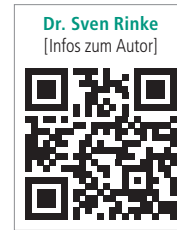




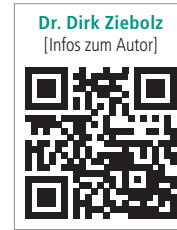
Zahlreiche klinische Langzeitstudien belegen für implantatprothetische Versorgungen in unterschiedlichen Indikationen einerseits hohe Überlebens- und Erfolgsraten¹⁻³, andererseits werden aber auch gehäufte biologische Komplikationen in Form periimplantärer Entzündungen beschrieben, die in Form einer Mukositis auftreten können. Dieser Entzündungsprozess ist auf die periimplantären Weichgewebe begrenzt und durch eine entsprechende Therapie vollständig reversibel. Ein Fortschreiten der Entzündungsprozesse führt jedoch unweigerlich zu einem progredienten periimplantären Knochenverlust und der Bildung vertiefter periimplantärer Taschen, der sogenannten Periimplantitis.



Dr. Sven Rinke
[Infos zum Autor]



ZA Gerhard Schmalz
[Infos zum Autor]



Dr. Dirk Ziebolz
[Infos zum Autor]



Teil 1 des Artikels
[E-Paper]

Periimplantäre Erkrankungen – Erkennen, Therapieren und Vorbeugen

Teil 2: Therapie von Mukositis und Periimplantitis

Priv.-Doz. Dr. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc., ZA Gerhard Schmalz, Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc.

In den letzten Jahren konnten verstärkt Erkenntnisse zur Ätiologie und Pathogenese der periimplantären Entzündungen gewonnen werden. Basierend auf diesen Ergebnissen kann von einer implantatbezogenen Periimplantitisprävalenz von 10 % nach einer Funktionsperiode von fünf bis zehn Jahren ausgegangen werden.⁴ Patientenbezogene Periimplantitisraten liegen demgegenüber bei ca. 20 % und veranschaulichen noch einmal die Notwendigkeit der intensiven Bemühung um die Etablierung effektiver Therapieverfahren.⁵

Die Etablierung eines Biofilms auf der Implantatoberfläche spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der periimplantären Entzündung, die vorwiegend mit der Etablierung gramnegativer anaerober Bakterienstämme assoziiert ist. Diese Situation ähnelt der von Patienten mit einer fortgeschrittenen Parodontitis an natürlichen Zähnen.⁶ Entsprechend ist die Elimina-

tion des auf der Implantatoberfläche etablierten Biofilms das oberste Ziel der Therapie von Mukositis und Periimplantitis.^{4,7}

Nachfolgend sollen die vorliegenden Erkenntnisse aus klinischen Studien zur Effizienz und Effektivität der unterschiedlichen Therapieverfahren zur Behandlung der Mukositis und Periimplantitis zusammengefasst und daraus Empfehlungen für ein Vorgehen in der täglichen Praxis abgeleitet werden.

Therapieoptionen zur Behandlung der periimplantären Mukositis

Generell wird davon ausgegangen, dass die Mukositis ein Vorstadium der Periimplantitis darstellt, sodass bei einer unbehandelten Mukositis langfristig eine Progression mit Verlust des periimplantären Knochens zu erwarten ist.⁸ Aufgrund der strukturellen Besonderheiten der periimplantären Mukosa

(paralleler Kollagenfaserverlauf, reduzierte Vaskularisation) ist zwar von einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber bakteriellen Infektionen auszugehen⁹, es existieren jedoch heute ausreichend klinische Daten, die belegen, dass diese Mukositis bei Durchführung einer effektiven Therapie reversibel ist. Sofern klinische Zeichen einer Entzündung der periimplantären Weichgewebe festgestellt werden, ist die mechanische Therapie (mit oder ohne adjuvante antiseptische Agenzien) die Behandlung der Wahl. Zahlreiche Studien belegen, dass allein durch die mechanische Reinigung eine Ausheilung der Mukositis möglich ist. Der zusätzliche Nutzen einer Anwendung von therapeutischen Mundspüllösungen (Chlorhexidin), lokalen antimikrobiellen Agenzien (CHX-Gel etc.) oder auch einer lokalen bzw. systemischen Antibiose bleibt jedoch aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse aus klinischen Studien unklar.^{8,9} Die konventionelle mechanische Reinigung

