



Zahnerhalt oder Implantat?

Jahrestagung 2001 der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Lübeck

Zahnerhalt oder Implantat? Eine Antwort auf diese mitunter außerordentlich prekäre Frage versuchten namhafte Referenten im Rahmen des wissenschaftlichen Programms der Jahrestagung 2001 der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP), die vom 13. bis 15. September in Lübeck stattfand, zu geben.

Am häufigsten stellt sich der Wunsch nach einer implantatgestützten prothetischen Rehabilitation angesichts fehlender Alternativen zur festsitzenden Therapie bei verkürzten Zahnreihen nach dem Verlust der Molaren und Prämolaren. In diesem Zusammenhang treten für die Behandlung von Ober- bzw. Unterkiefer ganz unterschiedliche Probleme in den Vordergrund.

Entscheidend: die richtige Statik

Welche Faktoren eine erfolgreiche Implantatversorgung im posterioren Unterkiefer beeinflussen, legten die Ausführungen von Dr. Jemt dar. Entscheidende Bedeutung kommen im Zusammenhang mit dem Ersatz von endständigen Zähnen vor allem Aspekten der Statik der auf den Implantaten verankerten prothetischen Konstruktion zu. Aus prophylaktischen Erwägungen muß insbesondere die Induktion von exzentrischen Biegebelastungen auf den Implantatkörper während der physiologischen mastikatorischen Funktion unterbunden werden. *Obwohl noch keine abschließende Aussage zur idealen Konstruktion von implantatverankertem Zahnersatz im posterioren Unterkiefer getroffen werden kann, scheint grundsätzlich die Verankerung von mehreren Implantaten der Eingliederung einer kombiniert dental und implantatgestützten prothetischen Brücke überlegen zu sein.*

Wählt man eine rein implantatverankerte Konstruktion, kann zudem der Verzicht auf eine lineare Implantatverankerung zur Vermeidung einer unphysiologischen Biegebelastung beitragen.

Schnittführung und Lappengestaltung wollen exakt geplant sein

Daß die Grundlage für den langfristigen Erfolg einer Implantattherapie bereits mit der eigentlichen chirurgischen Verankerung beginnt, wurde eindrucksvoll an Hand von Videodarstellungen durch Dr. Ulrich demonstriert. Schon die ersten Schritte im Rahmen des chirurgischen Vorgehens, die Schnittführung und das Design des zur Darstellung des knöchernen Lagers gebildeten Schleimhautlappens, beeinflussen entscheidend die Erfolgsaussichten einer Implantattherapie im posterioren Unterkiefer. *Bei Verwendung von geschlossen einheilenden dentalen Implantaten sollten demnach die Grenzen der chirurgischen Inzision grundsätzlich nicht in unmittelbarer Nähe zum Implantatbett positioniert werden.* Hinsichtlich des Lappendesigns hat sich die Präparation eines kombinierten epiperiostalen und subperiostalen Schleimhautlappens bewährt.

Sinuslift ja – aber richtig!

Als größtes Hindernis der Implantattherapie im posterioren Oberkiefer gilt nach den Worten von Dr. Ackermann das in der weit überwiegenden Zahl der Fälle mangelhafte Angebot an knöchernem Gewebe zur stabilen Verankerung der Implantate. Den entscheidenden Anstoß zur Lösung dieses mitunter gravierenden Problems brachte die Einführung der Elevation und Augmentation des Sinusbodens. Das ursprünglich zur präprothetischen Vergrößerung bzw. Wiederherstellung des interokklusalen Abstands herangezogene Verfahren der chirurgischen Anhebung des Kieferhöhlenbodens trägt inzwischen entscheidend dazu bei, daß Implantate auch im posterioren Oberkiefer dauerhaft stabil und in einer funktionell und ästhetisch befriedigenden Position inseriert werden können.

Nach histologischen Untersuchungen führt die einfache Elevation des Sinusbodens, wie sie in jüngerer Zeit im Rahmen eines mikro-