



Dr. G. Iglhaut

Differentialtherapie zur Implantologie bei Risikopatienten

Mit dem vorliegenden Schwerpunktheft der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ) wird erneut die orale Implantologie als Querschnittsfach innerhalb der Zahnheilkunde thematisiert und als bedeutendes Therapiekonzept gewürdigt. Implantatgetragener Zahnersatz ist für viele Patienten zum Standard geworden, was angesichts vieler Untersuchungen mit Beleg der deutlich gehobenen Lebensqualität nicht verwunderlich ist. Im Besonderen für die funktionelle Rehabilitation von oro-pharyngealen Tumorpatienten ist die Implantologie heute ein entscheidender Therapieansatz und im Behandlungsspektrum kaum ersetzbar. Die hohen Erfolgszahlen enossaler Implantate sichern einen langfristigen Therapieerfolg und den damit verbundenen Gewinn an Lebensqualität. Trotzdem sollte der Einsatz von oralen Implantaten gerade bei Risikopatienten sehr kritisch erwägt werden, um den Patienten vor ernsthaften Komplikationen zu bewahren. Dem Zahnerhalt von parodontologisch und endodontisch vorgeschädigten Zähnen bei kritischer Indikationsstellung sollte primär der Vorzug gegeben werden, da bereits die Extraktion von Zähnen, z. B. bei Patienten mit Bisphosphonatmedikation, zu Wundheilungsstörungen und damit verbundenen folgenschweren Nekrosen führen können. Komplikationsmanagement ist in solchen Situationen von größter Bedeutung, gilt es das Behandlungsergebnis zu sichern oder ungünstigen Entwicklungen gegen zu steuern und diese zu beherrschen.

Ein Risiko kann weiterhin die Fachkompetenz und Erfahrung des Behandlers darstellen. Ein Misserfolg ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Fehlbehandlung und damit Verschulden des Behandlers. Auch mit optimaler chirurgischer Technik können wir so manche Wundheilungsstörungen unserer Patienten nicht vermeiden. Analysen von Misserfolgen haben ergeben, dass das Potential von Komplikationen mit der Komplexität der Behandlung ansteigt. Für Kliniker ist es deshalb von großem Interesse, den Schwierigkeitsgrad individuel-

ler Behandlungsfälle zu evaluieren und die Ansprüche der chirurgischen und restaurativen Therapie an die eigenen Fähigkeiten realistisch einzuschätzen. Mit der Überweisung des Patienten zu einem kompetenten Therapeuten kann ggf. ein Fehlschlag für Patienten und Behandler vermieden werden.

Bereits 1999 wurde zu diesem Zweck eine SAC Klassifikation (S=Simple, A=Advanced, C=Complex) von Sailer und Pajaro-la in einem Atlas für Oralchirurgie beschrieben, im selben Jahr von der Schweizer Gesellschaft für orale Implantologie (SGI) weiterentwickelt. In einer Konsensuskonferenz wurden vom ITI (International Team of Implantology) 2007 Richtlinien für chirurgische und prothetische Behandlungsszenarien in der Implantologie erarbeitet und zwei Jahre später publiziert. Mit der Katalogisierung von prospektiven Behandlungssituationen und -ansprüchen wird es den implantologischen Einsteigern, aber auch Fortgeschrittenen erleichtert, eine Fallselektion und Behandlungsplanung entsprechend der individuellen Erfahrung und Fähigkeiten vorzunehmen, potentielle Risiken zu erkennen und zu vermeiden. Die SAC-Klassifikation stellt somit ein wirkungsvolles Instrument dar, Misserfolge frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Gerade deshalb hatte ich als Kongresspräsident für den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) 2010 in Hamburg das Thema: „Misserfolg – Erkennen und beherrschen“ ausgewählt, da ich der Meinung bin, dass wir durch einen offenen Umgang mit dieser Thematik alle sehr viel gewinnen können. 

Ihr 

Dr. Gerhard Iglhaut
Vizepräsident der DGI