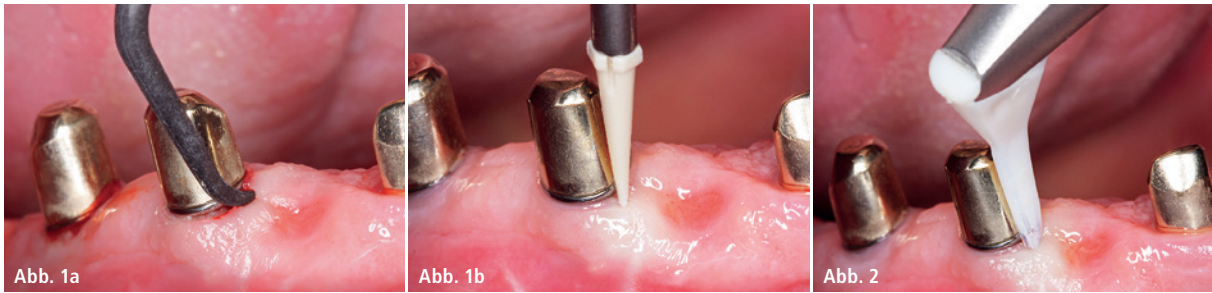


Abb. 1a und b: Die mechanische Reinigung mit geeigneten Handinstrumenten und Schall- oder Ultraschallansätzen stellt die Basis der effektiven Mukosistherapie dar. – **Abb. 2:** Neben der rein mechanischen Therapie scheint insbesondere das Air-Flow-Verfahren zur Reduktion der Entzündungsparameter im Rahmen einer nichtchirurgischen Initialtherapie effektiv zu sein.

kann demnach als effektive Maßnahme zur initialen Therapie der Mukositis empfohlen werden (Abb. 1a und b).¹⁰ Unabhängig von der Behandlung scheint die effektive Plaquekontrolle durch den Patienten ein wichtiger Faktor des Therapieerfolges zu sein. Entsprechend steht für die häusliche Mundhygiene eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfsmittel zur Verfügung. Damit der Patient seine Mundhygiene effektiv gestalten kann, sollte der Zahnarzt die prothetische Suprastruktur untersuchen und ggf. so modifizieren,

dass optimale Voraussetzungen für die häusliche Pflege geschaffen sind. Darüber hinaus sollte das Praxisteam sich Zeit nehmen, um dem Patienten die Hygieneunterweisung verständlich zu vermitteln und die Bedeutung einer effektiven Plaquekontrolle herauszustellen.⁶

Therapieoptionen zur Behandlung der Periimplantitis

Mit dem Fortschreiten der periimplantären Infektion kommt es zu einer Resorption des periimplantären Knochens und

einer Zunahme der Sondierungstiefen. Dabei zeigt sich im Vergleich zu einer Parodontitis weiter nach apikal reichendes, entzündliches Zellinfiltrat sowie ein vermehrtes Auftreten neutrophiler Granulozyten und Makrophagen.⁴ Die hierdurch bedingte schnellere Progression einer manifesten Periimplantitis kann durch die Exposition rauer Implantatoberflächen¹¹ weiter begünstigt werden. Vor diesem Hintergrund ist zum Stoppen des progredienten Entzündungsprozesses eine möglichst frühzeitige Intervention zwingend erforder-

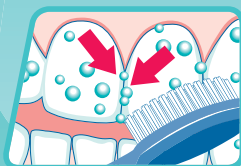
ANZEIGE

Exklusive nachhaltige Komplettpflege für Zähne und Zahnfleisch



MEDIZINISCHE ZAHNCREME MIT NATUR-PERL-SYSTEM

- ✓ optimale Reinigung bei minimaler Abrasion (RDA 32)
- ✓ 3x täglich anwendbar
- ✓ Doppel-Fluorid-System (1.450 ppmF)
- ✓ Xylitol für mehr Plaquehemmung



Das Perl-System:
Kleine, weiche, zu 100 % biologisch abbaubare Perlen rollen Beläge einfach weg – effektiv aber sehr schonend.

Jetzt Proben bestellen:

Bestell-Fax: 0711 75 85 779-71

Bitte senden Sie uns kostenlos:

- ein Probenpaket mit Patienteninformation
- Terminzettel-Blöckchen

Praxisstempel, Anschrift

Datum / Unterschrift

PJ Dez. 16



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echt · Tel. 0711 75 85 779-11
service@pearls-dents.de

