





Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

**Abb. 4:** Bei der gezeigten Patientin wurden 24 Stunden zuvor die rechten Kieferhälften (oben und unten) geschlossen behandelt. Die linke Seite ist noch unbehandelt. Ein deutlicher Unterschied im Aussehen der Gingiva ist erkennbar: während die Gingiva links noch bläulich livide ist, imponiert die rechte Seite durch eine Blassfärbung. – **Abb. 5:** Das postoperative Bild zeigt deutliche black holes im Interdentalraum. Eine vor Jahren durchgeführte endodontische Behandlung hat zur Verfärbung des Zahnes geführt, die Zahnhälse liegen frei. – **Abb. 6:** Nach einer Überkronung sind die ästhetischen Probleme beseitigt.

hygiene verschlechtert hat, Erkrankungen aufgetreten sind und Ähnliches. Die genannten Risikoanalysen müssen jedoch kritisch betrachtet werden, denn noch kennen wir die Pathogenese nicht vollständig. Psychosozialer Stress des Patienten ist zudem für den Behandler schwer einzuschätzen. Die Prognose hängt auch von nicht patientenbezogenen Faktoren wie dem Niveau der Behandlung und der Motivation des Behandlungsteams ab.

### Parodontitis – Periimplantitis

Ursachen für Parodontitis und Periimplantitis sind die bakteriellen Beläge auf den Zähnen bzw. Implantaten an deren Durchtrittsstelle durch die Gingiva bzw. Mukosa, der pathogene subgingivale Biofilm. Aber es gibt strukturelle Unterschiede. Während der Zahn über einen desmodontalen Faserapparat mit dem Knochen verbunden ist, ist das Implantat osseointegriert und vom periimplantären Hart- und Weichgewebe umgeben. Dieses Gewebe ist für Infektionen anfälliger. Tierexperimentelle Studien schienen darauf hinzuweisen, dass der Schutzmechanismus des epithelialen und bindegewebigen Attachments gegen die Attacke von Bakterientoxinen und die

Ausbreitung des entzündlichen Zellinfiltrates beim Implantat weniger effizient sind als beim natürlichen Gebiss.<sup>19</sup> Auch bei der Periimplantitis kennt man Differenzierungen: leichte Periimplantitis (ST < 7 mm bzw. Knochenabbau ≤ 2 mm) und schwere Periimplantitis (ST ≥ 7 mm bzw. Knochenabbau > 2 mm).<sup>20</sup> Um die Diagnose einer Periimplantitis zu stellen, stützt sich der Behandler auf die klinischen Parameter wie Sondierungstiefen, Entzündungszustand der periimplantären Weichgewebe und Progression des röntgenologischen Knochenabbaus. Die Mobilität eines Implantates ist ein Zeichen fehlender Integration. Bei Parodontitis und Periimplantitis ist die Therapie primär antiinfektiös. Die Entfernung der bakteriellen Plaque von den strukturierten Implantatoberflächen gestaltet sich deutlich schwieriger, weil der Zugang zur Implantatoberfläche durch Suprastrukturen, Platform Switching und/oder Gewindeschrauben erschwert ist, während dies an den natürlichen Zähnen deutlich einfacher durchzuführen ist (Abb. 4). Daher sollte der chirurgische Zugang bei einer Periimplantitis frühzeitiger als bei der Parodontitis gewählt werden. Dass die Therapie der Periimplantitis weitaus schwieriger ist als die Parodontitisbehandlung, spricht für den weit-

gehenden Zahnerhalt, zumal bislang von evidenzbasierten Therapiekonzepten bei der Periimplantitis nicht gesprochen werden kann. Da häufig Patienten ihre Zähne aufgrund einer Parodontalerkrankung verloren haben, steigt die Chance, nach einer Implantatinsertion an einer Periimplantitis zu erkranken vor allem, wenn der Zahnverlust eine Folge mangelhafter Compliance war. Außerdem darf nicht vergessen werden, dass erst eine erfolgreiche Parodontaltherapie die Grundlage für eine erfolgreiche Implantatinsertion schafft.<sup>21,22</sup>



Auch wenn nach einer parodontalen Behandlung die Ästhetik aufgrund von Stützgewebdefekten, Rezessionen, fehlender Interdentalpapillen und verlängerten klinischen Kronen leiden kann, gibt es inzwischen Möglichkeiten, minimalinvasiv mit hochästhetischen Kompositen, Veneers oder Überkronungen ästhetisch ansprechende Lösungen zu finden (Abb. 5 und 6). Ob eine abnehmbare Versorgung mit Kunststoffgingiva die ästhetisch ansprechendere Lösung ist, muss der Patient entscheiden.

### Fazit

Enossale Implantate sind eine unschätzbare Bereicherung des zahnärztlichen Therapiespektrums, kann man mit ihnen doch das Beschleifen von karies- und restaurationsfreien Zähnen bei einer Einzelzahnücke vermeiden oder in einem Restgebiss einen festsitzenden Zahnersatz realisieren. Dabei darf die Gefahr einer Periimplantitis nicht verdrängt werden. Mit der Extraktion eines parodontal erkrankten Zahnes ist die Parodontitis nicht beseitigt. Und die Risikofaktoren, die für die Parodontitis gelten, gelten auch für die Insertion eines Implantates. Während für die Therapie der Parodontitis gut dokumentierte und Erfolg versprechende Konzepte etabliert sind, existieren diese zumindest zurzeit noch nicht in vergleichbarer Form für die Periimplantitis. Erstrebenswerter und auch häufig realisierbar erscheint doch da der Erhalt möglichst vieler natürlicher Zähne bis ins hohe Alter. Bei Zähnen mit kritischer Prognose, akuten rezidivierenden Entzündungen, insbesondere beim zweiten Molaren mit Furkationsbefall, wenn der erste bereits fehlt, ist eine Extraktion mit nachfolgender Implantation zu überdenken. **FN**



### FN Adresse

Prof. Dr. Astrid Brauner  
Hugo-Preuss-Str. 37  
41236 Mönchengladbach  
info@laecheln-in-mg.de  
www.laecheln-in-mg.de

## Knochenaufbaumaterial

# easy-graft®

- ✓ 100 % alloplastisches Knochenaufbaumaterial
- ✓ Soft aus der Spritze
- ✓ Im Defekt modellierbar
- ✓ Härtet in situ zum stabilen Formkörper

[www.easy-graft.com](http://www.easy-graft.com)

### Verkauf:

Sunstar Deutschland GmbH  
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau  
Fon: +49 7673 885 10855  
Fax: +49 7673 885 10844  
service@de.sunstar.com