

Realistische Implantologie heute

Liebe Leserin, lieber Leser,
die dentale Implantologie hat ihren Stellenwert für die Rehabilitation des teilbezahnten oder unbezahnten Patienten über die letzten Jahre weiter entschlossen ausbauen können. Nur noch wenige Kontraindikationen für die Anwendung dieser medizinischen Behandlung sind verblieben, wie z. B. mangelnde Kooperation des Patienten, Immundefekte und schwere Allgemeinerkrankungen, die selbst eine kleine operative Intervention verbieten.

Trotz des weitverbreiteten Einsatzes ist die dentale Implantologie keineswegs eine Form der Wellness-Therapie, und sie darf auch nicht aus marktstrategischen Gründen durch Formulierungen wie „minimalinvasiv“, „biologisch orientiert“ oder „Bestandteil eines Anti-Aging-Programms“ verharmlost werden. Als Behandler sind wir verpflichtet, nicht nur Alternativen in allen Richtungen, sondern auch Inhalte mit klaren Konsequenzen und möglichen Gefahren zu benennen. Nur so werden wir unserer Sorgfaltspflicht gegenüber dem Patienten gerecht und können gemeinsam mit ihm den Weg durch diese etablierte, aber doch invasive Therapieform erfolgreich beginnen und abschließen. Kommt es dann doch einmal zu unerwarteten Abweichungen, ist schließlich der informierte und dadurch meist kooperative Patient der beste Partner. Und natürlich haben wir als Behandler alle den Anspruch, dem hohen Gut der Patientengesundheit möglichst vorteilhaft zu dienen.

Ziel dieser Schwerpunktausgabe ist es, eine Übersicht über bewährte und auch neue Behandlungsmethoden und -elemente in und um die dentale Implantologie zu bieten. Der Praktiker soll hier Anregungen finden, Anstöße zu Vertiefungen erhalten, aber auch Neuerungen kritisch diskutiert sehen.

Große Erfolge konnten für die Implantatbehandlung durch Verbesserung von Implantatdesign, -material und -oberflächen, Komponentenoptimierung, Instrumentenweiterentwicklung sowie Methoden zur Transplantatlagerbewertung und -modifikation erzielt werden. Andererseits gibt es typische Beispiele für übereilt in die Praxis übertragene technische Innovationen, die sich wissenschaftlich im Bereich der Implantologie bislang als nicht hilfreich erwiesen haben. Hierzu zählt etwa der Einsatz von PRP (platelet-rich plasma) oder die Anwendung der Navigation in der dentalen Implantologie. Insbesondere bei der letztgenannten Technologie wurden Entwicklungsschritte in die Praxis getätigt, bevor hier der klinische Nachweis des Vorteils hinreichend erbracht war.

So wird hoffentlich in Zukunft die Anwendung computerassistierter Planung zu einer weitverbreiteten Technik in der Patientenbehandlung werden und die daraus gewonnene Information für die Erstellung von individuellen Bohrschablonen genutzt, welche anschließend nicht nur – wie früher – die

Implantatposition krestal, sondern auch die Vektoren für die Implantatachsen genau vorgeben. Navigation kann dann denjenigen Ausnahmeindikationen vorbehalten bleiben, in denen aufgrund des bedeckenden Weichgewebes keine Rückschlüsse auf die knöcherne Unterlage gezogen werden können. Hierbei handelt es sich zumeist um das plan-parallele Setzen von z. B. zwei Zygoma-Implantaten oder um die Implantatinsertion bei Patienten mit beispielsweise mikrochirurgischen Rekonstruktionen im resezierten Oberkiefer- und Mittelgesichtsbereich – wie gesagt absolute Ausnahmefälle.

Demgegenüber wird das Ausschöpfen dreidimensionaler Röntgenuntersuchungen (DVT, CT) in der Planungsphase zunehmend bedeutsamer, da bisher die transversale Dimension des Knochens für die Vektorbetrachtung der Implantatachsen noch nicht hinreichend Einzug in die Therapieplanung gefunden hat. Ebenso wird uns Behandlern die Entscheidung innerhalb der Differenzialtherapien durch den geschulten Umgang mit dreidimensionaler Information vereinfacht, und diesen Informationszugewinn können wir wiederum in eine transparentere Behandlungsführung gegenüber dem Patienten einfließen lassen.

Damit sind wichtige Verfahren genannt worden, die tatsächlich zu einer Qualitätsverbesserung innerhalb der Implantatbehandlung führen können und einen bedeutsamen Schritt darstellen, um in diesen medizinischen Behandlungsbereich Evidenz Einzug halten zu lassen. Außerdem kann dadurch die Schnittstelle zwischen Implantation (mit oder ohne Augmentation) und Suprastrukturerstellung auf eine verbesserte Diskussionsbasis gestellt werden.

Im Namen aller Autoren, von denen jeder einen wertvollen Beitrag zum Gelingen dieser Ausgabe geleistet hat, wünsche ich Ihnen durch die Lektüre das Stück Erkenntnisgewinn, das Sie sich erhofft haben.

Ihr



Prof. Dr. Dr. Nils-Claudius Gellrich