

Prothetische oder autologe Rekonstruktion bei Alveolarkammdefekten?



Ein Defekt des zahntragenden Alveolarfortsatzes kann durch eine Prothese oder durch einen Knochenaufbau behandelt werden. Das Zahnimplantat hat dabei eine Doppelfunktion. Beim prothetischen Ansatz dient es als reiner Fixierungspunkt der Prothese; entsprechend wenige Implantate werden bei diesem Vorgehen benötigt, siehe teilweise Reduktion auf ein Implantat im Unterkiefer oder 4 Implantate im Oberkiefer. Beim chirurgischen Ansatz hingegen hat das Implantat analog zur Zahnwurzel auch die Funktion des Knochenerhalts durch Einleitung von funktionellen Kräften in den Knochen. Dieser knochenprotektive Effekt ist durch Studien inzwischen gut nachgewiesen.

Die Frage der prothetischen oder der operativen Rekonstruktion mit autologem Gewebe bei Defekten gehört zu den traditionellen Grundfragen der Kieferchirurgie. Für viele Indikationen wurde diese Frage weitgehend zugunsten der autologen Rekonstruktion beantwortet, so zum Beispiel für die Unterkieferrekonstruktion nach Trauma vor etwa 100 Jahren, für den Gaumenverschluss bei LKG-Spalten vor etwa 50 Jahren und für Tumordefekte vor etwa 20 Jahren. Gegenwärtig ist der Alveolarfortsatzdefekt nach Zahnextraktion Gegenstand dieser Grundsatzdiskussion.

Derzeit dominiert diese Diskussion beim prothetisch motivierten Ansatz der Versorgung der Alveolar-kammatrophy des zahnlosen Ober- und Unterkiefers durch festsitzende Einstückprothesen auf 4 Implantaten im Ober- und Unterkiefer. Im DVT wird nach verbliebenen Knochenarealen gesucht, in die dann eine reduzierte Zahl von Zahnimplantaten teils in schräggestellter Form eingebracht werden. Analog dazu werden im teilbezahnten Kiefer Knochenaug-

mentationen häufig durch Kurzimplantate vermieden, sodass die Zahnkronen länger ausfallen, mithin also der Gewebedefekt prothetisch ersetzt wird. Das Ausloten der Grenzen dieser Verfahren zeigt teilweise eine gute klinische Bewährung für reduzierte Implantanzahlen, schräggestellte Implantate, kurze und durchmesserreduzierte Zahnimplantate in bislang mittleren Zeiträumen von bis zu 5 Jahren.

Auf der chirurgischen Seite wurden Fortschritte bei der Vorhersagbarkeit von Augmentationen und bei der Reduktion der Morbidität sowie des Aufwands und der Kosten von Knochenaugmentationen gemacht. Insbesondere Interpositionsosteoplastiken zur vertikalen Augmentation im zahnlosen und teilbezahnten Kiefer können heute mit Knochenersatzmaterial durchgeführt werden, die früher die aufwändige und teure Beckenkammtransplantation benötigten. Die Abkehr von der Beckenkammauflagerung hat auch das Problem der teils unvorhersagbaren Langzeitresorption vermindert. Die Beckenkammernahme selber wird heute wesentlich weniger invasiv durchgeführt als in der Vergangenheit. Es ist heute klar nachgewiesen, dass das Implantatüberleben im augmentierten Knochen mindestens gleich gut, wenn nicht sogar besser als im ortsständigen Knochen ist. Man kann davon ausgehen, dass bei gesunden Patienten im Prinzip jede normale Art des Kieferdefekts behandelbar ist und die Kiefer mit vertretbarem Aufwand wieder in den Zustand zum Zeitpunkt des Zahndurchbruches zurückversetzt werden können. Die Patienten profitieren von der Augmentation, indem abnehmbare Arbeiten vermieden werden können und eine bessere Kaufunktion, natürliche Ästhetik und bessere Hygienefähigkeit ermöglicht wird.



Die Diskussion wird auch dadurch befördert, dass das prothetische Konzept der Augmentationsvermeidung vom Einsetzen der Zahnimplantate her gesehen vermeintlich einfacher erscheint als die Augmentation, die häufig eher eine Überweisung zum Facharzt bzw. Fachzahnarzt auslöst. Durch vereinfachte Konzepte erhofft die Implantatindustrie vermutlich eine erhöhte Abnehmerschaft für Zahnimplantate und ansteigende Verkaufszahlen bei Allgemeinpraktikern und fördert diese Konzepte. Dies tritt in der Praxis aber nicht so ein, die Implantatzahlen stagnieren seit Jahren und Misserfolge einer Implantattherapie machen schneller die Runde als Erfolge. Hier sollte man sich nicht täuschen lassen, Implantate benötigen zirkulär Knochen. Gerade die

als minimalinvasiv bezeichneten Vorgehensweisen erfordern wegen der mangelnden Übersicht häufig besonders viel Erfahrung vom Behandler. Eine gute Koordination der Berufsgruppen ermöglicht die SAC-Klassifikation des ITI unter dem Aspekt des Schwierigkeitsgrades.

Es ist die Aufgabe der kommenden Jahre, klare Indikationslinien für das chirurgisch operative versus das prothetische Vorgehen beim Alveolarkammdefekt zu definieren. Dies wird stattfinden und ich bin gespannt auf das Ergebnis. Das vorliegende Heft beteiligt sich durch seine Artikel an der Diskussion. Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihr

Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel