

Periimplantitistherapie: Das Konzept von Dres. Andreoni & Meier

Der Kurs der fortbildung ROSENBERG fand bereits zum 9. Mal statt. Med. dent. Roman Wieland nahm für Dental Tribune teil.



Die 9. Wiederholung des Kurses beweist das grosse Interesse am Therapiekonzept der Periimplantitis. Vertreter der Implantatfirmen und DH-Schule nahmen am Kurs teil. Der theoretische Teil am Morgen wurde von Dr. Claude Andreoni, Zürich, geleitet. Beim praktischen Teil am Nachmittag konnten verschiedene Live-OPs am Patienten mitverfolgt werden. Zum Erfolg dieses Kurses trägt die grosse Erfahrung von Dres. Andreoni und Meier bei, die seit 1985 implantieren.

Langzeiterfolge sind das Ziel in der Zahnmedizin, das gilt auch für die Implantologie. Fallberichte wenige Monate nach Insertion sind in der Regel wenig sinnvoll, denn Implantate können nicht nur aufgrund technischer Defekte scheitern, sondern auch biologische Probleme verursachen. Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet an Parodontitis. Dies nimmt in jedem Fall Einfluss auf den Implantationserfolg bzw. -misserfolg. Ein Teil der periimplantären Entzündungen werden durch den Behandler verursacht. Die Schweizerische Gesellschaft für Implantologie (SGI) ist daran, Weiterbildungskurse für die Implantation aufzubauen.

Patienten spüren eine Periimplantitis nicht

Immer mehr Periimplantitis-Studien, meist aus Skandinavien, zeigen, dass Periimplantitis weitverbreitet ist. Eine ganz wichtige Rolle in der Therapie spielt der Recall bei einer spezialisierten Dentalhygienikerin. Der natürlich stattfindende Knochenumbau nach Implantatinsertion ist von einer periimplantären Mukositis und der Periimplantitis mit erhöhter Sondierungstiefe und Knochenabbau abzugrenzen. Schwierigkeiten bereitet dabei, dass Implantate im Vergleich zum normalen Zahn weniger ausgeprägte Entzündungszeichen, wie z.B. Bluten auf Sondieren, zeigen. Der Grund dafür ist, dass das Implantat umgebende Gewebe nicht gleichaufgebaut ist wie beim natürlichen Zahn. Es sind mehr parallel verlaufende Faserbündel, mehr Kollagen und weniger Fibroblasten vorhanden, damit weniger Blutgefässe und eine verminderte Immunabwehr. Von aussen betrachtet ist das Zahnfleisch meist entzündungsfrei und der Behandlungsbedarf für die Patienten daher nicht ersichtlich. Wichtig sind deshalb regelmässige Röntgenbilder und das Messen der Taschentiefen.

Wann entsteht eine Periimplantitis?

Nicht nur bei rauen Implantatoberflächen können sich Bakterien ansammeln. Gemäss einer Studie von Prof. Tord Berglundh, Schweden, können auch maschinierete Oberflächen Entzündungen hervorrufen. Nebst falscher Indikation oder mangelhafter Implantation sind Knochen mit zu geringer Dichte und dünne, nicht keratinisierte bewegliche Schleimhaut Faktoren für eine Entzündung. Mangelnde Zahnhygiene, vielleicht auch in Verbindung mit einer Parodontitis-Vorgeschichte, er-

höht das Periimplantitisrisiko. Selbst nach der Extraktion aller Zähne sind noch parodontale Bakterien vorhanden, die auf die Implantate übergehen können. Dr. Andreoni verwendet verschraubbare Lösungen, denn diese lassen sich zur Reinigung demontieren und sind bei einem Umbau viel

flexibler. Kunststoff ist dabei das geeignetere Material als die zwar hochwertigere, dafür aber sprödere Keramik.

Diagnostik einer Periimplantitis

Das Gewebe muss sorgfältig betrachtet und abgetastet werden. Die

Sondierung erfolgt anhand einer Kunststoff- oder Metallsonde mit einer Kraft von 0,25 Newton, möglichst parallel zum Implantat. Das Notieren von Bluten auf Sondieren und das regelmässige Röntgenbild vervollständigen den Befund. Dr. Andreoni präsentierte aktuelle Situationen von Im-

plantationen, die 20 Jahre zurückliegen. Bereits in den 90er-Jahren gab es Fälle von Periimplantitis. Damals behandelte man, indem man die Oberfläche mit Zitronensäure reinigte und Knochendefekte anschliessend mit Knochenersatzmaterial aufbaute.

