

ZAHN ODER IMPLANTAT?

Gute Gründe gibt es für beides: den Erhalt parodontal-behandelter Zähne und die Implantatbehandlung. Prof. Dr. James Deschner weist zum Beispiel darauf hin, dass das Implantat viele Probleme des extrahierten Zahns erbt. Aus Sicht von Prof. Dr. Stefan Fickl spielt auch die Expertise des Behandlers eine wichtige Rolle dabei, welche Entscheidung im Einzelfall die langfristig bessere ist.



→ **PROF. DR. JAMES DESCHNER**

Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
james.deschner@uni-mainz.de

Die Entscheidung für Zahnerhalt oder Implantation ist oft schwierig und komplex. Die jährliche Zahnverlustrate/Patient für parodontal-behandelte Zähne liegt bei nur 0,1. Das heißt, es müssen circa 10 Jahre vergehen, damit „ein einziger“ parodontal-behandelter Zahn verloren geht. Bei bestimmten Risikofaktoren – wie hohes Alter, fehlende Adhärenz, hohe Sondierungstiefen, fortgeschrittener Knochenverlust, Diabetes mellitus, Rauchen und endodontische Behandlung – ist diese sehr geringe jährliche Zahnverlustrate/Patient natürlich etwas höher.

Auch bei parodontal-behandelten Molaren ist die Überlebensrate etwas schlechter als bei anderen Zahngruppen. Nichtsdestotrotz gibt es wissenschaftliche Evidenz, dass mehr als die Hälfte parodontal-behandelter Molaren mit Furkationsgrad III 20 Jahre überleben können. Selbst wurzelresezierte und hemisezierte Molaren weisen eine lange Überlebenszeit auf. Allerdings liegt auch die Implantatüberlebensrate bei 95 % und höher bei Beobachtungszeiten von bis zu 30 Jahren.

Die Implantaterfolgsrate ist dagegen deutlich niedriger. Auch bei Implantaten wird die Überlebensrate durch patientenabhängige und prothetische Risikofaktoren beeinflusst. Allerdings gesellen sich hier noch Risiken hinzu, die sich aus dem

chirurgischen Eingriff und der Implantation selbst ergeben. Insofern stellen die schnelle Zahnextraktion und rasche Implantation nicht notwendigerweise den risikoärmeren und prognostisch günstigeren Weg dar.

Das Implantat erbt viele Probleme des extrahierten Zahns. Periimplantitis kommt bei Parodontitispatienten häufiger vor, selbst wenn die Parodontitis erfolgreich behandelt wurde. Die Prävalenz der Periimplantitis liegt bei circa 10 % auf Implantatebene und bei circa 20 % auf Patientenebene. Die Prävalenz der Mukositis ist mindestens doppelt so hoch. Die periimplantäre Läsion schreitet schneller und exponentiell voran, ist nicht so abgekapselt wie bei der Parodontitis, liegt näher am Knochen und ähnelt eher einer „akuten“ Entzündung. Zusätzlich sind Diagnostik und Therapie der Periimplantitis deutlich erschwert und weniger erfolgreich. Die parodontale Befundung ist einfach, schnell und preiswert.

Im Gegensatz dazu ist die klinische Befundung an Implantaten mit Periimplantitis aufgrund zum Teil ausladender Suprakonstruktionen oft sehr schwierig. Zusätzlich können Platform-Switching sowie Implantatwindungen und -rauigkeit die Diagnostik erschweren. Die Mehrheit der Parodontitiden kann heutzutage sehr leicht und vorhersagbar durch eine nicht-chirurgische Behandlung und in seltenen Fällen in Kombination mit einer systemischen Antibiotika-Therapie kontrolliert werden. Lediglich in besonderen Fällen sind noch regenerative beziehungsweise resektive chirurgische Verfahren indiziert.

Im Gegensatz dazu ist die Antwort auf eine Periimplantitistherapie deutlich schlechter. Nichtchirurgische Verfahren eignen sich nur für die Behandlung einer Mukositis und vielleicht noch für die Therapie von leichten bis moderaten Periimplantitiden. Bei fortgeschrittener Periimplantitis sind dagegen regenerative Verfahren angezeigt. Trotz umfangreicher, zeit- und kostenintensiver Maßnahmen ist die Therapieantwort oft ernüchternd. Häufig kommt es zu einem Rezidiv und sogar zum Verlust des behandelten Implantats.

Wenn immer sinnvoll und möglich ist daher dem Zahnerhalt der Vorrang zu geben: Der Zahn ist das Original und das Implantat nur seine Kopie!

