

1. Europäische Konsensuskonferenz Implantologie (European Consensus Conference, EuCC)

Kriterien definiert zur Sofortversorgung und Sofortbelastung von oralen Implantaten

Der auf Initiative des BDIZ EDI von namhaften europäischen Wissenschaftlern erarbeitete sogenannte "Kölner Konsens 2006" stellt den Implantologen in Europa eine aktuelle Stellungnahme zur Sofortversorgung und Sofortbelastung oraler Implantate zur Verfügung. Die auf der 1. Europäischen Konsensuskonferenz Implantologie (EuCC) festgelegten Richtlinien sind für den Zahnarzt bei der Therapieplanung hilfreich und liefern wichtige Argumente im Umgang mit Versicherern bei innovativen Verfahren der Implantologie.

Namhafte europäische Experten haben den "Kölner Konsens 2006" erarbeitet; darunter u.a. Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers (Österreich), Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik (Deutschland), Prof. Dr. Andrzej Wojtowicz (Polen), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Deutschland), Dr. Ulrika Peterson (Schweden), Dr. Dr. Dieter Haessler (Deutschland), Dr. Roland Glauser (Schweiz), Prof. Dr. Adriano Piatelli (Italien), Dr. Fred Bergmann (Deutschland), Dr. Marco Degidi (Italien) und Dr. Axel Kirsch (Deutschland). Inzwischen wurde der Konsens von vielen weiteren europäischen Wissenschaftlern und führenden Experten der Implantologie und Prothetik aufgenommen und unterstützt. Die Initiative des BDIZ EDI zu dieser europäischen Konsensbildung bei einer wichtigen und aktuellen Fragestellung wird dabei von den europäischen Implantologen sehr begrüßt. "Der in Köln erreichte Erfolg zeigt die Wichtigkeit eines solchen Erfahrungsaustausches innerhalb von Europa, aber auch das Potenzial, das in solchen Kooperationen liegt", sagt Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI.

Das Ergebnis der 1. Europäischen Konsensuskonferenz Implantologie (EuCC) basiert auf der Diskussion der Ergebnisse des Implants World Congress Consensus Meeting in Barcelona 2002, der 3. ITI-Konsensuskonferenz in Gstaad 2003 und der Immediate Function Consensus Conference in Hollywood 2003 sowie eigener Studien der Teilnehmer.

Definition

Die EuCC definierte Sofortversorgung als die Eingliederung von Zahnersatz ohne Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation („geschützte Okklusion“) als eine nicht kaufunktionelle Sofortversorgung. Als Sofortbelastung bezeichnete das Expertengremium die Eingliederung von Zahnersatz mit Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation.

Evidenz

Hinsichtlich der Indikationen beim zahnlosem Unterkiefer, beim zahnlosem Oberkiefer und beim teilbezahnten Kiefer sowie bei Einzelzahnlücken wurden unter Berücksichtigung evidenzbasierter Studien durch die EuCC Aussagen für die Überlebensraten getroffen und damit wesentliche Entscheidungskriterien formuliert. Das Expertengremium schränkte ein, dass die Wissenschaft derzeit noch nicht in allen Punkten über relevante Studien verfüge und somit verlässliche Aussagen zum Behandlungserfolg derzeit nicht für alle

Indikationsbereiche getroffen werden könnten. Für Sofortversorgungen von Einzelzahnlücken beispielsweise liegen nur Studien mit kurzer Beobachtungsdauer vor; diese berichten über die Sofortversorgung im ästhetischen Bereich und geben zu bedenken, dass okklusale Kräfte vermieden werden müssen. Dennoch liegen bemerkenswerte Studien vor, die sogar die Sofortbelastung dentaler Implantate bei Patienten mit guter periimplantärer Knochenqualität und sicherer Primärstabilität des Implantates gut dokumentieren und hinsichtlich der Überlebensdauer den bereits bekannten Daten bei verzögerter Implantatbelastung vergleichbar machen.

