

ADHÄSIVBRÜCKE VERSUS IMPLANTAT

Einflügelige Adhäsivbrücken als Schneidezahnersatz zeigen hervorragende Langzeitergebnisse. Prof. Dr. Matthias Kern entscheidet sich mit seinen Patienten häufig für diese Therapie. Für PD Dr. Paul Weigl ist die implantatverankerte Einzelkrone die Therapie der Wahl für ein ästhetisches Gesamtergebnis.



Foto: privat

PRO Adhäsivbrücke: Implantate sind ein Segen für die Patienten, die sie wirklich benötigen, bergen aber vor allem in der ästhetischen Zone besondere Risiken, die Adhäsivbrücken nicht aufweisen. Insbesondere die Risiken hinsichtlich des Auftretens von Periimplantitis (ca. 20 % innerhalb von 10 Jahren!) und von Knochenresorptionen auch um Implantate ohne Periimplantitis (ca. 1 mm innerhalb von 10 Jahren) werden leider oft vernachlässigt. Obwohl Adhäsivbrücken diese Risiken nicht aufweisen, werden sie häufig ungerechtfertigt als provisorische Versorgung abgetan.

Dabei zeigen die hervorragenden aktuellen klinischen Langzeitergebnisse mit einflügeligen Adhäsivbrücken zum Schneidezahnersatz über bis zu 20 Jahre, dass Adhäsivbrücken den Implantatkrönen sowohl hinsichtlich auftretender Komplikationen als auch hinsichtlich der Überlebensraten überlegen sind (95–98 % versus 90 % nach 10 Jahren). Die Lebensqualität der Patienten und deren Zufriedenheit hingegen sind bei beiden Versorgungsarten vergleichbar.

Das immer wieder und nahezu gebetsmühlenartig vorgetragene Argument, Implantate erhielten auch in Einzelzahnlücken den Knochen besser als Adhäsivbrücken, ist inzwischen längst widerlegt. Aktu-

→ **UNIV.-PROF. DR. MATTHIAS KERN**
Klinik für Zahnärztliche Prothetik,
Propädeutik und Werkstoffkunde
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
mkern@proth.uni-kiel.de

elle wissenschaftliche Brückenstudien bestätigen die jahrzehntelangen Erfahrungen des Autors mit Adhäsivbrücken: Bei korrekter breitflächiger eiförmiger Gestaltung der Ponticauflage findet langfristig kein klinisch relevanter Gewebsverlust an den Pontics statt: Eine oft behauptete „Inaktivitätsatrophie“ gibt es dort nicht.

Frühzeitige Implantatversorgungen bei Jugendlichen führen später häufig zu einem Hochstand des Implantats, vergleichbar mit dem Hochstand ankylosierter Zähne. Aber auch im Alter von über 20 Jahren tritt vielfach noch ein klinisch relevantes vertikales Kieferwachstum auf, sodass auch ein erst dann inseriertes Implantat im mittleren Lebensalter von 30–40 Jahren gravierende ästhetische Probleme verursachen kann. Derartige Probleme sind von Adhäsivbrücken unbekannt. Bei ihnen wächst der zahnlose Bereich zwischen den gesunden Zähnen sozusagen mit, denn es tritt dort auch nach Jahrzehnten kein Spalt auf.

Die minimalinvasive Versorgung mit Adhäsivbrücken ist techniksensitiv und fehleranfällig, sicherlich vergleichbar mit möglichen Fehlern beim Setzen und Versorgen eines Implantats. Während aber kaum ein Zahnarzt ohne vorherige adäquate Aus- bzw. Fortbildung eine Implantattherapie durchführen würde, scheinen Zahnärzte dies bei Adhäsivbrücken leider häufiger zu tun – und erleben dann nicht selten ein Versagen ihrer Adhäsivbrücken. Dies schreiben sie dann oft dem Therapiekonzept und nicht ihrem eigenen fehlerhaften Vorgehen zu.

Unabhängig davon, welche Therapie ein Behandler selbst fachlich beherrscht, müssen die Patienten nach dem Patientenrechtegesetz von 2013 umfassend über alles aufgeklärt werden, was für ihren Therapieentscheid bei einzelnen fehlenden Zähnen wichtig ist, insbesondere auch über Behandlungsrisiken und -folgen sowie Behandlungsalternativen. Die Patientenaufklärung muss also Adhäsivbrücken und Implantate gleichermaßen berücksichtigen. Die gemeinsame, geteilte Entscheidungsfindung von Patient und Behandler („Shared Decision Making“) fällt bei Einzelzahnlücken in der Praxis des Autors immer häufiger zugunsten der Adhäsivbrücken aus – trotz der geringeren finanziellen Anreize, die die GOZ dafür leider bietet.

