

Rechtliche Risiken in der Implantologie

Allgemeinmedizinische Aspekte von praktischer Relevanz

Ein Beitrag von Prof. em. Dr. mult. D. Schlegel, München

Implantationen sind eine „elektive Therapiemethode“. Daher ist jeweils abzuwägen, inwieweit bewährte „klassische“ Verfahren das angestrebte Behandlungsziel bei gleichzeitiger Risikominderung erreichen können. Im Aufklärungsgespräch mit Patienten ist das zu verdeutlichen und die Aufklärung ist zu dokumentieren.

Beim ITI-Weltkongress 2007 in New York hat James D. Ruskin (Florida College of Dentistry/USA) zu diesem Thema subsummiert, dass kaum randomisierte kontrollierte Studien vorliegen, welche die orale Implantologie evidenzbasiert absichern. Derzeit gelten Patienten, bei denen ein Herzinfarkt kürzere Zeit als sechs Monate zurückliegt, Immunsuppressionsfälle, Kranke mit akuter cerebraler Durchblutungsstörung, Fälle unter Chemotherapie sowie AIDS-Kranke als absolute Implantationskontraindikationen.

Eine relative Kontraindikation sieht Ruskin zum Beispiel dann als gegeben an, wenn ein Patient Antikoagulantien wie Warfarin einnimmt und im Zuge einer Implantatversorgung mehrere Kieferquadranten involviert sind oder beispielsweise ein Diabetes mellitus 2 ohne regelhaft gesicherte Blutzuckerkontrollen vorliegt.

Als oft zu wenig beachtete Risikogruppe stuft Ruskin jene Patienten ein, die etwa wegen Osteoporose Bisphosphonate (BPN) erhalten.

Die American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) ordnet BPN-Behandelte drei Gruppen zu: BPN-Therapie über drei Jahre ohne weitere Risikofaktoren; BPN-Gaben über weniger als drei Jahre, aber daneben Steroidverordnungen: Wurde BPN länger als drei Jahre appliziert, dann besteht stets ein hohes Risiko hinsichtlich des Auftretens von Osteonekrosen speziell im Kieferbereich infolge der lang anhaltenden hohen Hydroxylapatitbindungen der BPN, die im Kiefer bei hoher ossärer Turnover-Rate bestehen.

R. E. Marx hatte schon 2005 auf diese Zusammenhänge hingewiesen, wobei allerdings anzumerken bleibt, dass BPN seit Jahrzehnten zum Beispiel bei

Morbus Paget verordnet wird und zirka 17 bis 20 Millionen Patienten mit BPN therapiert wurden. Hierbei war die Anzahl zuzuordnender Kieferknochennekrosen extrem niedrig, variierte aber hinsichtlich der Produktwahl und Applikationsform des Bisphosphonates. Merck nennt eine Inzidenz von 0,7 Osteonekrosen pro 100 000 mit BPN Behandelten pro Jahr.

Die sinnvolle Therapie von oralen Osteonekrosen ist unsicher, so dass eine prätherapeutische Risikobewertung über die Bestimmung des CTX (Carboxy Terminal Assay) sinnvoll ist. Bei CTX-Spiegelwerten von 100 (statt Normwert um 300) ist mit einem hohen Risiko hinsichtlich der Ausbildung von Osteonekrosen zu rechnen.

Praktisch bedeutsam für Oralchirurgen oder Zahnärzte: Generell ist jede BPN-Behandlung anamnestisch zu berücksichtigen, eingesetzte BPN sind mit Produktnamen zu dokumentieren, die Zeitdauer der Applikation ist festzuhalten und besonders anzumerken, wenn BPN intravenös appliziert wurde. Hält ein kontaktierter Arzt die BPN-Therapie für unverzichtbar, so muss nach drei Behandlungsjahren zumindest ein mehrjähriges BPN-freies Intervall im Sinne einer Intervalltherapie eingefordert werden.

Korrespondenzadresse:
Prof. em. Dr. mult. D. Schlegel
Thalanderstr. 3 · 81247 München

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr erfolgt dies zum zweiten Mal im Rahmen eines größeren Festakts im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Telefon 030 450576 018/016.