

Implantologische Komplikationen und Fragestellungen bei geriatrischen Patienten

Mit Implantaten alt werden

Ein Beitrag von Yorck Zebuhr, Zolling

Die demografische Veränderung unserer Gesellschaft bedingt eine Zunahme alter oder überalterter Menschen, wodurch die Zahl pflegebedürftiger Personen steigt. Gleichzeitig werden durch die Fortschritte der Implantologie implantatprothetische Versorgungen immer häufiger. Die Zahnheilkunde sieht sich daher aktuell und besonders in der Zukunft mit geriatrischen Patienten konfrontiert, die mit implantatgestütztem Zahnersatz versorgt wurden. Welche speziellen Probleme daraus erwachsen können und welche Lösungsansätze existieren, wird in dieser Übersicht anhand von Fallbeispielen dargestellt.

Das Schrifttum über implantologisch-geriatrische Fragestellungen ist sehr begrenzt. Eine aktuelle Suche in Literaturdatenbanken mit den einschlägigen Schlagwörtern ergab nur 54 Treffer. In der Mehrzahl finden sich Fallberichte und retrospektive Untersuchungen über erfolgreiche implantologisch-prothetische Rehabilitationen rüstiger, älterer Patienten. Es existieren sogar Darstellungen von erfolgreichen implantatprothetischen Versorgungen bei Hundertjährigen. Über Komplikationen wird hingegen nur selten berichtet und es mangelt an Artikeln über Behandlungskonzepte für die oben angesprochene Patientengruppe.

Pflegebedürftigkeit, dementielle Erkrankungen und Oralstatus

Die Wahrscheinlichkeit, zum Pflegefall zu werden, steigt mit zunehmendem Alter. Eine große Rolle spielen hierbei die dementiellen Syndrome. Pflegefälle sind bei den unter 60-Jährigen selten (< 0,5 Prozent), nehmen aber mit steigendem Lebensalter zu. So sind etwa nur zwei Prozent der 60- bis 70-Jährigen und etwa sieben Prozent der 70- bis 80-Jährigen betroffen. Aber schon fast jeder vierte 80- bis 90-Jährige und etwa jeder zweite über 90-Jährige ist pflegebedürftig. Maßnahmen der Mund- und Prothesenhygiene fallen dann immer schwerer oder

können von Patienten nicht mehr ausgeübt werden. Bei fehlender Einsicht eines dementen Patienten wird dann oftmals auch die Mundhygiene durch Pflegepersonal nicht mehr toleriert. Untersuchungen in Seniorenheimen zeigen, dass die Mundhygiene bei Pflegebedürftigen oft verbesserungsbedürftig ist. Regelmäßig finden sich Lokalbefunde von denen man erwarten müsste, dass sie mit Schmerzen einhergehen, wie etwa abgebrochene, devitale und kariöse Zähne sowie Schmutzgingivitis bis hin zur tiefen Parodontitis. Nicht selten klagten diese Patienten wenig über ihre oralen Probleme oder können diese nicht äußern. Immer wieder kommt es vor, dass abnehmbarer Zahnersatz über längere Zeiträume nicht herausgenommen wird, Ulzera und Mukosiden sind die Konsequenz.

Implantate beim geriatrischen Patienten

Die Implantologie bringt heute für viele, auch für ältere Patienten eine bedeutende Verbesserung der Lebensqualität. Diese Erfahrung der modernen Zahnheilkunde konnte inzwischen in einer aktuellen Untersuchung mittels standardisierter Tests gut belegt werden. Vor dem Hintergrund der noch immer zunehmenden Zahl an Implantationen ist mit einer vermehrten Zahl von Patienten zu rechnen, die mit ihren Implantaten zwar alt werden, dabei aber leider nicht immer gesund bleiben.

Fallbeispiel 1

Die 80-jährige Patientin befindet sich seit drei Monaten in einem Seniorenheim. Nach mehreren Hirninfarkten mit schweren Residuen ist sie hemiparetsch, immobil und in einem deutlich reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand. Es besteht eine Aphasie, eine Kommunikation ist nicht möglich. Die Patientin toleriert ihre steggestützte Unterkieferprothese seit dem letzten Insult nicht mehr. Sie erhält daher wegen fehlender Kaufähigkeit weiche Kost, wobei sie immer wieder für einige Tage die Nahrungsaufnahme verweigert. Auch wegen er-



Abb. 1: Implantatgetragener, aufgrund einer Allgemeinerkrankung ungepflegter Steg. Der zugehörige Zahnersatz wird von der Patientin nicht mehr toleriert. Die scharfkantigen Stegextensionen traumatisieren die Schleimhaut der Unterlippe.

höhten Speichelflusses wurde vom Pflegepersonal eine zahnärztliche Konsultation veranlasst. Bei der Untersuchung der Mundhöhle fiel im Unterkiefer ein implantatgetragener, stark mit Belägen verunreinigter Steg auf, der früher zur Abstützung einer herausnehmbaren Teilprothese gedient hatte (Abb. 1). Die distalen, nicht mehr von der Prothese bedeckten Extensionen des Steges waren sehr scharfkantig und hatten zu Ulzera an der Schleimhaut der Unterlippe geführt. Das periimplantäre Gewebe war trotz Ablagerung massiver weicher und harter Beläge reizlos. Als erste Maßnahme wurde die vorhandene Prothese wieder eingegliedert, aber erneut nicht toleriert. Von einer Entfernung der Implantate, welche nur in Allgemeinnarkose möglich gewesen wäre, wurde aufgrund des hohen Operationsrisikos (ASA III) abgesehen. Somit kam als schonendere Maßnahme die Abnahme des Steges in Betracht. Beim Vorbehandler konnte der verwendete Implantattyp eruiert und damit das Instrumentarium zur Abnahme des Steges bereit gestellt werden. Die Entfernung des Steges gelang dann ohne Narkose (Abb. 2) und die Ulzera heilten innerhalb weniger Tage ab. Aber die suprakrestal inkorporierten Implantate vom Außenhextyp irritierten nun ihrerseits die Mukosa. Da inzwischen wieder eine ausreichende Nahrungsaufnahme möglich war, wurde von einer chirurgischen Sanierung abgesehen und die möglicherweise fortbestehende Irritation in der Schleimhaut in Kauf genommen. Auf die Eingliederung von Heilungskappen zum Schutz der Schleimhäute wurde verzichtet, da das Risiko einer unbemerkten Lockerung mit eventueller Aspiration derselben zu groß erschien. Der Situs zeigt sich aber inzwischen bei den Folgeuntersuchungen reizlos.



Abb. 2: Zustand unmittelbar nach Abnahme der Suprakonstruktion. Das Ulkus an der Innenseite der Unterlippe, welches durch den scharfkantigen, nicht mehr von der Prothese überdeckten Steg verursacht worden war, heilte nach Entfernung des Steges ab.

Fallbeispiel 2

Bei der 78-jährigen Patientin mit schwerer Demenz wurde eine operative Zahnsanierung in Narkose erforderlich. Schon längere Zeit war die Mundpflege gänzlich unmöglich, der Hygienestatus dementsprechend desolat. Während das Restgebiss im Oberkiefer parodontal und kariös zerstört war (Abb. 3), wiesen zwei Implantate im zahnlosen Unterkiefer trotz der seit längerer Zeit fehlenden Hygiene keine Periimplantitis auf (Abb. 4). Dies zeigt, wie wenig von der Ätiologie der Periimplantitis bekannt ist. Offensichtlich sind die Faktoren, die Parodontitis und Karies bedingen, nicht zwangsläufig identisch mit jenen, die eine Periimplantitis auslösen.

Fallbeispiel 3

Der zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung 80-jährige Patient stellte sich aufgrund wiederkehrender entzündlicher Komplikationen an den alio loco inserierten und mit einer Brücke versorgten Implantaten im Unterkiefer vor. In die Implantate waren vom Vorbehandler nicht systemkongruente Aufbauteile einzementiert worden (Abb. 5). Nach Entfernung der Suprakonstruktion wurden die Implantatgewinde so gut wie möglich von Zement befreit, was sich allerdings am Implantat 35 als unmöglich erwies. Dieses Implantat ist daher seit nunmehr fünf Jahren unversorgt. Trotz mangelhafter Hygienemaßnahmen des inzwischen 85-Jährigen zeigen sich am Implantat 35 weder entzündliche Komplikationen noch ein relevanter Knochenabbau. Die inzwischen vier Jahre alte prothetische Neuversorgung der Implantate im Unterkiefer mit konfektionierten Teleskopkronen ist auch unter mäßigen Hygienebedingun-



Abb. 3: Kariöses und parodontal zerstörtes Restgebiss im Oberkiefer



Abb. 4: Trotz der insuffizienten Mundhygiene ist das periimplantäre Gewebe weitgehend entzündungsfrei.