Fortsetzung auf Seite 6

ANZEIGE



DENTAL IMPLANTS VS. BISPHOSPHONATES
from science to clinical application

8 November 2013 - Zurich

Join us for the first international symposium dealing exclusively with the impact of bisphosphonates and antiresorptive drugs on dental implant therapy.

Hear about the latest advances and protocols from a distinguished international faculty.

www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013

powered by



We hope to see you in Zurich!





Dr. Claude Andreoni begrüßte zwölf Teilnehmer zur Fortbildung. Die kleine Gruppe erlaubt auch das ausführlichere Diskutieren der Fälle.



Dr. Thomas Meier beantwortete die Fragen der Teilnehmer.



Dr. Claude Andreoni therapierte eine Periimplantitis im Seitenzahnbereich mit einem freien Schleimhauttransplantat vom Gaumen zur Verdickung der keratinisierten Mukosa. Zur Spülung während der Operation verwendet er anstelle von NaCl eine Neomycinsulfat-Spüllösung.



Assistent Dr. Nico Chatzis demonstrierte den Diodenlaser zur Behandlung einer Implantat-Mukositis unter einer verschraubten Brücke.



Dr. Andreoni legt grossen Wert auf die ausführliche Dokumentation der Fälle.



Mitgebrachte Patientenfälle konnten mit Dres. Andreoni und Meier besprochen werden.

Fortsetzung von Seite 5

So wird Mukositis therapiert

Um das mukosale Gewebe wieder in Ordnung zu bringen, muss der Biofilm entfernt werden. Die Initialphase verläuft geschlossen und besteht aus Mundhygieneinstruktion und Debridement. Die Instrumentierung dazu ist das Problem. Chemikalien haben den Nachteil, dass auch das umliegende Gewebe angegriffen wird. Pulverstrahlgeräte haben einen Strahlwinkel, der oftmals auch die Nachbargewebe in Mitleidenschaft zieht und bei dünnem Gingivatyp heikel in der Anwendung ist. Die Lösung ist der Laser. Mit ihm kann exakt gearbeitet werden und die Abstrahlung dient sogar noch als Biostimulation für das umliegende Gewebe. Dres. Andreoni und Meier verwenden in ihrer Praxis den Soft-, den Dioden-, den Er:YAG- und den CO₂-Laser zur Periimplantitistherapie.

Trotz vielversprechender Soft- und Diodenlasertherapie bei der Mukositis muss diese mehrmals durchgeführt werden und es kann auch zu Rezidiven kommen.

Die Anwendung der photodynamischen Therapie mit dem Softlaser ist eine gute Option für die Dentalhygienikerin, bringt sie doch auch Abwechslung in den von der Handinstrumentierung geprägten Alltag. Vorteil ist, dass nichts zerstört, sondern verbessert wird.

Der Diodenlaser besitzt eine sehr dünne Spitze und kann optimal in den Sulkus eingeführt werden. Wichtig ist, dass eventuelle Blutropfen sofort weggespült werden. Bei der ersten Anwendung wird meist noch eine Anästhesie benötigt, bei den weiteren Behandlungen nicht mehr.

Nach einer erfolgreichen Therapie muss die Ursache der Entzündung untersucht und behoben werden.

So wird Periimplantitis therapiert

Dr. Andreoni ist in Absprache mit Prof. Andrea Mombelli, SMD Genf, dafür, dass immer erst ein Antibiotikuschub von sieben Tagen erfolgen soll. Obwohl Dr. Andreoni normalerweise mit Antibiotika zurückhaltend umgeht, zeigen erste Verschreibungen am Patienten Erfolg versprechende Ergebnisse. Aus Patientensicht ist diese Therapieform sehr kostengünstig, einzig die oftmals auftretende Diarrhoe ist ein Nachteil.

