



## Vorausdenkend planen



Die Zahnextraktion ist eine uralte Intervention der Zahnmedizin – Primärbegegnung aller Studierenden mit der Chirurgie, leider immer noch häufig nachgefragt in der alltäglichen zahnärztlichen Praxis.

Ein klassischer Regelsatz nach der Extraktion, wie wir ihn alle noch im Studium gelernt haben, ist: Die Kompression der Alveole reduziert das Nachblutungsrisiko und beschleunigt die Wundheilung. Heute dagegen gilt eine andere Konzeption immer dann, wenn die Zahnextraktion durch ein Implantat kompensiert werden soll. Man versucht, den alveolären Leerraum als künftiges Implantatbett zu erhalten, jede deformierende Kompression mit der Infraktur dünner Alveolenwände zu vermeiden. Die morphologische Konfiguration des Kieferkamms soll erhalten bleiben. Natürlich nicht nur die der Hartgewebe, sondern auch die der Weichgewebe. Das alveoläre Knochenlager ist für eine direkte oder zeitversetzte Frühimplantation zu nutzen, bei der das Implantat nicht nur osseointegriert, sondern auch den Alveolenraum abstützt und damit „konserviert“. Manch einer wird sagen: „Alter Wein in neuen Schläuchen“; hat nicht Schulte 1978 eben dieses Konzept schon beschrieben?

Gilt das nun immer oder sind Ausnahmen gültig? Kammhöhe und Kammbreite unterliegen post extractionem resorptiven Umbauvorgängen, deren Ausmaß die Versorgung der Extraktionsalveole beeinflusst. Diese „remodellierenden“ Abläufe verdeutlichen sich dann schmerzlich für den Implantologen, wenn es um Versorgungen, insbesondere im Frontzahnbereich des Oberkiefers, der so genannten ästhetischen Zone, geht. Hier versucht man über ei-

ne „Alveolenfüllung“ durch Sofortimplantationen oder mittels biologisch integrierbarer und abbaubarer Materialien zum Weichgewebe- und Knochenerersatz das Volumen zu erhalten. Ein Verschluss der Alveole mit Hilfe eines autologen Gingiva- oder Bindegewebetransplantats oder der Einsatz von xenogenen und allogenen Materialien ohne Aufhebung der Integrität der bestehenden Weichgewebe, also ohne Inzisionen mit dem Ziel der chirurgischen Wunddeckung, wird heute vielerorts diskutiert und auch praktiziert. Auch die Frage, inwieweit die Oberflächentopographie und die Morphologie des Implantats uns hier helfen können, den kleinstmöglichen Gewebeverlust zu erleiden, wird insbesondere bei diesen Indikationen ebenso wie die Verwendung von Provisorien zur Modellierung einer idealen Weichgewebemorphologie in Zukunft eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

Dies alles beinhaltet natürlich auch ein Umdenken bei der Gesamtbehandlungsplanung. Eine solche Planung setzt die Information und Motivation des Patienten voraus. Der Patient muss wissen, dass ohne derartige, den Heilungsverlauf unterstützende ärztliche Maßnahmen zwar auch eine Ausheilung der Extraktionsalveole erfolgt, aber dann immer regional eine determinierte Veränderung der Hart- und Weichgewebe auftritt. Ihm muss bewusst sein, dass in der Folge Augmentationen der Hart- und Weichgewebe zur Schaffung eines ästhetischen Gesamtbehandlungsergebnisses unabdingbar sein werden.

Die gezielte Versorgung der Extraktionsalveole kann mit minimalen, wenn auch technisch schwierigen



Methoden komplexe augmentative Methoden vermeiden helfen. Dies gelingt nur dann, wenn der Behandler im Sinne des so genannten „backward planning“, also der voraussehenden ergebnisorientierten Fallplanung schon vor der Extraktion ein schlüssiges Gesamtbehandlungskonzept mit dem Patienten erarbeitet hat.

Zur Versorgung der Extraktionsalveole bieten sich unterschiedliche primäre Versorgungsansätze an, die auch von der individuellen Sicht des Behandlers geprägt sind. Immer aber ist es sinnvoll, dem Patienten rechtzeitig die Ausheilungsperspektiven zu erläutern. Juristisch ist eine Patientenbilligung eines Behandlungsvorschlags ad hoc nie verbindlich. Selbst, wenn das klinische Bild eine unmittelbare Zahntfernung nahe legt, so sollte auch beim Notfall „Zahnschmerz“ nicht stets sofort extrahiert werden. Im Hinblick auf die Gesamtplanung kann die temporäre Schmerzlinderung durch Trepanation, Schmerzmedikation und Antibiose das juristisch immer wieder eingeklagte Zeitfenster zwischen Extraktion und implantologischer Rehabilitation in vielen Fällen schaffen.

Ästhetisch wie funktionell ideale Lösungen bei Zahnverlust bietet heute die Implantologie dann, wenn eine optimale Planung erfolgt ist. Auch bei der Extraktion selbst kann durch modifizierte, dem Ziel

angepasste Extraktionstechniken ein Erhalt der wesentlichen Hart- und Weichgewebestrukturen erreicht werden. Die These heißt, „gewebeerhaltend“ zu implantieren.

Auch wenn bisher harte Daten im Sinne der evidenzbasierten Behandlungsstrategie noch fehlen, so zeigt doch das vorliegende Heft, dass ein Umdenken bezüglich der Strategie der Extraktion mit konsekutiver Implantation schon erfolgt ist. So kann bei rechtzeitiger Planung der Extraktion gerade im ästhetischen Bereich die Prämisse „weniger ist manchmal mehr“ gelten; die beste Maßnahme ist die, auf die man durch zielorientiertes Planen verzichten kann.

Ich bin mir sicher, dass das Thema noch lange nicht ausdiskutiert ist und wir heute noch nicht in der Lage sind, Therapieregime für alle Indikationen festzuzurren. Ich denke, wichtig ist, dass wir uns weiterbewegen und bestehende Therapiekonzepte überdenken, gegebenenfalls überarbeiten – und wenn nötig durch neue Konzepte ergänzen.

Die Artikel des vorliegenden Heftes geben uns erste Anstöße, wie und wo wir unser Therapieregime individuell modifizieren und optimieren sollten.

Priv.-Doz. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel, Erlangen