Aspekte zur Entscheidungsfindung:

Von höchster Bedeutung für die Entscheidungsfindung, ob eine Sofortversorgung und/oder Sofortbelastung möglich ist und wie viele Implantate zu setzen sind, werden von der EuCC die folgenden Punkte benannt:

1. Zeitpunkt der Implantatinsertion (sofort, verzögert oder spät)
2. Primärstabilität
3. Verblockung, sofern möglich
4. Verblockte Versorgungen, die die Belastungen der Implantate in der Einheilphase reduzieren helfen.

Als lokale oder allgemeine Risikofaktoren sind zu beachten:

1. Starke funktionelle Überlastung
2. Parafunktionen
3. Schlechte Knochenqualität
4. Eingeschränktes Knochenangebot
5. Vorliegen von Infektionen
6. Risikobehaftete Verhaltensweisen wie z.B. starkes Rauchen
7. Eingeschränkte Mundhygiene
8. Schlechte Patientencompliance
9. Andere allgemeine und lokale Risikofaktoren

Als entscheidende Voraussetzung sehen die Wissenschaftler der EuCC eine umfassende Diagnostik und Behandlungsplanung, die kritische Abwägung aller Vor- und Nachteile im individuellen Fall, die Erfahrung und Kompetenz des Behandlungsteams und die entsprechende Aufklärung und Einwilligung des Patienten.



Bundesverband der
implantologisch
tätigen Zahnärzte
in Europa

European
Association of
Dental
Implantologists

Konsenspapier

European Consensus Conference (EuCC) in Köln 2006

Sofortversorgung und Sofortbelastung auf Implantaten

26. Februar 2006

Dieser Konsens basiert auf den Ergebnissen des Implants World Congress Consensus Meeting in Barcelona 2002, der 3. ITI-Konsensuskonferenz in Gstaad 2003 und der Immediate Function Consensus Conference in Hollywood 2003.

Während der letzten Jahre hat das Interesse an einer Verkürzung der Behandlungsdauer stark zugenommen. Die Ursache liegt in neuen Entwicklungen im Bereich des Implantatdesigns und der Behandlungsmöglichkeiten. Parallel zu diesen Entwicklungen hat auf Seiten der Wissenschaft eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage der Sofortbelastung und Sofortversorgung eingesetzt, die zu einer steigenden Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Bereich geführt hat.

1. Definitionen

Sofortversorgung (nicht kaufunktionelle Sofortbelastung): Eingliederung von Zahnersatz ohne Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation („geschützte Okklusion“).

Sofortbelastung: Eingliederung von Zahnersatz mit Okklusionskontakt am Tag der Implantation oder bis spätestens 72 Stunden nach der Implantation.

Dieses Konsenspapier bezieht sich auf die Verwendung von Standard-Implantaten, wie in der Gebrauchsanweisung der Hersteller definiert (CE-Kennzeichen – systemspezifische Definition).

2. Indikationen

2.1. Zahnloser Unterkiefer

2.1.1 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Deckprothesen

Eine Sofortbelastung von mindestens 4 Implantaten (intraossäre Länge > 9 mm) in der interforaminalen Unterkieferzone mit einer Deckprothese scheint die langfristigen Überlebens- und Erfolgsraten nicht zu gefährden (durchschnittliche Überlebensrate 97,3%). Für diese Indikation liegen randomisierte kontrollierte Studien vor. Dieses Verfahren erfolgt routinemäßig. Knochenqualität und Primärstabilität scheinen wichtige Prognosefaktoren zu sein.

2.1.2 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Brücken

Für eine festsitzende Brücke sind mindestens 4 Implantate mit Standarddurchmessern (intraossäre Länge > 9 mm) im Unterkiefer erforderlich (durchschnittliche Überlebensrate 96,3%), sofern zusätzliche Voraussetzungen wie z.B. Bezahnung, Kieferrelation oder spezielle anatomische Faktoren gegeben sind.

BDIZ EDI
Lipowskystr. 12
D-81373 München

Fon: +49-89-720-69-888
Fax: +49-89-720-69-889
Mail: office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

2.2 Zahnloser Oberkiefer

2.2.1 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Deckprothesen

Zu diesem Thema liegen nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Aus diesem Grund ist eine evidenzbasierte Aussage nicht möglich.