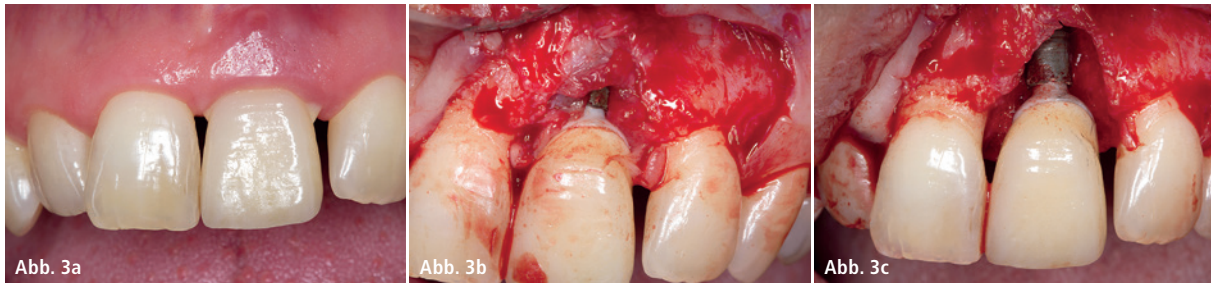


Abb. 3a–c: Die chirurgische Periimplantitistherapie ermöglicht einen verbesserten Zugang zum Defekt und damit auch eine sicherere und vollständige Entfernung des Granulationsgewebes.

derlich. Bei der Periimplantitistherapie sind nichtchirurgische und chirurgische (resektive oder regenerative) Verfahren zu unterscheiden.

Nichtchirurgische Periimplantitistherapie

Unter diesem Begriff ist die Dekontamination der betroffenen Implantatoberflächen unter Verwendung mechanischer und chemischer Hilfsmittel zu verstehen, ähnlich dem Scaling und Root Planing in der konventionellen Parodontitistherapie.¹³ Die Entfernung der mikrobiellen Plaque und der Endotoxine auf der Implantatoberfläche ist eine wichtige Voraussetzung für die Ausheilung der Entzündung. Zur mechanischen Therapie werden sowohl Handinstrumente aus Plastik oder Titan als auch spezielle Schall- oder Ultraschallgeräte mit Plastikansätzen, ebenso Air-Flow-Geräte, allein oder kombiniert mit Handinstrumenten, empfohlen.^{7,8} Aus der zur Verfügung stehenden Literatur zur Effizienz der alleinigen nichtchirurgischen Therapie zur Behandlung der Periimplantitis kann gefolgert werden, dass diese Therapie nur einen geringen, zeitlichen begrenzten Therapieerfolg verspricht.¹³

Für das Air-Flow-Verfahren konnten im Vergleich zur mechanischen Reinigung mittels Carbon-Küretten und Chlorhexidin-Applikation eine signifikante Reduktion von Bleeding on Probing (BOP) festgestellt werden¹⁴, dass dieses Verfahren eine Alternative im Rahmen der Therapie initialer Periimplantitisläsionen darstellen könnte (Abb. 2). In einigen Studien wird die nichtchirurgische mechanische Therapie mit der Anwendung von lokalen Antibiotika kombiniert. Dabei konnten Vorteile in Form einer erhöhten Taschentiefenreduktion und einer verbesserten Reduktion der Blutung festgestellt werden.^{6,13} Unter klinischen Gesichtspunkten erscheint die Kombination der nichtchirurgischen Therapie mit der Anwendung von lokalen Antibiotika der rein mechanischen Therapie überlegen zu sein. Diese Kombinationstherapie könnte insbesondere zur Behandlung initialer periimplantärer Läsionen sinnvoll sein. Für die Kombination der nichtchirurgischen Therapie mit der systemischen Gabe existieren demgegenüber keine ausreichenden Daten aus klinischen Studien, die eine Empfehlung für die praktische Anwendung rechtfertigen.⁶

Ein weiteres Verfahren im Rahmen der nichtchirurgischen Periimplantitistherapie stellt die laserunterstützte Dekontamination der Implantatoberflächen dar. Am häufigsten wird der Er:YAG-Laser angewendet, der Zahnstein sicher entfernt und darüber hinaus infizierte Implantatoberflächen reinigt.¹⁵ Die Effektivität des Er:YAG-Lasers wurde in einer Reihe kontrollierter Studien untersucht, allerdings gelten die positiven Effekte der Lasertherapie als begrenzt.^{16–18} Fasst man die bislang zur Verfügung stehenden klinischen Daten zur nichtchirurgischen Periimplantitistherapie zu-

sammen, so ergeben sich für alle Verfahren nur begrenzte Therapieeffekte, die zudem zeitlich limitiert sind.¹⁹ Die fehlende Stabilität des Behandlungserfolgs (> sechs Monate), insbesondere bei fortgeschrittenen periimplantären Läsionen, kann durch die nur unzureichende Entfernung bakterieller Biofilme von strukturierten Implantatoberflächen erklärt werden.^{8,12,13} Lediglich die nichtchirurgische Therapie mit mechanischem Debridement und der Anwendung lokaler Antibiotika scheint eine Option für die Behandlung initialer periimplantärer Läsionen darzustellen.^{6,13}