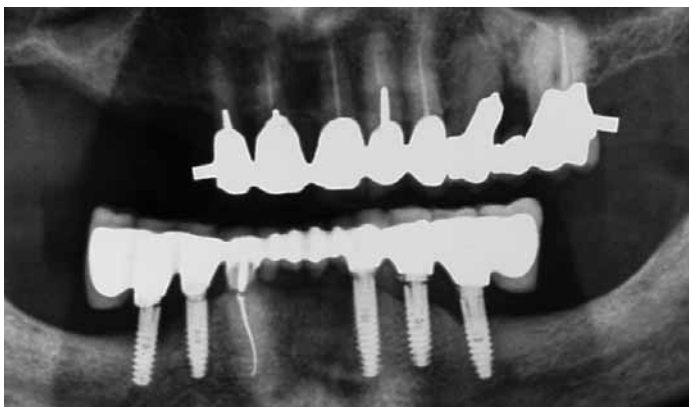


Abb. 5: Dental-implantatgetragene Brücke im Unterkiefer bei einem 80-jährigen Patienten. Die Implantataufbauten sind nicht systeminkongruent. Das Röntgenbild zeigt deutliche Zeichen einer Periimplantitis.

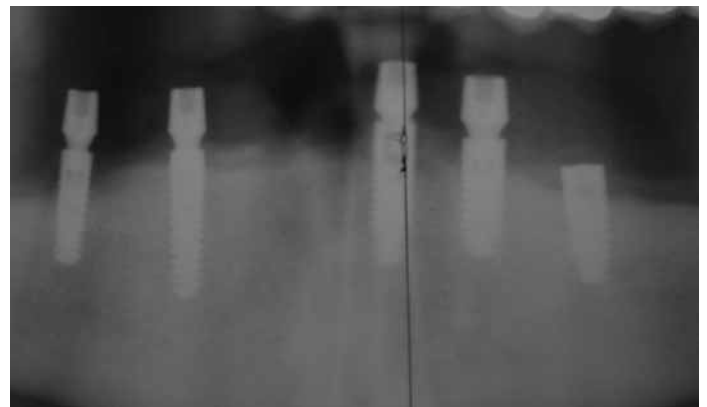


Abb. 6: Stabiler und reizfreier Zustand vier Jahre nach prothetischer Neuversorgung unter Verwendung konfektionierter Teleskopkronen. Das Implantat 35 blieb aus technischen Gründen unversorgt, auch hier ist das periimplantäre Gewebe entzündungsfrei.

gen erfolgreich (Abb. 6). Sollte einmal der Zahnersatz nicht mehr toleriert werden, könnten die glatten, weichgewebtsfreundlichen Aufbauteile belassen oder einfach entfernt werden, da das Belassen unversorgter, isokrestal inserierter Implantate beim geriatrischen Patienten möglich erscheint, ohne dass dies zu Komplikationen führt.

Fazit

Die implantologische Therapie alter Patienten fokussiert heute noch zu sehr auf die primäre Wiederherstellung von Ästhetik und Kaufunktion. Da die Patienten mit ihren Implantaten alt werden, entstehen Probleme aus dem Zusammentreffen lokaler und allgemeiner Erkrankungen. Implantatprothetische Planungen sollten die problemlose Umarbeitung des Zahnersatzes vorsehen. Implantatmesostrukturen mit scharfen Kanten und Verbindungselementen, die beim gesunden, einsichtsfähigen Patienten problemlos toleriert werden, können beim dementen Patienten zum nur schwer lösbaren Problem werden. Die Dokumentation aller bei der im-

plantatprothetischen Versorgung verwendeten Hilfstteile ist wichtig, da bei der Aufnahme in ein Pflegeheim oft nicht nur der Wohnort, sondern auch der Zahnarzt gewechselt werden muss. Die Demontage von Suprakonstruktionen sollte einfach möglich sein, falls dies vielleicht Jahre später aus pflegerischer Indikation erforderlich werden sollte. Isokrestal und subkrestal inkorporierte Implantate haben hier den Vorteil, dass sie gegebenenfalls ohne Suprakonstruktion belassen und trotz Pflegemängeln reizfrei persistieren können. Suprakrestale Implantate sollten unbedingt, auch wenn sie nicht mit Aufbauten oder Heilungskappen versorgt sind, nicht scharfkantig sein. Die Regel „im Mund ist alles rund“ sollte auch für Implantate beziehungsweise für Implantatmesostrukturen gelten.

Korrespondenzadresse:
Yorck Zebuhr
Zahnarzt für Oralchirurgie
Zolling
yorck@zebuhr.de