2.2.2 Sofortbelastung mit implantatgetragenen Brücken

Implantatgetragene Brücken im Oberkiefer erfordern mehr Implantate zur Sofortversorgung als entsprechende Brückenversorgungen im Unterkiefer. Neuere Studien zeigen für implantatgetragene Brücken auf mindestens 6 Implantaten die gleiche Vorhersagbarkeit und Überlebensrate wie im Unterkiefer.

2.3 Teilbezahnter Kiefer (Ober- oder Unterkiefer)

Sofortbelastungen im teilbezahnten Kiefer mit festsitzender Prothetik sind nicht gut dokumentiert. Deshalb kann gegenwärtig eine evidenzbasierte Aussage für die Sofortbelastung nicht getroffen werden.

Für die Sofortversorgung mit festsitzenden Brücken im teilbezahnten Kiefer liegen nur Studien mit kurzer Beobachtungsdauer vor. Kürzlich erschienene Studien empfehlen den Ersatz jeden fehlenden Zahnes durch ein Implantat, wobei die Implantate durch die Versorgung verblockt werden.

2.4 Einzelzahnlücken (im Ober- oder Unterkiefer)

Die meisten Veröffentlichungen kommen zu Überlebensraten, die denen von Spätversorgungen vergleichbar sind. Die meisten dieser Studien beziehen sich jedoch auf reduzierte Belastungen (Sofortversorgung, nicht Sofortbelastung). Daher ist derzeit keine evidenzbasierte Aussage möglich.

Für die Sofortversorgung von Einzelzahnlücken liegt eine gute Dokumentation jedoch mit kurzer Beobachtungsdauer vor. Vorliegende Studien berichten über die Sofortversorgung nur im ästhetischen Bereich, wobei okklusale Kräfte vermieden werden müssen.

3. Entscheidungskriterien

Als von höchster Bedeutung für die Entscheidung, ob eine **Sofortversorgung/Sofortbelastung** möglich ist und wie viele Implantate zu setzen sind, werden die **folgenden Punkte** diskutiert:

- a. Zeitpunkt der Implantatinsertion (sofortige oder verzögerte oder späte)
- b. Primärstabilität
Diese hängt u. a. ab:
 - Knochenqualität
 - Implantatgeometrie
 - Implantatoberfläche
 - Chirurgische Technik
 - Eindrehmoment (entsprechend der Empfehlung in der Gebrauchsanweisung)
- c. Verblockung, sofern möglich
- d. Verblockte Versorgungen, die die Belastungen der Implantate in der Einheilphase reduzieren helfen
- e. Belastung durch antagonistische Bezahnung



4. Risikofaktoren:

- a. Starke funktionale Überlastung
- b. Parafunktionelle Kräfte
- c. Schlechte Knochenqualität
- d. Eingeschränktes Knochenangebot
- e. Vorliegen von Infektionen
- f. Risikobehaftete Verhaltensweisen wie z.B. starkes Rauchen
- g. Eingeschränkte Mundhygiene
- h. Schlechte Patientencompliance
- i. Andere allgemeine und lokale Risikofaktoren

5. Allgemeine Voraussetzungen:

- a. Umfassende Diagnose und Behandlungsplanung
- b. Kritische Prüfung von Vor- und Nachteilen für den Patienten
- c. Erfahrung und Kompetenz des Behandlungsteams
- d. Aufklärung und Einwilligung des Patienten

6. Zusammenfassung

Dieser Konsens basiert hauptsächlich auf prospektiven klinischen Untersuchungen (Evidenzgrad 3) und einigen randomisiert-kontrollierten klinischen Untersuchungen (Evidenzgrad 2).

Die Sofortbelastung dentaler Implantate ist bei Patienten mit guter peri-implantärer Knochenqualität und sicherer Primärstabilität des Implantates gut dokumentiert und hinsichtlich der Überlebensdauer den bereits bekannten Daten bei verzögerten Implantatbelastung vergleichbar.

Köln, den 26. Februar 2006

Christian Berger
Präsident

BDIZ EDI
Lipowskystr. 12
D-81373 München

Fon: +49-89-720-69-888
Fax: +49-89-720-69-889
Mail: office@bdizedi.org
www.bdizedi.org