

Große Herausforderung: Periimplantitis

Die Qualität der Vorträge auf der 40. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie SSP und deren Relevanz für die Praxis waren für *Dental Tribune*-Autor Dr. Lothar Frank Anlass, den Kongress ausführlich zu referieren. Teil II der Kongressnachlese beleuchtet den Vorkongress am 23. September.

Auf der 40. Jahrestagung der SSP vom 23. bis 25. September in Basel stellten international bekannte Referenten die Diagnose und Therapie parodontaler Erkrankungen in den Mittelpunkt ihrer Vorträge (*Dental Tribune* berichtete in der Ausgabe 11-2010).

Im Vorkongress war ausschliesslich die Periimplantitis Kongressthema.

Prof. Tord Berglundh aus Göteborg oblag es, in die Thematik der Periimplantitis einzuführen: Erwartungsgemäss tat er dies, indem er die anatomischen und physiologischen

Unterschiede von Zahn und Implantat und deren umgebende Gewebe vorstellte. Seinem Vortrag gab er den Namen: „Periimplantitis – eine einst unbekannte Krankheit wird zur Herausforderung für den Parodontologen.“

Dies führt er funktionell auf die Tatsache zurück, dass der Zahn vom Parodont mit dem Knochen verbunden ist und zur Mundhöhle hin abschliessend geschützt wird. Anders beim Implantat: hierbei besteht keine bindegewebige Manschette,

keine Blutgefässe umgeben es direkt wie im Zahnhalteapparat. Somit ist eine gegebene Infektion am Implantat vom Organismus schwerer zu bekämpfen als beim Zahn.

Berglundh betont, dass eine Periimplantitis die Erkrankung des Weichgewebes ist, die sich in das knöcherne Gewebe ausbreitet. Deshalb hält er die Forderung, an Implantaten keine Sondierungen vorzunehmen, für falsch. Denn damit bleibt die klinische Inspektion rein augenscheinlich. Seiner Meinung muss um das Implantat sondiert, BOP und PI

ANZEIGE

Heraeus

Kronen / Brücken

Inlays / Onlays

Transfer- / Implantatabformungen

Funktionsabformungen

Flexitime®

10 Jahre souveräne Flexibilität und Präzision

10 years Flexitime

PERFECT 10
TEN YEARS FLEXITIME

Flexitime ist ein innovatives A-Silikon, das entspanntes Arbeiten und exzellente Ergebnisse garantiert. Erleben Sie die perfekte Balance aus Komfort und Präzision.

- Flexibles und intelligentes Zeit-Konzept für größere Spielräume in puncto Verarbeitungszeit
- Überzeugend in Dimensionstreuung, Detailwiedergabe und Hydrophilie für hohe Passgenauigkeit und Präzision
- Großes Indikationsspektrum – ein System für alle Abformtechniken

Mitfeiern und gewinnen:
www.heraeus-flexitime.com

Flexitime®
Souveräne Präzision. Jederzeit.



Prof. Dr. Tord Berglundh, Göteborg.

erfasst, geröntgt und dokumentiert werden. Eine Studie, die er in Zusammenarbeit mit Frau Professor Zitzmann erstellt hat, belegt, dass bei 28–56 % aller Implantate eine Periimplantitis vorliegt. Darüber hinaus zitiert er verschiedene Studien von Fransson et al., Roos-Jansaker et al. und Kondsland et al., die in den Jahren seit 2005 erschienen sind. Diese führen ihn zu dem Schluss, dass Ausdehnungen und Schweregrade der Erkrankungen variieren und das Risiko der Periimplantitis von 1. Dem Patienten selbst (dessen individueller bakterieller Flora und Mundhygiene) und 2. Der Implantation und Implantatbelastung abhängen.

Ausserdem macht er auf den einleuchtenden, aber unter Umständen folgenschweren Zusammenhang aufmerksam, dass ein Parodontitis-Patient sehr wahrscheinliche auch ein späterer Periimplantitis-Patient ist.

Unter seinen Fallbildern fiel das Papillon-Lefevre-Syndrom mit vergesellschafteter aggressiver Parodontitis besonders auf, da an dieser Krankheit leidende Patienten meist schon sehr jung (16–18 Jahre) zahnlos werden.

Bezüglich der Implantatoberflächen zeigt er Erkenntnisse aus eigenen Hunderversuchen auf: Je rauer die Oberfläche eines Implantates, desto schneller fortschreitend und schwieriger aufzuhalten ist eine Periimplantitis.

Zur Perioprothetik zeigte Berglundh Bilder, die eindrucksvoll klar machen, dass die erstrebte und viel diskutierte Ästhetik in der Implantologie stets der Funktionalität und Mundhygiene nachstehen sollten.

Vom Parodontitis- zum Periimplantitis-Patient?

Der nachfolgende Redner, Prof. Andrea Mombelli, Genf, nahm sei-

nen Vortrag damit auf, dass er sozusagen die iatrogenen Gründe der Periimplantitis voranstellte.

Dabei nennt er die zu tiefe Insertion des Implantates (und dem folgenden Remodelling der umgebenden Gewebe) sowie die von ihm so benannte „Zementitis“. Es sei in seinem Namen also darauf hingewiesen, dass ein schöner Erfolg durch Zementreste schnell in eine Periimplantitis umschlagen kann.

