen Bereichen. Kongenitale partielle oder totale Anodontie und der traumatische Verlust von Zähnen wird oft bei heranwachsenden Patienten angetroffen. Weniger häufig sehen wir jugendliche Patienten, die nach einem chirurgischen Eingriff rehabilitiert werden müssen. In der Vergangenheit wurden diese Patienten vor ihrer skelettalen und dentalen Maturation mit herausnehmbaren Prothesen behandelt. Kindern adaptieren sich sehr rasch an diese Versorgung und benutzen sie erfolgreich, wenn sie die Notwendigkeit des Tragens solcher Prothesen erkennen und begreifen. Es ist jedoch allgemein bekannt, dass mit diesen herausnehmbaren Prothesen eine höhere Resorption des residualen Alveolarfortsatzes einhergeht und wir in diesem Zusammenhang parodontale Komplikationen und eine höhere Kariesrate beobachten. Mit der zunehmend verbesserten Vorhersagbarkeit von wurzelförmigen Implantaten wurde auch die Neugierde größer, wie hoch das Potenzial für den Gebrauch von Implantaten bei heranwachsenden Patienten ist. Dieser Gebrauch von Im-

plantaten macht zusätzliche Überlegungen nötig, die wir bei erwachsenen Patienten nicht notwendig haben. Das Thema über skelettales und dentales Wachstum und dessen Einfluss auf die Vorhersagbarkeit des Erfolges ist dabei die größte verwirrende Variable. Trotz Bedenken wird ein großer Druck auf die Behandelnden ausgeübt, Zahnimplantate als Hilfe bei der pädiatrisch-prothetischen Versorgung zu benutzen. Dieser Druck kommt aus verschiedenen Richtungen. Zunächst ist es die öffentliche Auffassung über eine optimale Versorgung. Je mehr wir über die Vorteile einer Implantatversorgung aufklären, umso mehr fordern Eltern sie für ihre Kinder. Wir erleben gar nicht selten, dass uns Jugendliche direkt zur Implantatbehandlung überwiesen werden. Die unzureichende Compliance beim Tragen konventioneller Prothesen erweckt in den Eltern den Wunsch einer stabileren Prothese für ihre Kinder. Bei den jugendlichen Patienten selbst variiert das Verlangen nach Rehabilitation des zahnlosen Kiefers immens. Einige zeigen nur geringes Interesse am Tragen einer Prothese, andere hingegen weigern sich zum Beispiel zur Schule zu gehen, wenn eine Prothese defekt ist oder repariert werden muss. Die partielle Anodontie bei Oligodonten oder bei Patienten mit einer ektodermalen Dysplasie kann eine dentale und faciale Entstellung bedeuten, die zu einer sozialen Benachteiligung – besonders in den frühen Jahren der Adoleszenz – führt. Vom physiologischen Standpunkt aus mag der Erhalt von Knochen das Hauptargument sein, um Implantate bei heranwachsenden Patienten zu benutzen. In den