Im Frontzahnbereich erfolgt die Behandlung geschlossen: Zunächst mit einer Mundhygieneinstruktion, dann mit einem mechanischen Debridement und Dekontamination. Dazu eignen sich Scaler, Aircaler, Pulverstrahlgeräte, photodynamische Therapie, Diodenlaser, Chlorhexidin und lokale Antibiose.

Im Seitenzahnbereich erfolgt die Behandlung offen. Die hervortretenden Gewindegänge werden mit Dia-

mant, Arkansasstein und Gummipolierer bis auf Knochenniveau weggeschliffen. Es entsteht dann ein Implantat mit einem langen polierten Hals. Stellen, die nicht beschliffen werden können, sollen mit dem Laser dekontaminiert werden. Der Er:YAG-Laser hat im Vergleich zum CO₂-Laser dabei den Vorteil, dass auch Zahnstein entfernt wird.

Je nach Morphologie des Knochendefektes kann zusätzlich noch eine Knochenaugmentation erfolgen, wobei der Aufbau umso schwieriger wird, je weniger knöcherne Wände vorhanden sind. Kann die knöcherne Situation nicht verbessert werden, erfolgt die alleinige Abdeckung mit Weichgewebe, z.B. mit einem freien Schleimhauttransplantat vom Gaumen. Dr. Andreoni verwendet BioOss® oder das synthetische Material Xenos® sowie die Remotis®-Membran, die etwas dünner ist als die BioGuide®-Membran.

Am Schluss der Behandlung ist es wichtig, dass die kausalen Ursachen behoben werden. Die Hygienefähigkeit der Restauration muss gewährleistet sein. Bei grossen Arbeiten verwendet Dr. Andreoni gerne erst ein Provisorium und belässt dieses ein paar Monate, um die Hygienefähigkeit zu prüfen. Dr. Andreoni geht sogar so weit, dass er empfiehlt, zementierte Implantatkronen im Seitenzahnbereich leicht aufzuklappen, um sämtliche Zementüberschüsse entfernen und damit einer „Zementitis“ vorbeugen zu können.

Hilft alles nichts, so muss das Implantat entfernt werden und eine andere Art der Versorgung erfolgen. [D](#)

Kontakt:

fortbildung ROSENBERG
info@fbrb.ch
www.fbrb.ch

Halitosis, Professionelle Behandlung von Mundgeruch in der zahnärztlichen Praxis, Buch von Prof. Andreas Filippi

Das neue Buch, rezensiert von Dr. Andrea Zürcher, UZM Basel.

Im vorliegenden Buch werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse über Halitosis sowie klinische Erfahrungen einer langjährigen Mundgeruch-Sprechstunde zusammengefasst. Immer noch müssen Patienten teilweise lange Anreisewege zu den wenigen expo-

nierten Mundgeruch-Sprechstunden auf sich nehmen. Das Buch dient als Kompendium für Zahnärztinnen und Zahnärzte mit dem Ziel, dass diese selbstständig eine professionelle Mundgeruch-Sprechstunde anbieten können. Zudem soll es Studierenden und dem ganzen Praxisteam das Wissen über Mundgeruch in kompakter und fachkompetenter Weise vermitteln.

Im ersten Kapitel wird nach einer kurzen Einführung über die verschiedenen Arten der Halitosis auf das Thema des Mundgeruchs in der Lite-

ratur, die Geschichte und jahrhundertlang Bekämpfung eingegangen sowie die Epidemiologie des Mundgeruchs aufgezeigt.

Nach einer kurzen mikrobiologischen Erläuterung werden im längsten Kapitel des Buches, mit fast 60 Seiten, die möglichen oralen, extraoralen und psychischen Ursachen erklärt. Dabei liegt der Fokus bei den oralen Ursachen. Es wird speziell auf Zunge, Parodont, Implantate, Wurzelkanäle und insuffiziente Restaurationen, abnehmbaren Zahnersatz sowie reduzierte Speichelflussrate eingegangen, begleitet von vielen anschaulichen Abbildungen.

Im nächsten Kapitel wird der Ablauf einer professionellen Mundgeruch-Sprechstunde beschrieben. Da-

bei erhält der Leser viele Informationen, die für die eigene Sprechstunde nützlich sind.

