

Risikofaktor Periimplantitis: Ursachen erkennen, chirurgisch richtig handeln

Das lange Zeit vorherrschende Paradigma definiert Periimplantitis als einen entzündlichen Prozess, der durch bakteriellen Biofilm verursacht wird. Die Ätiologie dieser Erkrankung wurde primär auf patientenbezogene Risikofaktoren wie genetische Disposition, Mundhygiene, Rauchen sowie allgemeinmedizinische Faktoren zurückgeführt. Das Framing war einfach: Biofilm führt zu Entzündung und langfristig zu Periimplantitis.

Die Montegrotto-Konferenz 2014 stellte dieses Modell als eine der ersten infrage, indem sie zusätzlich zum Biofilm sogenannte „clinically induced triggering factors“ diskutierte, also chirurgische, prothetische und materialbezogene Auslöser. Dennoch definierte der World Workshop 2017 die Erkrankung erneut rein deskriptiv und beschrieb lediglich Entzündung, zunehmende Sondierungstiefen und progredienten Knochenverlust. Darin liegt die Schwäche dieser Definition: Sie beschreibt einen Endzustand, nicht die Kausalität.

Genau dieses Problem erklärt die häufig unbefriedigenden Therapieergebnisse. Will man eine Erkrankung behandeln, muss man deren Ursachen beseitigen. Erfreulicherweise haben dies nun einige Autoren des World Workshops 2017 erkannt und in einem Konsensuspapier (Chen et al., 2026) beschrieben, dass Periimplantitis im Jahr 2026 nicht mehr ausschließlich als eigenständige Erkrankung, sondern in rund 70 Prozent der Fälle als Folge behandlerinduzierter Fehler und anderer Komplikationen anzusehen ist.

Die freiliegende mikrorauhe Implantatoberfläche wird als gemeinsamer biologischer Endpunkt vieler dieser klinisch induzierten Faktoren beschrieben. Die Frage verschiebt sich damit von „Warum Biofilm?“ zu „Warum wurde die raue Oberfläche überhaupt exponiert?“. Malpositionen, unvollständige Knochenregeneration, prothetische Überkonturierungen mit Emergenzwinkeln von mehr als 30 Grad, Zementreste, Misfit, inadäquates Weichgewebsmanagement oder fehlende befestigte und keratinisierte periimplantäre Mukosa werden als mögliche Ursachen für Knochenrückgang und eine exponierte raue Implantatoberfläche angesehen. Erst dadurch wird die Voraussetzung für eine dauerhafte Biofilmbesiedlung geschaffen.



Das hat drastische Konsequenzen für die chirurgische Therapie. Eine Implantatoberfläche kann heute mit Galvo-Surge, einer elektrolytischen Methode, vollständig dekontaminiert werden. Es ergibt jedoch wenig Sinn, ein Implantat zu behandeln, das aufgrund seiner Fehlpositionierung nicht mehr augmentierbar ist. Denn selbst das bestmögliche Behandlungsergebnis würde eine teilweise freiliegende raue Oberfläche zurücklassen – und damit genau jene biologische Voraussetzung, die bereits zur Entstehung der Erkrankung beigetragen hat. Die einzig sinnvolle Therapie wäre in einem solchen Fall die Explantation.

Zwei identische klinische Befunde können also völlig unterschiedliche Ursachen haben. Genau das hat therapeutische Konsequenzen: Biofilm lässt sich kontrollieren, Zement entfernen und die Prothetik anpassen. Ein Implantat außerhalb des knöchernen Lagers bleibt jedoch auch nach erfolgreicher Entzündungskontrolle fehlpositioniert. Deshalb brauchen wir eine zweite Achse in der Klassifikation: nicht nur, was wir sehen, sondern auch, warum es passiert ist und ob die Ursache korrigierbar ist.

Die Definition von 2017 beschreibt, wie Periimplantitis aussieht. Die nächste Definition sollte uns helfen zu verstehen, wodurch sie verursacht wurde. Dass dies in wissenschaftlichen Arbeiten, die unterschiedliche Therapieprotokolle vergleichen, bislang häufig nicht berücksichtigt wurde, erklärt die sehr unterschiedlichen Ergebnisse.

Provokativ formuliert: Wenn die eigentliche Ursache ein schief gesetztes Implantat ist, hilft auch kein Abschleifen. In diesem Sinne, liebe Kolleginnen und Kollegen: Lassen Sie uns in der chirurgischen Implantologie präzise planen und arbeiten, damit Periimplantitis möglichst gar nicht erst entsteht. Und wenn wir diese Erkrankung dennoch sehen, sollten wir konsequent eine ursachenbezogene Therapie wählen.

Priv.-Doz. Dr. Dr. Markus Schlee
Zahnarztpraxis Schlee & Kollegen

Infos zur
Person



Literatur

