

Tim Theil

Periimplantäre Situation enossaler Implantate bei Risikopatienten

geboren am 11.07.1971 in Bern (Schweiz)

Reifeprüfung am 12.06.1991 in Leonberg

Studiengang der Fachrichtung Zahnmedizin vom WS 1992/ 93 bis WS 1997/ 98

Physikum am 23.03.1995 an der Universität Heidelberg

Staatsexamen am 22.12.1997 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Zahnmedizin

Doktorvater: Prof. Dr. Dr. R. Singer

In der vorliegenden Arbeit wurden 196 Implantate bei Risikopatienten untersucht, die in folgende vier Risikogruppen eingeteilt wurden:

28 Patienten, die vor der Implantation eine Tumoroperation hatten und 27 Patienten bei denen die Implantation in Verbindung mit einer Knochentransplantation stand. Weiter wurden 20 Patienten als Risikogruppe zusammengefaßt, die als Auflagerungsplastik einen Hydroxylapatitaufbau erhielten, sowie 24 Patienten, die infolge einer tiefen Parodontitis die 4 Unterkieferschneidezähne verloren hatten und jeweils 2 Implantate für eine rein implantatgetragene Brücke erhielten.

Die durchschnittliche Liegedauer betrug 42 Monate. Die Risikogruppe „Hydroxylapatit“ konnte mit 50,2 Monaten die längste durchschnittliche Liegedauer vorweisen.

Der durchschnittliche jährliche Knochenabbau aller Risikogruppen lag bei 0,85mm. Vor allem die Risikogruppen „Tumor“ und „Knochen“ zeigten mit 1,2mm bzw. 0,93mm den stärksten Knochenabbau. Den von *Albrektsson* geforderten jährlichen Knochenverlust von nur 0,2mm, als eines der Kriterien einer erfolgreichen Implantation, konnte in den Risikogruppen „Unterkieferfront“ und „Hydroxylapatit“ bei 34%, bzw. 38% der Implantate gemessen werden. In der Risikogruppe „Tumor“ waren dies lediglich 24% der Implantate und in der Gruppe „Knochen“ sogar nur 10%.

Mißerfolge in Form von Implantatverlusten konnten vor allem in den Risikogruppen „Hydroxylapatit“ und „Tumor“ nachgewiesen werden. In diesen Gruppen gingen 17,8% bzw.

15,6% der Implantate bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 42 Monaten verloren. Das beste Ergebnis konnte in der Risikogruppe „Unterkieferfront“ gemessen werden. Hier gingen nur 3,7% der Implantate innerhalb des Beobachtungszeitraumes verloren. Die Verlustquote über alle Risikogruppen betrug im Durchschnitt 12,8% gegenüber ca. 5% bei Patienten, die wir nicht den High-Risk-Gruppen zuordneten.

Die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit ihren Implantaten war trotzdem sehr groß. 96% aller Patienten der Risikogruppen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zufrieden. In den Risikogruppen „Hydroxylapatit“ und „Unterkieferfront“ waren das sogar 100% der Patienten. Die Sondierungstiefen von 1mm bis 2mm konnte bei den Patienten aller Risikogruppen in 12% der Fälle gemessen werden. Weitere 31% wiesen einen Wert von 3mm auf. In der Risikogruppe „Knochen“ konnte mit 60% der Implantate am häufigsten Knochentaschen über 3mm festgestellt werden. Ein statistisch relevanter Unterschied ergibt sich in Bezug auf den jährlichen Knochenabbau. Sind die Sondierungstiefen größer als 3mm, so zeigt sich bei allen Risikogruppen ein größerer Knochenabbau.

Bei der Untersuchung des Gingivaindexes konnten entzündungsfreie periimplantäre Verhältnisse in der Gruppe „Hydroxylapatit“ bei 30%, in der Gruppe „Tumor“ bei 34% und in der Gruppe „Unterkieferfront“ bei 40% der Implantate gemessen werden. Die Patienten der Risikogruppe „Knochen“ zeigten die besten Ergebnisse, denn 50% der Implantate zeigten entzündungsfreie periimplantäre Verhältnisse.

Es konnte jedoch gezeigt werden, daß Beläge und Zahnstein keinen Einfluß auf den jährlichen periimplantären Knochenabbau haben.

Diese Resultate bestätigen die Einteilung der Patienten in die Risikogruppen.

Auch wenn in der Literatur (*Kieser 1996, Beidinger 1999*) ein geringerer Knochenverlust und bessere parodontologische Werte beschrieben werden, rechtfertigen diese dennoch den Einsatz der Implantate bei den untersuchten Risikopatienten.

Gerade bei den Tumorpatienten, bei denen bis vor einigen Jahren noch eine Rezidivfreiheit von 5 Jahren nach Tumoroperation vor einer Implantation gefordert wurde, kann dadurch eine rasche orale Rehabilitation erreicht werden.

Die noch vor Jahren geforderte Kontraindikation für eine Implantation bei einer tiefen Parodontitis gilt heute nicht mehr. Nach Aussagen der Patienten ist auch in der Risikogruppe „Unterkieferfront“ postoperativ eine stark verbesserte Lebensqualität gesichert.

Bei den Patienten der Risikogruppe „Hydroxylapatit“ kann trotz einer „nicht evidence based medicin“ und einer dadurch hohen Implantatverlustquote eine prothetische Rehabilitation erreicht werden.

Trotz des höheren Risikos für Implantate und der daraus resultierenden schlechteren Prognose sollte eine Implantation bei diesen Patienten zu Verbesserung der Lebensqualität angestrebt werden.