→ Zum Thema:

Zähne können heute besser und langfristiger erhalten werden als früher – zu verdanken ist dies der Weiterentwicklung verschiedenster Behandlungsmethoden. Je nach Erkrankung des Zahns aber – etwa durch eine tiefe Zerstörung durch Karies – ist ein Erhalt nicht möglich. Als Ersatz für den Zahn und seine Wurzel hat sich in den letzten Jahrzehnten das Implantat zu einem wichtigen Therapeutikum entwickelt. Und dies ganz ohne gesunde Zahnsu-

stanz der Nachbarzähne zu opfern. Für Patientinnen und Patienten bedeuten Implantate einen Zugewinn an Lebensqualität. Und aus medizinischer Sicht sind Implantate sehr sinnvoll, weil sie einem Knochenschwund vorbeugen können. Immer mehr Patientinnen und Patienten profitieren von dieser modernen Behandlungsmethode der Implantologie. Allein in Deutschland werden jedes Jahr rund 1,3 Millionen Implantate gesetzt; vor 20 Jah-

ren waren es nur 380.000. Manchmal ist die Entscheidung alles andere als einfach, ob ein Zahn erhalten oder durch ein Implantat ersetzt werden sollte. Dass aber heute überhaupt eine Diskussion darüber geführt werden kann, welche Behandlung in welchen Situationen einen Hauch besser sein könnte als die andere, ist der akribischen Arbeit der wissenschaftlich tätigen Zahnmediziner in den letzten Jahrzehnten zu verdanken.



→ PROF. DR. STEFAN FICKL

Abteilung für Parodontologie,
Universitätsklinikum Würzburg, Julius-
Maximilians-Universität Würzburg und
Private Praxis Fürth
info@fickl-krug.de

Zahn oder Implantat – was ist die bessere Lösung? Prinzipiell sollte festgestellt werden, dass wir Zahnmediziner aus wissenschaftlicher Sicht in einer sehr komfortablen Lage sind. Beide Therapiekonzepte – Zahnerhalt und Implantatversorgung – zeigen hohe langfristige Erfolgsraten. So wissen wir aus vielen wissenschaftlichen Langzeituntersuchungen, dass insbesondere bei Einhaltung einer strengen parodontalen Nachsorge (UPT) Implantate und Zähne über 10 Jahre auch bei parodontal kompromittierten Patienten sehr geringe Verlustraten aufweisen.

Nun könnte man natürlich sagen, wenn beide Verfahren vergleichbare Prognosen über 10 Jahre aufweisen, dann sollte man das weniger invasive Verfahren anwenden. Das bedeutet, Zahnerhalt sollte immer die erste Option darstellen. Darüber hinaus birgt der Zahnerhalt den Vorteil, dass eine Implantatversorgung immer noch möglich ist – z.B. bei einem Misserfolg beim Erhalt eines Zahns. Allerdings gibt es – mehr aus klinisch-praktischer Sicht – einige Situationen, in denen doch lieber der Ersatz durch ein Implantat anzustreben ist.

Hier ist in erster Linie die prothetische Versorgung von parodontal kompromittierten Zähnen zu nennen. Viele Untersuchungen zeigen, dass die Prognose von

parodontal sanierten Zähnen, die als prothetische Ankerzähne dienen, signifikant schlechter ist, als wenn diese Zähne nicht prothetisch versorgt sind oder Pfeilerzähne einer prothetischen Versorgung darstellen. Dies scheint ausgeprägter zu sein, wenn diese Zähne Pfeilerzähne für herausnehmbare prothetische Restaurationen darstellen. Ein stark kompromittierter Zahn (z.B. mit schwerer Furkationsbeteiligung) wird auch durch eine umfassende parodontale Therapie kein sicherer Anker für eine prothetische Restauration werden. Hier ist das Implantat in meinen Augen besser und langfristig sicherer.

Ein zweiter Aspekt liegt in den furkationsbeteiligten Zähnen. Auch hier zeigen uns viele wissenschaftliche Untersuchungen, dass gerade bei schweren Furkationsbeteiligungen Resttaschen und -entzündungen zurückbleiben können. Natürlich sollte der parodontalen Therapie immer Vorrang gegeben werden; bleiben aber insbesondere bei schwer furkations-

beteiligten Zähnen Resttaschen und -entzündungen zurück, ist ein Ersatz des Zahns durch ein Implantat die bessere Lösung – insbesondere eingedenk der Tatsache, dass wissenschaftliche Untersuchungen mehr und mehr zeigen, dass residuale Entzündungsbereiche (z.B. bei schweren Furkationsdefekten) möglicherweise allgemeinmedizinische Implikationen aufweisen. Natürlich existieren klassische parodontal-chirurgische Methoden zur Elimination von Furkationsbeteiligungen – wie Hemisektionen, Prämolarisierung oder Wurzelamputationen. Allerdings sind diese Verfahren hochkomplex (endodontische Behandlung, parodontal-chirurgischer Eingriff, prothetische Versorgung), kostenintensiv und zeigen eine hohe Varianz in den Ergebnissen. Hier scheint eine Implantatversorgung das sicherere und vorhersagbarere Konzept.

Sie merken, es gibt nicht wirklich ein „Pro“ oder „Kontra“. Beide Verfahren sind wissenschaftlich bestens belegt und am Ende entscheidet auch Ihre klinische Expertise. Sind Sie eher erfahren im Bereich der komplexen parodontalen Chirurgie, dann fährt Ihr Patient sicher besser mit Zahnerhalt. Sind Sie allerdings ein erfahrener Implantologe, dann spricht im Grenzbereich sicher nichts gegen die Ex-
traktion und die Implantation.