



„Wurzelst“ Du noch – oder implantierst Du schon?

Jan Lindhe (Göteborg), der wohl renommierteste Parodontologe weltweit, wird mit dem Ausspruch zitiert „implants should replace missing teeth – not teeth“ („Implante sollten fehlende Zähne ersetzen – nicht Zähne“). Diese prägnante Formulierung ist Labsal für den konservierend eingestellten Zahnarzt in einer Zeit, in der immerhin schon Einzelautoren und auch Autorengruppen (wann folgen Fachgesellschaften?) den frühzeitigen Ersatz geschädigter Zähne durch Implantate („early replacement of compromised teeth“) fordern^{1,2}. Ist das traditionelle, durchweg auch an unseren zahnärztlichen Aus- und Fortbildungsstätten (vermutlich noch) gelehrt Konzept der möglichst weitgehenden Erhaltung der natürlichen Dentition nicht mehr gültig, zumal wurzelkanalbehandelte und damit strukturell geschädigte Zähne („compromised teeth“) in der Folge neu entwickelter adhäsiver Techniken heute besser denn je versorgt werden können? Gerade aus Mangel an Alternativen zu oftmals ungünstigerem prothetischen Ersatz wurden quasi „exzessive“ zahnerhaltende Verfahren wie die Extrusion von Zahnwurzeln oder Hemisektionen/Wurzelamputationen entwickelt und propagiert. Jetzt erfährt der Zahnerhalter aus der Fachliteratur, „dass im Lichte zunehmender Belege für die Langlebigkeit von Implantaten zu hinterfragen ist, ob endodontisch behandelte Zähne geeignete, evidenzbasierte Optionen zur Aufnahme koronaler Restaurationen sind“³.

Kernsätze, wie der Lindhe zugeschriebene (s. o.), haben etwas Unumstößliches und mögen helfen, einer ungezügelten, wie auch immer motivierten zahnärztlichen Hinwendung zum Ersatz natürlicher Zäh-

ne durch Implantate entgegenzuwirken. Aber sind nicht gerade in den letzten Jahrzehnten einige zahnmedizinische Dogmen einem so genannten Paradigmenwechsel zum Opfer gefallen? Ist das Lindhe-Bonmot also nur ein vorübergehendes Abpuffern einer unvermeidlichen Entwicklung? Bei manchen Zahnerhaltern macht sich Nervosität breit, und Endodontisten scheinen unversehens in eine Verteidigungsposition zu geraten⁴⁻⁶.

Die American Association of Endodontists (AAE), also eine Berufsorganisation, wiegelt noch Mitte 2003 in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder⁷ „Angriffe“ aus dem Implantologenlager auf den wurzelkanalbehandelten Zahn als kommerzielles Interesse von Implantatherstellern bzw. wenigen Zahnärzten ab. Dagegen enthält das Programm der AAE-Jahrestagung 2005 schon sechs Hauptvorträge, von denen sich drei der Fallselektion und Entscheidungsfindung unter besonderer Berücksichtigung von Implantaten, die anderen drei gar der Technik der Implantation widmen. Höhepunkt dieser Entwicklung ist die „Anpassung“ der Definition endodontischer Therapieresultate an die Standards anderer Disziplinen („insbesondere der Implantologie“)⁸. Die eher strikte, wissenschaftlich ausgerichtete Beurteilung endodontischer Behandlungsergebnisse, von der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE) nach wie vor vertreten⁹, wurde so von der AAE quasi zum Ausgleich von „Wettbewerbsnachteilen“ an die in der Implantologie oft als Bezugsgröße verwendete „survival rate“ angenähert – ein gut greifbares Beispiel für Anpassung zahnmedizinischer Wissenschaft an die Bedingungen des „marketplace“.

Befürworter eines „Zahnersatzes“ durch ein Implantat argumentieren hauptsächlich mit der vergleichsweise (angeblich) schlechteren Prognose einer prothetischen Versorgung, wenn diese von einem wurzelkanalbehandelten Zahn (mit-)abgestützt wird. Sie werben für ihre Sichtweise mit u. U. geringerem Zeitaufwand bei der Implantatversorgung und – gestützt auf die behauptete bessere Prognose der Implantate – mit insgesamt geringeren Kosten¹⁻³. Einer wissenschaftlichen Betrachtung halten diese Konzepte meines Erachtens nicht stand. Der Vergleich von „survival rates“ von Implantaten mit Erfolgsquoten von Wurzelkanalbehandlungen ist höchst zweifelhaft; bekannte technische Komplikationen bei implantatgetragenen Rekonstruktionen bleiben beispielsweise unberücksichtigt.

Einfache Konzepte werden der Komplexität des Einzelfalls nicht gerecht: Selbst mit prognostischen Studien höherer Evidenz als die heute verfügbaren wird sich niemals eine nur auf Daten gestützte Entscheidungsfindung realisieren lassen. Zahn-, patienten- und behandlungsabhängige Faktoren und zahlreiche andere Parameter sind ebenfalls von nicht unerheblichem Einfluss¹⁰.

Seriöse Zahnerhalter werden die Existenz einer neuen und ernstzunehmenden Behandlungsalternative nicht ableugnen. Im Gegenteil, Implantaten kann man sogar eine zahnerhaltende Funktion zusprechen, wenn man durch ihren Einsatz beispielsweise auf das Beschleifen intakter, eine Schalllücke begrenzender Zähne verzichten kann. Aber das ist Zahnersatz im alten, tradierten prothetischen Sinn,

also „Zahnersatz“ *mittels* Implantaten. „Zahnersatz“ *durch* Implantate steht dagegen für eine neue Sinngebung des alt vertrauten Begriffs, der selbst mit der Ansicht von Fachautoritäten kollidiert, die Implantate – zu Recht – als „Segen für die Rekonstruktion mutilierter Gebisse“ herausstellen¹¹.

■ Literatur

1. Matosian GS. Treatment planning for the future: endodontics, post and core, and periodontal surgery – or an implant? J Calif Dent Assoc 2003;31:323-325.
2. Ruskin JD, Morton D, Krayazgan B, Amir J. Failed root canals: the case for extraction and immediate implant placement. J Oral Maxillofac Surg 2005;63:829-831.
3. Heffernan M, Martin W, Morton D. Prognosis of endodontically treated teeth? Quintessence Int 2003;34:558-560.
4. Hutter JW. Implant failures. J Am Dent Assoc 2001;132:854,856.
5. Glickman GN. Editorial comment to: Heffernan M, Martin W, Morton D. Prognosis of endodontically treated teeth? Quintessence Int 2003;34:558-560.
6. Trope M. Implant or root canal therapy: an endodontist's view. J Esthet Restor Dent 2005;17:139-140.
7. American Association of Endodontists: The AAE monitors emergency trends from the field of implantology. AAE-Communiqué May/June 2003.
8. American Association of Endodontists: AAE and Foundation approve definition of endodontic outcomes. AAE-Communiqué Aug./Sept. 2005.
9. Europäische Gesellschaft für Endodontologie (ESE): Qualitätsrichtlinien endodontischer Behandlung. Endodontie 2004;13:271-284.
10. Weiger R. Erfolgsaussichten einer Wurzelkanalbehandlung. Quintessenz 2005;56:1055-1064.
11. Lang NP: Wie wertvoll sind unsere Zähne? Parodontologie 2006;17:3-4.

Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen