

Interview Periimplantitis

„Der Patient muss über das Problem aufgeklärt werden“

Implantatträgern droht mit der Periimplantitis eine Entzündung des periimplantären Hart- und Weichgewebes, die auch noch lange nach der Insertation zum Implantatverlust führen kann. Die Periimplantitis verläuft ähnlich wie an natürlichen Zähnen die Parodontitis. Dr. Gregor Petersilka, Privatdozent an der Universität Münster und Fachzahnarzt für Parodontologie in freier Praxis in Würzburg, sprach mit Zahnarzt Marcel Zöllner, Stuttgart, über die Gefahr Periimplantitis.

Herr Dr. Petersilka, wie unterscheidet sich aus Ihrer Sicht eine Periimplantitis von einer Parodontitis?

Bei einer Periimplantitis zeigt sich eher ein stellenspezifisches Muster des Vorkommens. Hinzu kommt, dass ein Implantat hinsichtlich der Immunabwehr schlechter gestellt ist als ein Zahn: Es fehlt die „Abwehrkompetenz“ des gingivalen Kapillarplexus und des Desmodonts.

Wie ist Ihr diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei einer Periimplantitis?

Diagnostisch sind für mich Sondieren und Röntgen unverzichtbar. Dabei sind mir natürlich die Probleme der Sondierung bekannt: Das Erfassen periimplantärer Defekte ist wegen der erschwerten Zugänglichkeit deutlich anspruchsvoller als am Zahn.

Bei der Therapie folge ich im Prinzip dem Vorgehen der PA-Therapie: An erster Stelle steht die nichtchirurgische Therapie und nach Bewertung deren Ergebnis eventuell Chirurgie. Anders als in der Parodontologie sehe ich zudem einen gewissen Stellenwert für den Einsatz lokaler Antibiotika.

Wie häufig tritt eine Periimplantitis auf und was sind die Risikofaktoren?

Die Daten hierzu variieren schon alleine, weil die Differenzierung zwischen periimplantärer Mukositis und Periimplantitis sich von Autor zu Autor unterscheidet. Vielleicht kann man es am besten so zusammenfassen, dass an etwa einem Drittel aller Implantate im Laufe der Zeit periimplantäre Infektionen mit Knochenverlust auftreten können.

Sie favorisieren bei der Periimplantistherapie die Anwendung der Pulverstrahltechnik. Welchen Vorteil hat diese Technik Ihrer Meinung gegenüber anderen Verfahren wie dem Laser, der Photodynamischen Therapie oder geschlossenen Kürettagen?

Fairerweise muss zuerst gesagt werden, dass es keine eindeutigen Daten gibt, die die Überlegenheit eines der genannten Systeme belegt. Ich meine aber, dass hinsichtlich der einfachen Verfügbarkeit und der Kosteneffizienz das niedrigabrasive Pulverstrahlen die Nase vorne hat.

Welche Rolle spielt die Besiedelung der Hohlräume und Spalten eines Implantats bei der Periimplantitis?

Das ist sicher ein interessanter Aspekt, der verliert aber meiner Meinung nach angesichts der Komplexität einer Biofilm-

