

Eine Abgrenzung von Implantologie und Endodontie am Beispiel eines Patientenfalles

In der heutigen Zeit, in der Implantate und moderne endodontische Behandlungsmethoden in der Standardtherapie in hohem Maße erfolgreiche Eingriffe darstellen, wird die Abgrenzung zwischen beiden Therapieansätzen immer enger.

DR. UWE RADMACHER, DR. MARKUS LEWITZKI/LAMPERTHEIM

Abgrenzung

In den USA, wo sich Endodonten und Implantologen bzw. Parodontologen als konkurrierende Spezialisten gegenüberstehen, ist diese Trennung strikt nach der Angehörigkeit zur entsprechenden Gruppierung orientiert. Ein Endodont sieht das Implantat meist nur als letzten Ausweg, der implantologisch tätige Spezialist wird im Allgemeinen schneller einen Zahn durch eine enossale Fixtur ersetzen.

In Deutschland ist dies ob der Generalistenstruktur noch etwas differenzierter zu sehen. Die endodontische Überweiserpraxis ist leider noch nicht sehr verbreitet und viele niedergelassene Kollegen implantieren in ihrer täglichen Praxis, auch ohne darauf spezialisiert zu sein. Ein häufiger Entscheidungskonflikt ergibt sich bei der Indikationsstellung einer Wurzelspitzenresektion. Es ist oft zu beobachten, dass die Grenze zwischen dem Versuch des Zahnerhalts mittels Wurzelspitzenresektion übertriebene Dimensionen erreicht. Insbesondere am Beispiel der Resektionsoperation einer palatinalen Wurzel, die oft größte ossäre Defekte hinterlässt. Vor der Wurzelspitzenresektion einer palatinalen Wurzel sollte immer zuerst eine implantologische Versorgung als Alternative in Betracht gezogen werden, die für den Patienten nicht selten die insgesamt erfolgsversprechendere Therapie darstellt. Ungeachtet dessen sollte hinsichtlich der Erfolgsaussichten der beiden Therapieformen eine Wurzelspitzenresektion nur unter der Kontrolle eines Operationsmikroskops durchgeführt werden. Während orthograde endodontische Behandlungen in der Literatur eine Erfolgsquote von über 90 Prozent erreichen, liegt diese bei konventionellen retrograden chirurgischen Therapien bei nur knapp über 60 Prozent. Dies resultiert unter anderem daher, dass die Anatomie des Zahnes vom „unbewaffneten Auge“ nur unzureichend erkannt und feinste Kanalstrukturen nur mangelhaft oder gar nicht gereinigt und verschlossen werden.

Patientenfall

Der 60-jährige Patient klagt über Beschwerden an der Brücke im dritten Quadranten sowie im Bereich des Zahnes 47. Das Ausgangs-OPG zeigt eine sechsgliedrige Brücke mit überdimensionierter Spanne zum Ersatz der

Zähne 35, 36 und 37 mit Sekundärkaries und eine überextendierte, undichte Wurzelfüllung mit massiver Überstopfung an 34. Im vierten Quadrant ist ein horizontalverlagerter und retinierter Weisheitszahn in direktem Kontakt zum zweiten Molaren zu erkennen. Die distalen Wurzeln sind durch den verlagerten 48 anresorbiert, der Zahn reagiert nicht auf die Sensibilitätsprobe (Abb. 1).

1. Behandlungsabschnitt

Endodontie

Auf Grund der subjektiven Beschwerden des Patienten sollte die Behandlung im vierten Quadranten beginnen. Abbildung 2 zeigt die Dimension des Substanzverlustes an der distalen Wurzel von Zahn 47. Wegen der unmittelbaren Nähe des Zahnes 48 zum Kanal des N. mandibularis wurde ein CT von der Region gefertigt, um die Strukturen abzugrenzen. Geplant wurde ein Erhalt der verbliebenen Substanz des Zahnes 47 durch eine endodontische Therapie und eine Osteotomie von 48. Die Entfernung des 48 sollte zusammen mit der Wurzelspitzenresektion der distalen Wurzel des Zahnes 47 durchgeführt werden. Dieser ging eine orthograde Wurzelbehandlung voraus. Die Kanäle wurden unter dem Operationsmikroskop (Pro Margis, Fa. Zeiss, Oberkochen) dargestellt und unter elektrometrischer Länglenkontrolle (Raypex VDW, München) mit Hilfe rotierender Nickel-Titanfeilen (ProTaper/Profile Fa. DENTSPLY Maillefer, Ballguies) maschinell aufbereitet und mittels des Thermafilsystems (Fa. DENTSPLY Maillefer) thermoplastisch verschlossen (Abb. 3). Ein weit offenes Foramen apicale machte an der distalen Wurzel die Präparation eines der Resorption angepassten, definierten Stops nach elektrometrischer Messung erforderlich. Die Wurzelspitze wurde in der anschließenden Operation geglättet. Auf einen zusätzlichen retrograden Verschluss konnte auf Grund der optimalen Wurzelfüllung und der Höhe des Defektes verzichtet werden. Zahn 48 wurde entfernt, die Knochenhöhle mit einem phasenreinen β -Tricalciumphosphat (Cerasorb, Fa. Curasan, Kleinostheim) aufgefüllt und mit dem reponierten Mukoperiostlappen verschlossen (Abb. 4 und 5). Zur Stabilisierung erfolgt ein unmittelbarer Aufbau des 47 mittels total etching, total bonding Technik und einer Composite-Versorgung. Auf das Inserieren eines Stiftes wurde dabei verzichtet.