

Präimplantologische Diagnostik und Therapie parodontaler Erkrankungen

Betrachtung in Abhängigkeit vom Schweregrad

Tunnelierungen, Wurzelamputationen, Prämolarisierungen und Hemisektionen gelten als aufwendige zahnerhaltende Verfahren, mithilfe derer man schon vor etlichen Jahren in der Lage war, parodontal geschädigte Molaren zumindest partiell erhalten zu können. Einbezogen als Pfeilerzähne ermöglichten diese Therapien auch Patienten mit behandelter Parodontitis das Privileg eines festsitzenden Zahnersatzes.

Dr. med. dent. Daniel Engler-Hamm, MSc/Boston, MA, USA, Dr. med. dent. Dirk Steinmann/München

■ Im Zeitalter moderner Implantologie haben Implantate bei besserer Prognose und vergleichbarer Wirtschaftlichkeit die meisten dieser Verfahren aus dem parodontologischen Behandlungsspektrum verbannt.^{1,2} Lediglich die Wurzelamputation des ersten Oberkiefermolaren (Abb. 1–5) hat unter der Voraussetzung, dass die interdisziplinäre endodontische, parodontalchirurgische und prothetische Therapie umsichtig durchgeführt wird,³ eine Erfolgsprognose, die mit der eines Implantates vergleichbar ist.^{4,5} Während zu Beginn der zahnärztlichen Implantologie Parodontalerkrankungen noch als relative Kontraindikation angesehen wurden, konnte zwischenzeitlich nachgewiesen werden, dass bei adäquater Therapie der Implantaterfolg im parodontal vorgeschädigten Gebiss vergleichbar gut ist.⁶ Allerdings erfordert das Ziel eines maximalen implantologischen Behandlungserfolges bei einem parodontal vorgeschädigten Patienten die Beachtung einiger Grundregeln. Auf diese Weise lassen sich etwaige Risiken minimieren, die sonst zu frühzeitigem Zahn- bzw. Implantatverlust führen können.^{7,8}

Grundsätzlich sollten schon in der Anamnese parodontale Risikofaktoren erhoben und gegebenenfalls eliminiert werden. Des Weiteren sollte jede implantologische Grunduntersuchung ein parodontales Screening (PSI) beinhalten.⁹ So kann der Implantologe nicht nur den eigenen Behandlungserfolg optimieren, sondern sich

auch forensisch schützen, sofern es zu einem späteren Zeitpunkt zu Implantatverlust durch Periimplantitis kommen sollte. Patientenbezogene Risikofaktoren wie unkontrollierter Diabetes mellitus (HbA_{1c} >7), Rauchen, schlechte Mundhygiene und Erkrankungen des Immunsystems sollten anamnestisch und therapeutisch stärker gewichtet werden als implantatbezogene Risikofaktoren, wie z.B. Implantattyp oder Implantatlänge.⁸

Als Eingangs-, Reevaluations- und Nachsorgeuntersuchung sind Sondierungstiefenmessungen an mindestens vier, besser sechs Stellen pro Zahn sowie Evaluation der Furkationen, der Okklusion und der Weich- und Hartgewebe hinsichtlich Existenz von Mukogingival- und Alveolarkammdefekten eine *conditio sine qua non*. Eine radiologische Einzelzahndiagnostik in Rechtwinkelschnitttechnik ist obligat und kann nur im Fall eines naturge-

Code	Sondierungstiefen	Blutung auf Sondierung	Zahnstein
0	< 3,5 mm	nein	nein
1	< 3,5 mm	ja	ja
2	< 3,5 mm	ja	ja
3	> 3,5 mm < 5,5 mm	ja	ja
4	> 5,5 mm	ja	ja

Tab. 1: American Dental Association und American Academy of Periodontology (Armitage, 1996).¹⁰



Abb. 1: Eingangsröntgenbild zeigt Wurzelkanalinstrument im mesiobukkalen Kanal. – **Abb. 2:** Intraoperative Ansicht von vestibulär: Wurzelamputation aufgrund eines abgebrochenen Wurzelkanalinstruments einhergehend mit Wurzelprominenz sowie Wurzelfraktur und schwerer lokalisierter Parodontitis. – **Abb. 3:** Zustand nach Wurzelamputation.