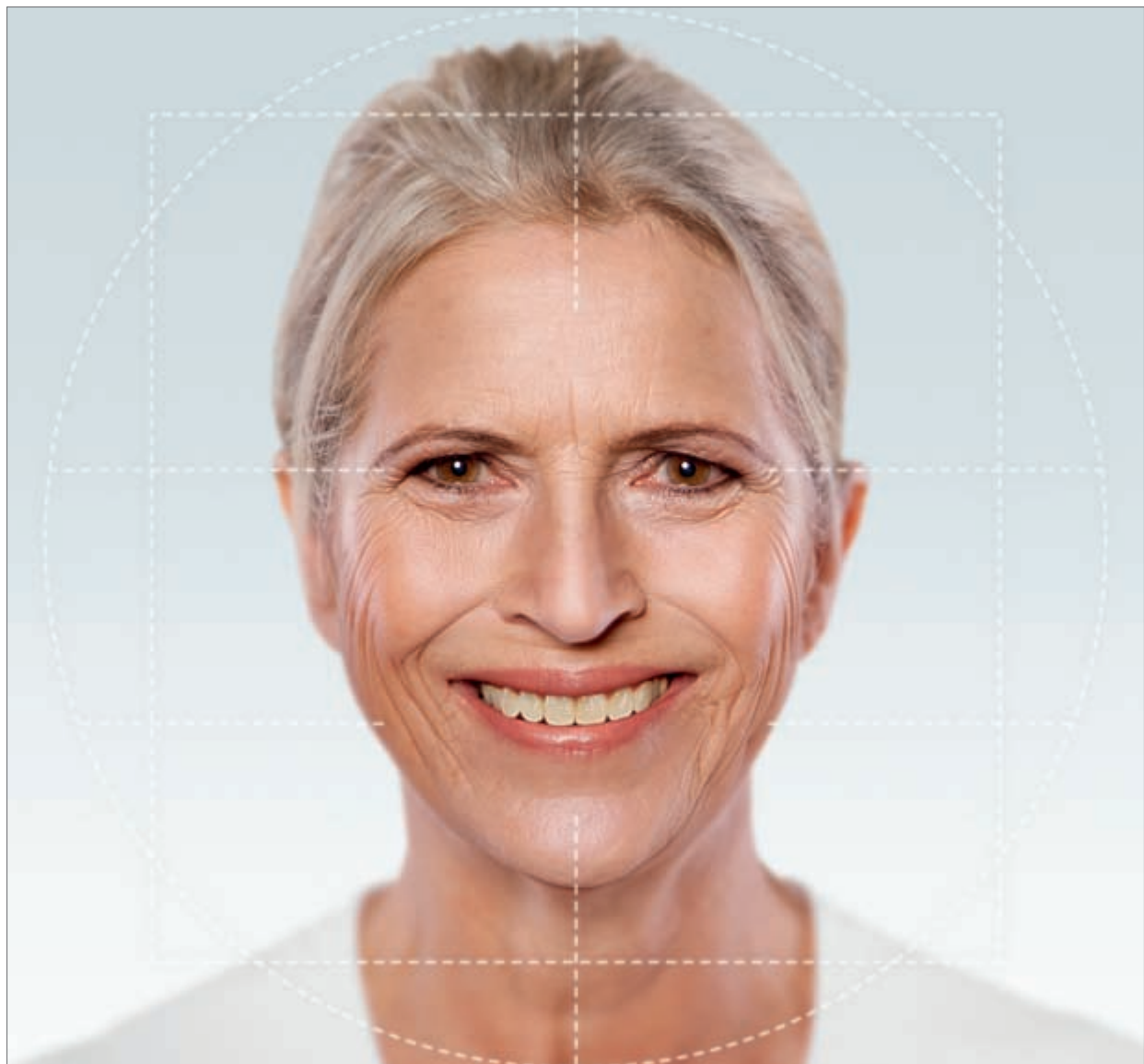


▲ Rund 450.000 künstliche Zahnwurzeln setzen Zahnärzte jedes Jahr in Deutschland ein. Bild: proDente e.V.

VITAPAN PLUS®

Innen vollkommen. Außen vollendet.

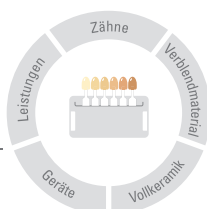
Der Klassiker unter den Frontzähnen – aus Ansprüchen **neu** geformt.