Wie auch sein Vordränger betont auch er die Wichtigkeit des Sondierens, Dokumentierens und der Tatsache, dass sowohl das Sondieren wie auch das Röntgenbild das wahre Ausmass der Periimplantitis nur abgemildert darstellen.

Seine weitere Präsentation beschäftigte sich vorrangig mit der bakteriellen Flora, die ihn gleich Berg-


sche Reinigung und Glättung der Implantatoberfläche ohne direkte Sicht ist durch das Implantatdesign (Windungen) nicht effektiv genug. So fordert er immer einen übersichtlichen, chirurgischen Zugang und mechanische und chemische Dekontamination. Im Seitenzahngelände dazu eine Tascheneliminationschirurgie (apikaler Verschiebelappen), im sichtbaren Bereich einen Knochenaufbau mit Eigenknochen oder Knochenersatz. Somit ist nach seiner Sicht eine Reintegration möglich.

Als Schlusswort wiederholte er die Wichtigkeit der Vermeidung und fasste desillusionierend betreffend früherer Euphorien der Implantologie zusammen:

„Only diamonds are forever!“

Zusammenfassung

Die an die Vorträge anschließende Fragerunde griff inhaltlich die wichtigsten Erkenntnisse aus den Vorträgen, bzw. die Lehren auf, die den Rednern am dringlichsten auf den Herzen lagen:

- Die Infektionskrankheiten Parodontitis und Periimplantitis sind aus mikrobiologischer Sichtweise zu betrachten und ihr Anfang als Weichgewebskrankung zu verstehen.
- Die Prothetik muss funktionell und reinigbar sein, ästhetische Aspekte dürfen nicht erzwungen werden, indem unzugängliche Nischen geschaffen werden.
- Eher verschrauben als zementieren („Zementitis“)!
- Sondierung, Röntgen und Dokumentation sind essentiell, das wichtigste Röntgen ist ein Jahr nach Funktion, um das Remodelling zu beurteilen.
- Die Therapie der Periimplantitis muss in chirurgischer Intervention bestehen, spätestens dazu sollte die Suprakonstruktion abnehmbar sein.
- Der Biofilm und dessen Elimination geben den Ausschlag zur Gesundheit. 



Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf

lundh den Schluss ziehen liess, dass ein Parodontitis-Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit zum späteren Periimplantitis-Patienten wird. Die Flora der Periimplantitiden besteht weitgehend aus Anaerobiern (Porphyromonas, Prevotella, Tannerella, etc.), aber auch Peptostreptokokken. Mikrobiologisch handelt es sich also um weitgehend dieselbe Ursache bei Parodontitis und Periimplantitis.

„Only diamonds are forever!“

Um zur Periimplantitis-Therapie Auskunft zu geben, war Prof. Stefan Renvert aus Kristianstad, bzw. Dublin, geladen. Er nahm den Schluss seines Vortrages vorweg, indem er von Anfang an Wert auf eine gute Prophylaxe, Mundhygiene und Mundhygienefähigkeit der prothetischen Versorgung legte, um eine Periimplantitis am besten gleich zu vermeiden. Der Grund ist einfach: zwar stehen neben Ultraschallaufsätzen (aus Plastik oder Teflon), Küretten (aus Stahl oder Titan) und Agentien zur Chemotherapie und auch Laser als Mittel zur konservativen Therapie zur Verfügung, der Erfolg ist jedoch bescheiden.

Seiner Meinung nach, die er sich durch eigene Studien und Tierversuche gebildet hat, muss chirurgisch interveniert werden. Die mechani-

Hinweis für unsere Leser

Die Vorträge vom Samstag befassten sich auch mit rein medizinischen Aspekten der parodontalen Medizin. Lesen Sie in *Dental Tribune* 1+2/2011, die Zusammenfassung der Referate von PD Dr. Ronald Jung, Prof. Dr. Hans-Curt Flemming, Prof. Dr. Thomas Dietrich und Prof. Dr. Thomas Kocher.

ANZEIGE

Die Innovation liegt in der Konditionierung.

Intuitives Handling. Mehr Stabilität. Verbesserte Osseointegration.



APLIQUIQ®

Optimale Funktionalität dank einzigartigem Design. Patrone eindrücken und Applikator schütteln, um das Implantat zu konditionieren und die INICELL-Oberfläche in Sekundenschnelle zu erzeugen.

INICELL®

Evolution in der Oberflächentechnologie. Ein hoher Benetzungsgrad und mehr Knochenkontakt (BIC) führen zu deutlich mehr Stabilität und einer verbesserten Osseointegration in der frühen Einheilphase*.

Möchten Sie mehr erfahren? Details verfügbar unter www.inicell.info

* Ersichtlich in Tierstudien. Erste Resultate wurden anlässlich der EAO 2008 in Warschau präsentiert.

Auskünfte zur Verfügbarkeit der Produkte sind bei Ihrer Thommen Medical Landesvertretung erhältlich. INICELL® und APLIQUIQ® sind registrierte Marken von Thommen Medical AG und/oder deren Vertriebsgesellschaften. Alle Rechte vorbehalten.

SWISS PRECISION AND INNOVATION.

Thommen Medical (Schweiz) AG | Tel. 032 644 30 20 | www.thommenmedical.com

THOMMEN
Medical