



Implantologie und Risikomanagement

Prognosefaktoren und Erfolgsindikatoren

Während der ersten Jahre der klinischen Anwendung von endossalen Implantaten waren manche Misserfolge und Komplikationen nicht vorhersehbar, da zu wenige Daten und Erfahrungen zu den Erfolgsaussichten vorlagen. Inzwischen hat sich die Implantologie zu einem anerkannten Verfahren zum Ersatz fehlender Zähne entwickelt, das von Patienten wie auch von Zahnärzten gut angenommen wird. Komplikationen oder Misserfolge, die sich durch sorgfältige Planung und chirurgisch sachgerechte Vorgehensweise vermeiden lassen, sollten heutzutage nicht mehr auftreten.

Wenn ein implantologischer Eingriff richtig geplant und chirurgisch korrekt umgesetzt wird, ist die Gefahr für den Verlust des Implantates sehr gering. Man geht davon aus, dass in den ersten acht Wochen etwa 2,5 Prozent der gesetzten Implantate verloren gehen. Laut dem Kursreferenten Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel, handelt es sich in diesen Fällen fast ausschließlich um chirurgische Fehler. In den ersten fünf Jahren nach der Implantation gehen zirka zwei bis drei Prozent der Implantate, die feststehend versorgt sind und zirka fünf Prozent der Implantate, die mit abnehmbarem Zahnersatz versorgt sind, verloren. Periimplantitis betrifft etwa neun bis 14 Prozent der Implantate. Wegen der enorm verbesserten Herstellungsverfahren frakturieren Implantatbestandteile nur in etwa 0,1 bis 0,8 Prozent der inserierten Implantate.

Indikationen und Kontraindikationen

Eine Implantation sollte erst mit der Vervollständigung des Kieferwachstums erfolgen. Mädchen haben mit etwa 17 Jahren kein nennenswertes Kieferwachstum mehr, Jungen mit etwa 19 Jahren. In Zweifelsfällen bringt eine Handwurzel Aufnahme Klarheit. Wenn keine medizinischen Bedenken gegen den

Eingriff bestehen, kann ein Implantateingriff bis in das hohe Alter vorgenommen werden. Es gibt sehr wenige absolute Kontraindikationen für eine Implantattherapie. Bei Patienten mit schwersten Erkrankungen stellt sich die Frage nach einer Implantation selten. Bei Patienten mit einer Bestrahlung im Kieferbereich oder einer hochdosierten Bisphosphonattherapie sollte von einer Implantation in den meisten Fällen Abstand genommen werden, um keine Osteo(radio)nekrose hervorzurufen. Bei Erkrankungen, die die Erfolgsaussichten einer Implantation beeinträchtigen können, wie z.B. eine schwere Osteoporose, eine Kortisontherapie oder ein schlecht eingestellter und lange bestehender Diabetes mellitus Typ I, sollte gründlich abgewogen werden, ob das mögliche Risiko höher ist als der zu erwartende Nutzen. Auch ist es wichtig, die parodontale Resistenz, Bruxismus und die Rauchgewohnheiten der Patienten zu überprüfen. Es gibt Hinweise in der Literatur, dass die Kombination von Rauchen und erhöhter Interleukin I-Produktion das Risiko eines Implantatverlustes deutlich erhöht. Durch einen Test lässt sich dieses Risiko einschätzen.

Sehr wichtig ist, ob die Erwartungen des Patienten an die Implantattherapie vorhersagbar erfüllt werden können, und ob das Behandlungsziel mit einem für den Patienten vertretbaren chirurgischen und finanziellen Aufwand zu erreichen ist.

Planung und Implantation

Die verlässliche Abschätzung des vorhandenen lokalen Knochenangebots ist für die chirurgische Planung, die Breite und Höhe der Lücke für die prothetische Planung wichtig. Auch die Lachlinie sollte bei Implantaten im ästhetischen Bereich bedacht werden.

Mit konventioneller Röntgendiagnostik, Modellen, Palpation und gegebenenfalls Schichtaufnahmen bzw. digitalen Volumentomografien lassen sich die meisten Implan-