

Wann gilt eine Periimplantitis als erfolgreich therapiert?

Jeannette Enders, *Dental Tribune*, sprach mit Prof. Dr. Andrea Mombelli, Leiter der Abteilung für Orale Physiopathologie und Parodontologie der Universität Genf, Schweiz.

Periimplantitis und periimplantäre Mukositis gehören zu den großen Herausforderungen in der Implantologie. In Hinblick auf den Langzeiterfolg von Implantaten gilt es, möglichst früh Entzündungszeichen des periimplantären Gewebes zu erkennen und durch Reinigung der Implantatoberfläche und einer antimikrobiellen Therapie zu bekämpfen.

Dental Tribune: Was unterscheidet eine Periimplantitis von einer periimplantären Mukositis?

Prof. Dr. Mombelli: Die Mukositis ist eine Entzündung der periimplantären Weichgewebe ohne Beteiligung des Knochens.



Prof. Dr. Andrea Mombelli auf dem SSP-Kongress in Fribourg im September 2013.

Welche diagnostischen Empfehlungen geben Sie an die Zahnärzte, um diese Erkrankungen frühzeitig zu erkennen?

Um pathologische Prozesse frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, bevor irreversible Schäden entstanden sind, ist die regelmäßige Nachkontrolle wichtig. Klinisch gibt die Entzündung Anlass zur Blutung nach vorsichtigem Sondieren. Das Gewebe kann gerötet sein und eventuell ist eine Schwellung sichtbar. Bei der Routinekontrolle stellen sich zunächst die folgenden Fragen: Dringt die Parodontalsonde mehr als 3 mm ein? Blutet es? Gibt es Eiterbildung? Gibt es andere Entzündungszeichen wie Rötung oder Schwellung der periimplantären Mukosa? Danach ergeben sich folgende

parafunktioneller Überlastungen, welche zu krestalen Mikrofrakturen am Implantat-Knochen-Interface führen?

Offene Hohlräume und Spalten können von Bakterien besiedelt werden. Die benachbarten Gewebe reagieren darauf mit Entzündung, das ist klar. Andererseits bleibt in der Mundhöhle nichts auf Dauer steril und die Wirtsgewebe wissen damit in der Regel recht gut umzugehen. Praktisch gesehen geht es darum, die Menge der Noxe dauerhaft möglichst gering zu halten. Eine Suprastruktur, die eine regelmäßige Biofilmentfernung zulässt, und die genaue Passform der Rekonstruktion, vor allem im submukösen Bereich, sind zweifellos wichtig. Fehlpassungsbedingten Divergenzen messe ich größere Bedeutung

nicht behandelt werden kann. Es braucht immer die minutiöse Reinigung der gesamten kontaminierten Implantatoberfläche. Um den Biofilm vollständig zu entfernen, muss diese meistens chirurgisch dargestellt werden.

Wann gilt eine Periimplantitis als erfolgreich therapiert?

Das unmittelbare Ziel ist die Abwesenheit klinischer Entzündungszeichen, insbesondere von Eiteraustritt aus dem periimplantären Sulkus. In jedem Fall muss die Situation langfristig beobachtet werden. Stabilität oder gar Knochengewinn kann ja nicht sofort festgestellt werden.

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

Das lässt sich nicht verallgemeinernd beantworten. Neben der Aussicht auf Heilung der Infektion und der zu erwartenden Weichgewebsverhältnisse nach Abheilung spielen auch behandlungstaktische Fragen eine Rolle. Gesund aber hässlich ist ja nicht in allen Fällen das optimale „Outcome“, und der Zeitbedarf spielt auch eine Rolle.

Können knochenbauende Maßnahmen am Implantat nach einer Erkrankung an Periimplantitis vorgenommen werden?

Ja, die Voraussetzung ist die vorgängige Heilung der Infektion.

Ist eine Reosseointegration möglich?

Reosseointegration auf einer vorgängig kontaminierten Implantatoberfläche wurde beim Menschen nicht klar nachgewiesen und kann dem Patienten nicht versprochen werden. Im besten Fall bildet sich zwischen neuem Knochen und Implantat eine Art bindegewebige Kapsel.

