

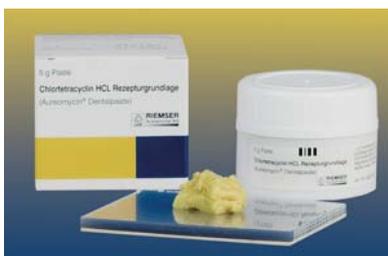
## Parodontitis und Periimplantitis

# Unterschiede bei der Behandlung?

| Dr. Gerhard Hetz

Auch wenn es immer noch Defizite gibt – wir haben klare Therapie-schemata, wie wir die Parodontitis auch erfolgreich behandeln können. Damit können immer mehr Zähne erhalten werden, ein für die Lebensqualität der Patienten äußerst erfreuliches Ergebnis. Antibiotika sind dabei im Therapieplan immer dann einzusetzen, wenn eine konventionelle Behandlung (Kürettage, Lappen-OP) nicht zum gewünschten Ergebnis geführt hat.

**E**in ganz neues Tätigkeitsfeld erschließt sich jedoch durch die Erfolge der Implantologie. Zunehmend werden Patienten anstelle von Brücken oder gar herausnehmbaren Zahn-ersatz mit Implantaten festsitzend versorgt. Und hier liegt eine besondere Problematik: Derzeit werden mehr als 200.000 Implantate jährlich alleine in Deutschland gesetzt. Die Zahlen sind beeindruckend – in den meisten Publikationen wird eine Erfolgsrate von mindestens 98 Prozent angegeben. Auf der EuroPerio 2006 wurde jedoch auch über Spätfolgen berichtet: Die Studien zur Haltbarkeit von Implantat-versorgung enden üblicherweise nach fünf, spätestens nach zehn Jahren. Typische Probleme treten jedoch erst nach 12 bis 15 Jahren auf: Da bilden sich in einem nicht unerheblichen Prozentsatz (es liegen nur ganz wenige Daten vor, man hat von etwa 20 Prozent gesprochen, mit der Vorsicht,



die Wissenschaftlern zu eigen ist) Probleme am Weichgewebssaum, landläufig als Periimplantitis bezeichnet. Nun ist die Explantation und Neuinsertion wohl kaum eine vertretbare Lösung. Nicht nur, dass hier der Patient über Gebühr finanziell belastet würde, es wäre auch nicht sehr sinnvoll. Patienten mit Parodontitis sind besonders gefährdet für die Ausbildung einer Periimplantitis – was soll sich auch an den Faktoren, die zur Parodontitis führten, geändert haben? Gleiches gilt für den Patienten mit Periimplantitis.

Nun sind bei der frühen Parodontitis die Kürettage bzw. deep scaling und root planing Mittel der Wahl – das funktioniert jedoch beim Implantat nicht, auch wenn wir eine sehr ähnliche Erkrankung mit den identischen Bakterien vorliegen haben. Die Zahnwurzel kann notfalls bis zum Apex oberflächlich bearbeitet werden, die ist glatt. Für Implantate verbieten sich erst einmal Metall- bzw. Stahlinstrumente, die würden die sensiblen Titanoberflächen beschädigen. Es gibt für diesen Zweck Kunststoffküretten, die sind weicher. Allerdings wirken sie damit auch weniger, was ein Scaling doch sehr erschwert. Daneben en-

det jede Möglichkeit der mechanischen Bearbeitung am Gewinde. Hatten frühere Implantatmodelle noch einen relativ großen Übergangsbereich ohne Gewinde oder spezieller Oberfläche aus poliertem Material für den Übergang durch die Schleimhaut, so finden wir bei modernen Implantattypen praktisch keine polierten Schleimhautdurchtrittsareale mehr, da geht das Gewinde bis zum Weichgewebe. Im Fall der Periimplantitis bleibt deshalb nur die Antibiotikatherapie.

Und hier haben wir wieder ein Problemfeld. Allen Studien nach ist die lokale Antibiotikabehandlung erfolgreicher und mit weniger Nebenwirkungen behaftet als die systemische. Nun stehen heute jedoch kaum noch Antibiotika für diesen Zweck zur Verfügung, die meisten Präparate sind nicht mehr verfügbar, so Prof. Nikolaus Lang von der Universität Bern in seinem Referat auf der EuroPerio. Was nun? Als erfolgreich für die lokale Therapie haben sich die Tetracycline empfohlen, da sie auch *A. a. comitans* inaktivieren. Als Produkt dieser Wirkstoffgruppe bietet die RIEMSER Arzneimittel AG mit „Chlorotetracyclin HCL Rezeptgrundlage“ (PZN 0593359) ein Antibiotikum, das in dem Träger Maisstärke eingebunden ist. Wird die Salbenbasis in die parodontale Tasche (oder hier die Tasche um das Implantat herum) eingebracht – ein spezieller Applikator von Centrix mit befüllbaren Einwegtipps wird empfohlen – quillt das Präparat auf und füllt sehr schön die Gewindegänge aus. Es wäre sonst recht schwierig, die Tiefen eines Gewindes zu erreichen – man müsste schon großen Druck aufbauen können, um einen ähnlichen Effekt zu bewirken. In den Gewindegängen verbleibt dann das Antibiotikum und kann mit den sehr hohen Konzentrationen, die nur lokal erreichbar sind, die pathogenen Keime wirksam ausschalten. Die Konzentration in der Tasche ist bei lokaler Applikation um mehrere Zehnerpotenzen höher als bei systemischer Gabe.

Die Ergebnisse einer Therapie der Periimplantitis mittels lokal eingesetzter Antibiotika sind sehr gut, so Prof. Berglundh, Göteborg, auf der EuroPerio. Und: die Alternative wäre der Verlust des Implantats. Ob sich ein Patient dann noch einmal für eine neue Implantatversorgung entschließen wird, wenn die erste nicht so gut gehalten hat? Da ist es schon allemal besser, die Erkrankung frühzeitig und adäquat zu therapieren! |

### [ kontakt ]

**Dr. Gerhard Hetz**  
Winkstr. 5  
81373 München  
E-Mail: gh@hetz-publikationen.de

### | info

**RIEMSER Arzneimittel AG**  
An der Wiek 7  
17493 Greifswald – Insel Riems  
Tel.: 03 83 51/7 60  
Fax: 03 83 51/3 08