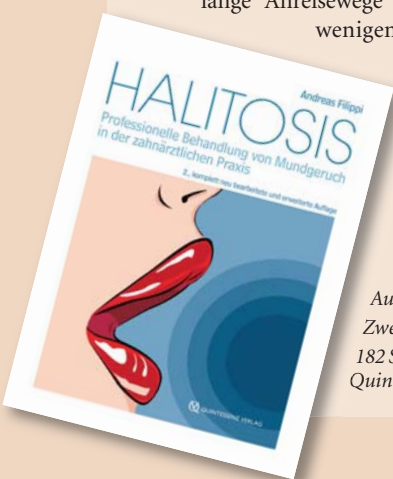
Unter dem vierten Kapitel werden die verschiedenen Therapiemöglichkeiten bei oraler Ursache abgehandelt. Zudem werden Mundgeruch vermindernde Wirkstoffe sowie neue Therapieansätze zusammengefasst. Im letzten Kapitel werden anhand von vier Patientenfällen Diagnostik, Therapie und Verlauf praxisnah aufgezeigt und erläutert. Dies unterstreicht den klinischen Bezug des Buches.

Im Anhang werden nebst der Literatur, dem Sach- und Namensregister Materialien und Produkte, welche im Buch beschrieben sind, aufgelistet. Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass der Autor Prof. Dr. Andreas

Filippi seinem Ziel entsprechend praxistauglich, didaktisch sinnvoll und mit sehr anschaulichen Bildern das Thema Mundgeruch aufgegriffen hat. Das Buch kann als hervorragender Wegleiter für eine professionelle Mundgeruch-Sprechstunde benutzt werden und ist heute das deutschsprachige Standardwerk über Halitosis. [D](#)

Rezension:

Dr. med. dent. Andrea Zürcher
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie,
Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde
CH-4056 Basel
Tel.: +41 61 267 26 11
Andrea.Zuercher@unibas.ch



Autor Prof. Andreas Filippi, UZM Basel,
Zweite, komplett neu bearbeitete und erweiterte Auflage,
182 Seiten, 221 Abbildungen, ISBN 978-86867-100-1,
Quintessenz-Verlags GmbH

BESSERE MUNDGESUNDHEIT*

GREIFBAR FÜR IHRE PATIENTEN



Oral-B®

ELEKTRISCHE ZAHNBÜRSTEN

Eine Empfehlung - Gesunde Zähne ein Leben lang

Empfehlen Sie eine Oral-B® elektrische Zahnbürste, damit Ihre Patienten eine bessere Mundgesundheit erreichen können.

Effektive Mundpflege für den täglichen Gebrauch zu Hause und die verschiedenen Indikationen Ihrer Patienten, wie z.B.

- ZAHNFLEISCHSCHUTZ: 93% der Patienten reduzierten ihren zu hohen Putzdruck innerhalb von 30 Tagen*¹
- GINGIVITIS: Rückgang gingivaler Blutungen um bis zu 32% nach 6 Wochen^{a2}
- KIEFERORTHOPÄDISCHE APPARATUREN: Reduziert Plaque um 32% innerhalb von 8 Wochen^{b3}
- PLAQUE: Entfernt bis zu 99,7% der Plaque, auch in schwer zugänglichen Bereichen*^{c4}

References: 1. Janusz K et al. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):1-8. 2. Rosema NAM et al. *J Periodontol.* 2008;79(8):1386-1394. 3. Clerehugh V et al. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):1-8. 4. Sharma NC et al. *J Dent Res.* 2010;89(special issue A):599.

* im Vergleich zu einer herkömmlichen Handzahnbürste. * bei Verwendung der Oral-B® Triumph im Modus Reinigen mit der Aufsteckbürste Oral-B® Tiefen-Reinigung. ^b bei Verwendung der Oral-B® Triumph im Modus Reinigen mit der Aufsteckbürste Oral-B® Ortho. ^c bei Verwendung der Oral-B® Triumph im Modus Tiefenreinigung mit der Aufsteckbürste Oral-B® Tiefen-Reinigung.

Fordern Sie einen Oral-B Dentalfachberater an, um mehr über den Einsatz elektrischer Zahnbürsten bei verschiedenen Indikationen Ihrer Patienten zu erfahren
Tel.: 0049-203 570 570

Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe

Oral-B®