

Fortsetzung von Seite 1

doch relevante Unterschiede. So wird das parodontale Ligament bei der Para-implantitis wie eine natürliche Barriere. Die Infektion wird bindgewebig eingeschlossen und vom Knochen abgeschirmt. Dagegen sind Periimplantitiden gemäss Tord Berglund, Schweden, nur ungenügend eingekapselt, schreiten aggressiv voran und breiten sich zum Knochen hin aus, der in der Folge resorbiert wird.

Welche Faktoren eine Periimplantitis begünstigen, sagte Anders Mombelli, Schweiz, zusammen: eine ungenügende Menge keratinisierter Mukosa, zu geringes Knochenvolumen, ein kleiner Abstand zwischen Implantat sowie eine ungünstige dreidimensionale Implantatposition. Lisa Heitz-Mayfield, Australien, wies zudem darauf hin, dass bei zementierten Rekonstruktionen überwachungsrelevante Zementreste Bis-ko darstellen und Entzündungen verursachen können. Um das Implantat zu überwachen, sollte der Zahnarzt periapikale Röntgenbilder zum Zeitpunkt der definitiven prothetischen Versorgung und anschliessend einmal jährlich im Rahmen der obligaten Nachkontrollen erstellen. Neben dem Röntgenbild sind auch klinische Untersuchungen, Tiefe und klinische Entzündungszeichen wichtige Parameter.

Welche Therapien haben sich bewährt?

Giovanni Salvi, Schweiz, und Frank Schwarz, Deutschland, präsentierten den aktuellen Stand der Wissenschaft zur Periimplantitis. Nach einer vorbereitenden Phase, in der Risikofaktoren wie mangelhafte Mundhygiene oder schlecht zu reinigende Rekonstruktionen eliminiert werden, folgt die nichtchirurgische Behandlung mit Entfernung des Biofilms und antimikrobieller Therapie. Systemische oder lokale Antibiotika, Laser, aber auch die photodynamische Therapie können mit gutem Erfolg eingesetzt werden.

Ein bis zwei Monate später wird der Defekt reevaluiert und bei Bedarf eine chirurgische Therapie mit Entfernung des Granulationsgewebes und Dekontamination der Implantatoberfläche durchgeführt. Zusätzlich können Antibiotika verabreicht werden. Eine Implantatkapf im Anschluss kann die erneute Beschädigung durch Implantatoberfläche verhindern. Frank Schwarz stellte das Verfahren näher vor. Dabei wird das Schraubentief des Implantats abgeschliffen, und das Implantat hell-an-schliessend gedeckt ein. Will man ausserdem verlorenes Gewebe durch regenerative Massnahmen ersetzen, sind umlagerte bewährte Produkte zu verwenden.

Die Tatsache, dass im parodontal kompromittierten Gebiss die Entwicklung einer Periimplantitis begünstigt wird, gibt vielen als ein Argument dafür, auch Zähne mit starkem Knochenverlust und Furkationsproblemen zu erhalten. Niklaus P. Lang, Schweiz, stellte deshalb in der ersten Session des Symposiums eine Orientierungshilfe für die Entscheidung Zahn zu vs. Zahnextraktion bei parodontal kompromittierten Zähnen vor. Im Anschluss präsentierten die Redner entsprechende Daten zum Management von intraseminalen Defekten und Furkationsproblemen.

Früh eingreifen lohnt sich

Die optimale Therapie beginnt früh. Ein Vergleichsklinikum kann helfen, die Entscheidung um die Entscheidung, die schon



vor oder gleich nach der Zahnextraktion ausführt und baldiger Knochenverlust ebenfalls mit einem Biomaterial.

Klare Richtlinien für grössere Augmentationen

Neben der „frühen Regeneration“ gleich nach der Zahnextraktion stand die klassische Knochenregeneration im Fokus – etwa die Frage, wie sich die GBR-Technik im Laufe der Jahre verändert haben. Daniel Buser, Schweiz, betonte den grossen Fortschritt, den resorbierbare Membranen in Kombination mit einem Knochenersatzmaterial für die tägliche Praxis bedeuten. Das am besten bewährte Protokoll ist die frühe Implantatsetzung (nach vier bis acht Wochen) in Kombination mit einer simultanen Konturaugmentation, mit dem Biomaterial und autologem Knochenchips verwendet werden. Wissenschaftlich geführte Biomaterialien stellen für Daniel Buser einen massgeblichen Faktor neben der Therapierfolge dar. Massimo Simon, Italien, beschrieb die Entwicklung der horizontalen und vertikalen Augmentationstechniken über die Jahre. Gemäss seinen Ausführungen gelte mittlerweile, darum, die verschiedenen Verfahren zu vereinfachen. Dennoch sollte technisch anspruchsvolle Augmentationen nach wie vor nur von Spezialisten durchgeführt werden.

Weichgewebemanagement – immer wichtiger für Ästhetik und Funktion

Nicht nur die gestiegenen ästhetischen Ansprüche der Patienten machen das Weichgewebemanagement zu einem so wichtigen Thema. Ausreichend keratinisierte Mukosa rund um Implantat scheint auch als Schutz vor Periimplantitis zu wirken. Am Osteology Symposium in Monaco stellten die Referenten deshalb verschiedene Methoden der Weichgewebemanagement vor.