→ Zum Thema:

Die Frage nach dem Ersatz eines Frontzahns wird in der zahnärztlichen Fachwelt kontrovers diskutiert. Dabei stehen besonders im Fall von schmalen, zahnbegrenzten Lücken, wie beispielsweise im seitlichen Schneidezahnbereich des Oberkiefers oder im Schneidezahnbereich im Unterkiefer im Wesentlichen zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Die Adhäsivbrücke und das Implantat. Die internationale Literatur weist für beide Therapien eine ähnlich hohe

klinische Erfolgs- und Überlebensrate aus. Minimalinvasivität und Biokompatibilität sind neben fehlendem Risiko für Pulpairritation und Anwendbarkeit bei Jugendlichen vor Abschluss des Kieferwachstums die Vorteile von einflügeligen vollkeramischen Adhäsivbrücken als alternative Versorgungsmöglichkeit zu Implantaten. Die Behandlung ist für den Patienten kostengünstiger, mit weniger Zeitaufwand verbunden und von der Kassenzahnärzt-

lichen Bundesvereinigung als Regelleistung anerkannt. Mit der Weiterentwicklung in der Implantologie kann durch z.B. navigierte Implantatinserterion die Gesamtbelastung des Patienten reduziert werden. Von diesem Standpunkt aus lässt sich keine klare Handlungsempfehlung für oder gegen eine der beiden Therapieoptionen ableiten. Der Patient sollte zu beiden Möglichkeiten ausführlich aufgeklärt werden, um eine Entscheidung zu treffen.



Foto: Timo Pixa

→ PD DR. PAUL WEIGL

Kommissarischer Leiter der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, ZZMK, Universitätsklinikum Frankfurt am Main
weigl@em.uni-frankfurt.de

PRO Implantat: Die orale Implantologie hat sich in den letzten Dekaden vor allem für das voraussagbare Erzielen und langfristige Erhalten eines ästhetischen Therapieergebnisses stetig weiterentwickelt. Mittlerweile kann durch klinische Langzeitdaten belegt werden, dass implantatprothetische Versorgungen ästhetisch hochanspruchsvolle Situationen naturgetreu rekonstruieren. Besonders im Oberkieferfrontzahnbereich kommt der Ästhetik eine überragende Bedeutung zu. Das Schaffen einer Harmonie aus Implantat, knöcherner Verankerung, Weichgewebe und prothetischer Versorgung ist bekanntlich der Schlüssel für ein ästhetisch erfolgreiches und langfristig stabiles Ergebnis.

Mithilfe von Implantaten ist es möglich, die Alveolarfortsatzkontur aufgrund der eingeleiteten Kaukräfte funktionell zu erhalten und infolge auch die Weichgewebkontur. Bei beiden Therapieoptionen – implantatverankerte Einzelzahnkrone oder Adhäsivbrücke – lässt sich eine naturgetreue Papille für ein ästhetisch ansprechendes Erscheinungsbild erzielen, so-

fern das Volumen zwischen Knochen und Approximalkontakt adäquat ist. Allerdings ist eine Adhäsivbrücke stets mit einem Verbinder gefertigt, der im Gegensatz zur implantatverankerten Einzelkrone keine naturgetreue Ästhetik im Approximalbereich zulässt. Mit anderen Worten ist bei höchsten Ansprüchen an das ästhetische Gesamtergebnis die implantatverankerte Einzelkrone die Therapie der Wahl.

Ein häufig aufgeführtes Argument gegen Implantate in schmalen Frontzahnlücken sind die dort herrschenden Platzverhältnisse. Dank mittlerweile verfügbarer Implantatdurchmesser mit 3 mm oder weniger können allerdings fast sämtliche Patientenfälle bei fehlenden seitlichen Schneidezähnen gelöst werden.

Wird die Invasivität beider Therapiekonzepte als Vergleichsparameter herangezogen, scheint in der ersten Einschätzung die chirurgische Implantatinserterion als nicht minimalinvasiv, die Adhäsivbrücke trotz Verlusts von Schmelz infolge der Präparation als minimalinvasiv. Jedoch bietet besonders die Sofortimplantation und -versorgung im Oberkieferfrontzahnbereich eine Möglichkeit, die Invasivität wie auch den zeitlichen Aufwand und damit die Gesamtbelastung des Patienten durch eine Implantatversorgung auf ein Minimum zu reduzieren. Bei der Anwendung einer navigierten Implantatinserterion kann sogar gegebenenfalls auf eine Lappenbildung verzichtet werden. Letztere heilt meistens schmerzarm oder -frei ab.

Somit stellen Implantate in Verbindung mit einem minimalinvasiven Behandlungsprotokoll das heutige Mittel der Wahl dar, um besonders auch in ästhetisch anspruchsvollen Bereichen verlorene oder nicht erhaltungswürdige Zähne langfristig erfolgreich und ästhetisch ansprechend zu ersetzen.