

Die minimalinvasive Periimplantitistherapie

| Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Viktor E. Karapetian,
Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Galt bis vor wenigen Jahren das Augenmerk der Komplikationen bei der Implantats-Therapie im Wesentlichen im Erreichen oder Ausbleiben der Osseointegration, zeigen die Implantate heute selbst in schwierigen Indikationen eine hohe primäre Erfolgsquote.^{1,2} Dies bedeutet jedoch, dass ein nicht ausreichendes krestales Knochenangebot oder apikale Dehizensen zu einem frühen Auftreten von periimplantären Erkrankungen führen kann.³ Besonders wenn die kostenintensive prothetische Versorgung abgeschlossen ist, ist die Bereitschaft der Patienten, das Implantat entfernen zu lassen, stark eingeschränkt.

Die Periimplantitis ist in der Regel eine rezidivierende Erkrankung, die dadurch eine wiederholte Anwendung oder gar dauerhafte

Anwendung der klassischen Chemotherapeutika erfordert. Diese medikamentösen Therapien unterscheiden sich im jeweiligen Wirkstoff und der angewendeten Do-

für eine Resistenzbildung, aber auch für das Ausbilden von allergischen Reaktionen verantwortlich gemacht werden.

Die Applikation der desinfizierenden Medien wie zum Beispiel Chlorhexidin in Form von Depotspeichern lässt sich oftmals auch nicht verwirklichen, da aufgrund der im Vergleich zum Parodontal-Halteapparat narbig strukturierten Weichgewebe am Implantat die Taschen eine nicht ausreichende Dimension aufweisen. Ferner zeigen Zellkulturuntersuchungen eine zelltoxische Reaktion,⁵ was auch eine eingeschränkte Regeneration von periimplantären Defekten erklären könnte.

Ferner gilt es zu beachten, dass in der Mundhöhle über 500 verschiedene Bakterienspezies vorhanden sind, die sich in unterschiedlichen Clustern organisieren.⁶ Bei einer antimikrobiellen Therapie ist es notwendig, dass die bakterielle Besiedlung so reduziert wird, dass sich wieder ein physiologisches Mundmilieu ausbilden kann. Dazu ist es notwendig, dass die besonders pathogenen Keime in ihrem je-



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1a–c: Zustand nach Kieferkamm-Augmentation Regio 2-2 mittels retromolaren Knochen-
transplantat, mit Implantatinsertion auf Kno-
chenniveau.

[die autoren]

Oberarzt

Dr. Jörg Neugebauer

Oberarzt

Dr. Viktor E. Karapetian

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln

sis. Eine systemische Antibiotikagabe bei einer umschriebenen periimplantären Entzündung, wie diese in der Parodontologie⁴ favorisiert wird, erfährt zunehmend Ablehnung von Seiten der Patienten. Aufgrund der allgemeinen Nebenwirkungen sollte diese Therapie nur bei extremen Verläufen angewendet werden.

Die lokale Applikation von Antibiotika wird in der Literatur kontrovers diskutiert, besonders sind hier die systemisch nachgewiesenen Konzentrationen zu würdigen, die in den niedrigen Dosen besonders

weiligen Cluster erreicht werden und nicht durch die unspezifische Wirksamkeit des angewendeten Präparats einzelne pathogene Keime, die für Entwicklung einer pathologischen Mundflora verantwortlich sind, nicht erreicht werden.

Die bisherige Klassifikation der periimplantären Erkrankung orientiert sich im Wesentlichen am Grad des periimplantären Knochenverlustes. Diese Einteilung korreliert mit der Indikationsstellung zur