3419D



VITA SYSTEM



3D-MASTER

VITA

Anforderungen wachsen, Bedürfnisse ändern sich. Darauf gilt es, zu antworten. Dies haben wir getan: VITAPAN PLUS ist die weiterentwickelte Ergänzung von VITAPAN und mit seiner modernisierten Anatomie die perfekte Symbiose aus Ästhetik und Funktion. Hierzu zählen unter anderem verbesserte

Winkelmerkmale für eine harmonischere Frontaufstellung, verbreiterte Zahnhäse zur altersgerechten Zahnfleischgestaltung und eine optimierte Schichtung für mehr Lebendigkeit. Das ist Ihr Plus an Multifunktionalität, Ästhetik und Sicherheit. Das ist Ihr VITAPAN PLUS./www.vita-zahnfabrik.com



▲ Eine gute Knochensubstanz ist Voraussetzung für den Einsatz eines Implantates. Bild: proDente e.V.

infektion mit all ihrer Dynamik und der variablen Reaktion des Immunsystems an Relevanz. Vielleicht besteht eine gewisse Vergleichsmöglichkeit zur Wichtigkeit von anatomischen Problemstellen am Zahn bei Parodontitis, wie z.B. Wurzelinvaginationen.

Gibt es Implantate, die weniger zu Periimplantitisentzündungen neigen?

Die Literatur ist sich hier uneins bzw. liegen Daten vor, die meines Erachtens nach zeigen, dass dieser Faktor von untergeordneter Wichtigkeit ist. Letztlich kann an jedem Implantattyp eine Infektion beginnen.

Zu welchem Zeitpunkt würden Sie bei einer Periimplantitis eine Explantation vornehmen?

Das ist tatsächlich eine der schwierigsten Fragen in der Praxis! Im Großen und Ganzen eigentlich dann, wenn sich aus wirtschaftlichen und/oder ästhetischen Verhältnissen ein Erhalt nicht mehr lohnt. Ein erster Erhaltungsversuch ist allerdings meist immer sinnvoll, zumindest wenn die restliche Knochenverankerung ein Belassen rechtfertigt. Es kann ja auch schon ein Erfolg sein, das Vorschreiten von Knochenverlusten aufzuhalten.

Wie bewerten Sie die Anwendung eines Biomarkertests im Rahmen der Diagnostik und Erhaltungstherapie?

Diese sind für mich momentan leider nur von nebensächlicher Bedeutung, da es kaum Studien gibt, die aus veränder-

ten Biomarkerwerten auch eine tatsächliche therapeutische Relevanz ableiten, die durch Studien belegt ist.

Kann eine Periimplantitis in ihrer Progression dauerhaft gestoppt werden?

Hierzu gibt es leider auch kaum zuverlässige Daten. Auf der Basis von Studien zeigt sich, dass die Therapie zumindest Attachmentgewinne und eine Abnahme der Taschentiefe bewirken kann. Bei ausgewählten Fällen konnte ich in meiner Praxis ein Aufhalten der Progression bewirken, aber dies fällt in die Kategorie des „individuellen Heilungsversuchs“.

Im Frontzahnggebiet ist ein offenes Behandlungsverfahren kritisch zu betrachten, da es in den meisten Fällen zu Rezessionen kommt. Wie gehen Sie in diesen Fällen therapeutisch vor?

Das ist richtig – daher muss der Patient in jedem Fall über das Problem aufgeklärt sein. Ich sehe es daher als sehr wichtig an, vor einer chirurgischen Therapie alle Mittel eines nichtchirurgischen Vorgehens, eventuell auch lokale Antibiotika, einzusetzen, und deren Erfolg zunächst erst mal nach etwa sechs Wochen zu bewerten. Erst dann kommt der Griff zum Messer. Zumindest kann ich sagen, dass dann das periimplantäre Gewebe fast immer deutlich weniger entzündet ist und somit die Chirurgie vorhersehbarer möglich ist.

Sollten Patienten mit Interleukin1-Polymorphismus für Implantationen ausgeschlossen werden?

Nein, denn es gibt keine Daten, die dies wirklich eindeutig belegen. Natürlich sollte aber bei bekanntem IL-1PM ein noch wacheres Vorgehen bei der Nachsorge erfolgen.

Verschiedene Studien belegen, dass die Knochendichte an Implantaten bei Diabetikern geringer ist. Ist aus Ihrer Sicht eine langfristige Integration von Implantaten bei Diabetikern möglich?