Gibt es aktuelle Daten zum Vorkommen von Periimplantitis und periimplantärer Mukositis?

Wir haben zuhanden der EAO Konsensus-Konferenz 2012 eine umfassende Übersichtsarbeit zu diesem Thema verfasst (Mombelli et al., The epidemiology of peri-implantitis. Clinical Oral Implants Research 23 supplement 6, 67–76, 2012). Die Prävalenz der Periimplantitis während eines Zeitraumes von fünf bis zehn Jahren nach der Implantation liegt in der Größenordnung von zehn Prozent Implantate und 20 Prozent Patienten. Die Angaben schwanken von Studie zu Studie allerdings stark. Faktoren, welche die Zahlen beeinflussen, sind die Definition der Krankheit, die Differenzialdiagnose, die gewählten Schwellenwerte für Sondierungstiefen und Knochenschwund, sowie Unterschiede in den Behandlungsmethoden und der Nachsorge. Rauchen und eine Parodontitisanamnese sind mit einer höheren Prävalenz der Periimplantitis assoziiert. Chronische Erkrankungen, die das Infektionsrisiko erhöhen, zum Beispiel Diabetes, spielen auch eine Rolle.

Vielen Dank für das Gespräch!

„Das unmittelbare Ziel ist die Abwesenheit klinischer Entzündungszeichen.“

Anschlussfragen, deren Beantwortung ein Röntgenbild voraussetzt: Gibt es Knochenverlust? Und wenn ja – gibt es für Knochenverlust einen plausiblen Grund oder ist es Periimplantitis?

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

Es gibt keine klinische Studie, die deren Zusatznutzen über die genaue klinische und radiologische Untersuchung hinaus belegt. Obschon ich für Kollegen und Patienten, die mehr wissen möchten, sehr viel Sympathie habe, muss man sagen, dass die gegenwärtig zur Verfügung stehenden prophylaktischen und therapeutischen Optionen eine solche Testung nicht voraussetzen. Man kann davon ausgehen, dass es sich in allen Fällen um eine bakterielle Mischinfektion handelt, bei der anaerobe, gramnegative Keime eine wichtige Rolle spielen. Sieht es klinisch gesund aus, wird der Test negativ ausfallen.

Welche Rolle spielt die bakterielle Besiedelung der Hohlräume und Spalten eines Implantats bei der Periimplantitis? Und was meinen Sie in diesem Zusammenhang zur Theorie fehlpassungsbedingter Spannungen oder

zu als okklusaler Überbelastung, sofern diese nicht extrem ist, wie zum Beispiel bei Bruxismus.

Auf dem Markt gibt es eine Vielzahl von Mundspüllösungen. Welche Zusammensetzung ist bei diesen für die antimikrobielle Therapie die effektivste?

Wir arbeiten seit Anbeginn mit Chlorhexidinlösungen und sehen keinen Grund, dies zu ändern.

Bei der Behandlung mit systemischen Antibiotika: Welche sind geeignet? Welche Bedeutung haben parodontopathogene Keime?

Basierend auf umfangreichen Studien in der Parodontologie und der Kenntnisse der Keimzusammensetzung der periimplantären Flora setzen wir heute in der Regel die Kombination von Amoxicillin und Metronidazol ein. Eine eigene multizentrische Studie und Arbeiten anderer Forschungsgruppen zeigen gute Resultate. Bei Unverträglichkeit, z.B. Penizillinallergie, kann auch nur Metronidazol allein verschrieben werden. Dieses ist jedoch nicht gegen alle inkriminierten Keime wirksam. Sehr wichtig ist die Zusatzbemerkung, dass Periimplantitis rein medikamentös



easy-graft®CRYSTAL

bionic sticky granules



easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling!
beschleunigte Osteokonduktion, nachhaltige Volumenstabilität

Vertrieb Österreich:

MEDOS | Austria

Medos Medizintechnik OG
Löwengasse 3, A-1030 Wien
Tel.: 01 7151474, Fax: 01 7151475
info@medosaustria.at
www.medos.at

SUNSTAR
GUIDOR®

Degradable Solutions AG
Member of Sunstar Group
Wagistrasse 23
CH-8952 Schlieren/Zürich
www.easy-graft.com