Ein Schwerpunkt lag auf der Frage, in welchen Fällen Biomaterialien anstelle von Bindegewebe- oder freien Schleimhauttransplantaten verwendet werden können. Das „Weichgewebe aus der Dose“ erprobt sowohl Operationsteil als auch Schmerzmittel, da dem Patienten kein Gewebe aus dem Gaumen entnommen werden muss. Ein Patient berichtete, dass er „patient reported out-

come“, zeigt sich dieser Vorteil in einer grösseren Patientenzufriedenheit, wie Todd Scheyer, USA, in einer Studie zeigte.

Anton Sculan, Schweiz, und Giovanni Zaccari, Italien, fokussierten in ihren Vorträgen auf die Revisionsdeckung. Wird dazu nur ein konvexer Verschiebklappen gebildet, kommt es seltener zur kompletten Wurzeldeckung, als wenn zusätzlich ein Bindegewebe- oder Endogin-klappen eingesetzt werden. Eine Alternative zum Verschiebklappen ist der modifizierte Tunnel. Dabei wird ein Bindegewebe-Transplant aus dem Gaumen oder ein verträgliches Biomaterial in einem Tunnel über die Gingiva gezogen und dort verbleibt. Die Vorteile des technisch anspruchsvollen Verfahrens: kaum Narbenbildung, besser Durchblutung gefördernde Anpassung. Die Methode ist vor allem für multiple Revisionen der Miller-Klasse I und II geeignet.

Orale Regeneration bei medizinisch kompromittierten Patienten

Mit der oralen Regeneration bei kompromittierten Patienten befasste sich eine Session unter der Leitung von Friedrich W. Neukam, Deutschland. So wird beispielsweise Diabetes mellitus mit einer verringerten Knochenichte, verzögerter Knochen- und Wundheilung sowie erhöhtem Komplikationsrisiko in Verbindung gebracht. Gut kontrolliert stellt die Erkrankung keine Kontraindikation für regenerative Massnahmen respektive Implantatsetzung dar. Da die Heilung aber länger dauert, sollte nach GBR-Massnahmen mindestens zwei Monate länger als normal gewartet werden, bevor ein Implantat gesetzt wird, sagte Nikos Donsos, Grossbritannien.

Eine schwerwiegende Erkrankung diskutierte Wilfried Wagner, Deutschland, die Kiefernekrose. Sie tritt vor allem nach zahnmedizinischen Eingriffen an Patienten auf, die im Rahmen einer Tumortherapie intravenös mit Bisphosphonaten behandelt werden. Patienten mit Prostatatacten sind häufiger betroffen als Patienten mit multiplem Myelom oder Brustkrebs. „Das Risiko ist nicht, ein Implantat zu verlieren, sondern Teile des Kiefer“, machte der Referent die Gefahr deutlich. Bei einer

malignen Primärerkrankung, intravenös applizierten hochpotenten Bisphosphonaten über einen langen Zeitraum und einer zusätzlichen Chemo- oder Kortisontherapie sind deshalb Augmentationen und Implantatsetzungen dringender zu vermeiden. Auch wenn das Risiko wesentlich kleiner ist, kann aber auch die orale Bisphosphonatgabe zu Kiefernekrosen führen.

Wissenschaft am Kongress erlaubt Blick in die Zukunft

Die Regenerationsforschung ist für den Kongress ein Schwerpunkt. Die Regenerationsforschung und Kliniker zusammenzubringen, sind Kernanliegen der Osteology Stiftung. Entsprechend gab es in Monaco nicht nur eine grosse Posterausstellung, sondern auch zwei sehr gut besuchte Workshops für Wissenschaftler und ein ganztägiges Forum mit Präsentationen aktueller Arbeit. Nach Schluss wurde der Osteology Research Prize verliehen. Für den Bereich präklinische Forschung ging er an Elena Martinez-Sanz, Spanien, und ihre Arbeit: „Minimally invasive deep palate repair using injectable hydrogels.“ Im Bereich klinische Forschung gewann Mario Bocuzzi, Italien, den Preis mit einer Arbeit zu „Long-term (ten year) stability of soft tissues around implants following ridge preservation techniques by means of collagen-coated bovine bone.“

Führungsrolle in der regenerativen Zahnmedizin

Mit ihrem Gebirgszahnkrankenhaus hat die Osteology Stiftung ihre Führungsrolle in der regenerativen Zahnmedizin gefestigt, sowohl hinsichtlich Weiterbildung als auch in Bezug auf Forschungserfordernisse. Ihr Engagement macht sie unverzichtbar. In ihrer Kongresspräsentation stellte die Stiftung deshalb fest: „Regenerative dentistry without Osteology is like a smile without teeth.“

Das nächste Osteology International Symposium wird 2016 stattfinden. 

Osteology Foundation
Tel.: +41 368 44 07
www.osteology.org