Ich denke schon, dass dies möglich ist. Letztlich hängt individuell auch sehr viel davon ab, wie gut der Diabetes kontrolliert ist und wie die Betreuung des Patienten aus zahnärztlicher Sicht erfolgt. Ein niedriger HbA1c und engmaschiger Recall sind hier noch mehr unverzichtbar als bei einem gesunden Patienten.

Wie ist Ihr Verständnis zu knochen-aufbauenden Maßnahmen am Implantat nach Periimplantitis? Ist eine Resosseointegration möglich?

Das ist eine sehr interessante Frage, die wissenschaftlich noch nicht klar beantwortet ist. Empirisch sehe ich einen sinnvollen Einsatz dieser aufwendigen Technik aber nur dann, wenn das Implantat hierzu „schlafen gelegt“ werden kann. Das bedeutet also, dass die Suprakonstruktion abgenommen wird. Es sollte möglich sein, bei speicheldichtem Verschluss der Gingiva ausreichend stabil Knochentransplantate einbringen zu können. Dazu ist natürlich auch das Restknochenangebot von hoher Bedeutung. Dabei wird klar, dass dann oft ein hoher Aufwand entsteht und es ergeben sich dadurch auch wirtschaftlich orientierte Diskussionspunkte.

Herzlichen Dank, Herr Dr. Petersilka. <<

>> KONTAKT



**Dr. med. dent.
Gregor Petersilka**
Haugerpfarrgasse 7
97070 Würzburg
Tel.: 09 31/5 58 55

E-Mail: petersilka@uni-muenster.de

1 + 1 = 3

DER NEUE AIR-FLOW MASTER PIEZON – AIR-POLISHING SUB- UND SUPRAGINGIVAL PLUS SCALING VON DER PROPHYLAXE N° 1

Air-Polishing sub- und supra-gingival wie mit dem Air-Flow Master, Scaling wie mit dem Piezon Master 700 – macht drei Anwendungen mit dem neuen Air-Flow Master Piezon, der jüngsten Entwicklung des Erfinders der Original Methoden.

PIEZON NO PAIN

Praktisch keine Schmerzen für den Patienten und maximale Schonung des oralen Epitheliums – grösster Patientenkomfort ist das überzeugende Plus der Original Methode Piezon, neuester Stand. Zudem punktet sie mit einzigartig glatten Zahnoberflächen. Alles zusammen ist das Ergebnis von linearen, parallel zum Zahn verlaufenden Schwingungen der Original EMS Swiss Instruments in harmonischer Abstimmung mit dem neuen Original Piezon Handstück LED.



> Original Piezon Handstück LED mit EMS Swiss Instrument PS

Sprichwörtliche Schweizer Präzision und intelligente i.Piezon Technologie bringt's!

AIR-FLOW KILLS BIOFILM

Weg mit dem bösen Biofilm bis zum Taschenboden – mit diesem Argu-



ment punktet die Original Methode Air-Flow Perio. Subgingivales Reduzieren von Bakterien wirkt Zahn-ausfall (Parodontitis!) oder dem Verlust des Implantats (Periimplantitis!) entgegen. Gleichmässiges Verwirbeln des Pulver-Luft-Gemischs und des Wassers vermeidet Emphyseme – auch beim Überschreiten alter Grenzen in der Prophylaxe. Die Perio-Flow Düse kann's!

Und wenn es um das klassische supra-gingivale Air-Polishing geht,



> Original Handstücke Air-Flow und Perio-Flow

zählt nach wie vor die unschlagbare Effektivität der Original Methode Air-Flow: Erfolgreiches und dabei schnelles, zuverlässiges sowie stress-freies Behandeln ohne Verletzung des Bindegewebes, keine Kratzer am Zahn. Sanftes Applizieren bio-kinetischer Energie macht's!

Mit dem Air-Flow Master Piezon geht die Rechnung auf – von der Diagnose über die Initialbehandlung bis zum Recall. Prophylaxepro-fis überzeugen sich am besten selbst.

"I FEEL GOOD"