



# Implantate im Wachstum bei fehlenden Zähnen nach Trauma und bei Nichtanlagen

Referent: Dr. Jan Tetsch, Münster

Zahnverluste und Zahnaplasien sind die häufigsten Ursachen für fehlende Zähne. In den beiden Gruppen liegen keine Gemeinsamkeiten in Bezug auf Ätiologie, Morphologie und Therapie vor. Bei Zahnverlusten sind die Strukturen primär regulär ausgeprägt, während sie bei Zahnaplasien nur bedingt oder nicht ausgebildet sind. Unterschieden wird hier die Atrophie von der Hypoplasie.

Nicht abgeschlossenes Wachstum versus Inaktivitätsatrophie - in der Implantologie existiert ein Therapiewiderspruch, der nur auf dem Alter der Patienten basiert. In derselben Indikation wird bei Adoleszenten eine andere Therapie angewendet, als bei adulten Patienten. Während bei adulten Patienten im Falle des Zahnverlustes der Trend dazu geht, Strukturen durch frühzeitige Implantation zu erhalten, erfolgt die Therapieeinleitung bei Kindern und Adoleszenten erst langsam nach Abschluss des Wachstums. Empfohlen wird nicht vor dem vor dem 18. – teilweise sogar erst nach dem 27. Lebensjahr zu implantieren.

Negative Folgen sind Inaktivitätsatrophie mit Verlust des transversalen und vertikalen Knochens, Verlust des Weichgewebes und häufig auch des Attachments an den benachbarten Zähnen.

Dieses oft jahreslange Therapievakuum erschwert zum späteren Zeitpunkt den Eingriff und erfordert umfangreiche Rekonstruktionen. Zu den morphologischen Problematiken kommt nicht selten eine objektiv nur schwer messbare psychische Komponente, die eine unbeschwerte Entwicklung des Kindes zum Erwachsenen stören kann.

Die Argumente für eine späte Implantation sind nicht abgeschlossenes Wachstum und das Nichtmitwachsen der osseointegrierten Implantate. Negative Folgen im Durchtrittsprofil sowie eine Infraokklusion im weiteren Wachstum können die Folge sein.

Mit diesem Wissen erfolgte die Entwicklung der prospektiven Implantation mit Berücksichtigung des ausstehenden Restwachstums. Hierbei wird im Adoleszentenalter ab dem 12. Lebensjahr nach individueller Planung des Wachstumsmusters so implantiert, dass erst nach Wachstumsabschluss das Emergenzprofil Symmetrien mit dem kontralateralen Zahn aufweist. Prothetische Korrekturen sind Teil der Behandlungsstrategie.