Chirurgische Periimplantitistherapie

Aufgrund der begrenzten Effektivität der nichtchirurgischen Therapie erscheint bei fortgeschrittenen Periimplantitisläsionen die Anwendung chirurgischer Therapieverfahren sinnvoll.^{20,21} Mit dieser Behandlung soll ein Zugang zur Implantatoberfläche geschaffen werden, um diese zu reinigen und so einen ungestörten Heilungsprozess zu ermöglichen und das Fortschreiten der Erkrankung zu reduzieren (Abb. 3a–c). Die Entscheidung, ob eine resektive oder regenerative chirurgische Therapie angewendet wird, hängt von der klinischen Situation ab.⁸ Auch wenn ein chirurgisches Vorgehen die Therapie der Wahl zu sein scheint, sollte sie erst den zweiten Schritt nach einer nichtchirurgischen Behandlung darstellen (Abb. 4). Eine vorbereitende Phase ermöglicht es dem Zahnarzt, zu überprüfen, ob sein Patient in der Lage ist, eine gute häusliche Mundhygiene durchzuführen. Wenn keine adäquate Mundhygiene erreicht wird, kann der Zahnarzt andere Behandlungsoptionen in Erwägung ziehen. Zudem ist es auch möglich, dass die initiale nichtchirurgische Therapie

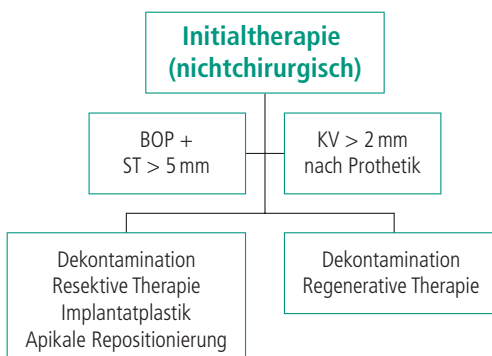


Abb. 4

Abb. 4: Ablaufschema für eine zweistufige Periimplantitistherapie. Die chirurgische Therapie wird erst nach einer nichtchirurgischen Initialbehandlung durchgeführt.

LUNOS®

VOR FREUDE STRAHLEN



NEU

Das umfassende Premium-Prophylaxe-System von Dürr Dental. Präzise aufeinander abgestimmte Prophylaxe-Produkte und das Pulverstrahlhandstück MyFlow mit Wechselkammerprinzip sind die Lösung für einen besonders effizienten und spürbar entspannten Praxis-Workflow. Lunos® lässt alle strahlen: Praxisteam, Zahnarzt und Patienten. [Mehr unter www.lunos-prophylaxe.de](http://www.lunos-prophylaxe.de)

 **DÜRR
DENTAL**
DAS BESTE HAT SYSTEM

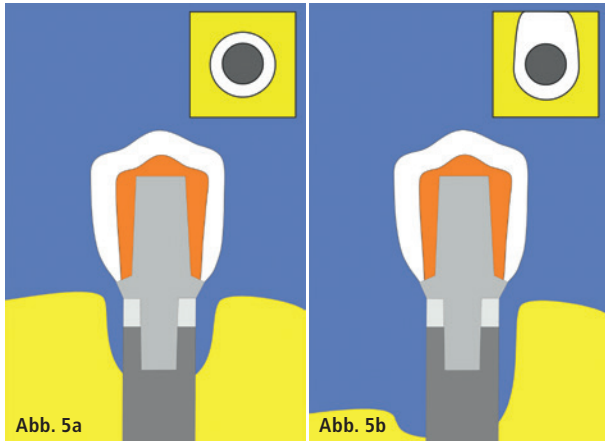


Abb. 5a und b: Regenerative Verfahren der Periimplantitistherapie sind insbesondere bei drei- und vierwandigen Defekten ein Erfolg versprechendes Verfahren zur Defektauffüllung.

das Problem löst.^{6,8} Bislang wurden im Rahmen der chirurgischen Periimplantitistherapie folgende Techniken beschrieben und klinisch nachuntersucht:

1. Open-Flap-Debridement, kombiniert mit resektiver Chirurgie und Implantatplastik

In einer bereits 2003 publizierten Fallserie konnte gezeigt werden, dass eine chirurgische Intervention mit Open-Flap-Debridement als alleinige Therapie nur bei etwas mehr als der Hälfte der periimplantären Entzündungen zu einer Ausheilung führt.²² In nachfolgenden Studien wurde das Open-Flap-Debridement mit Verfahren der resektiven Chirurgie und der Implantatplastik sowie erweiterten Dekontaminationsverfahren (Air-Flow) kombiniert. Eine Kombination des Open-Flap-Debridement mit einer resektiven Therapie zeigte demgegenüber bei initialen periimplantären Defekten eine verbesser-

te Ausheilung.²³ Auch die zusätzliche Anwendung der mechanischen Oberflächenbearbeitung von exponierten rauen Implantatoberflächen zeigte Vorteile gegenüber der alleinigen Durchführung des Open-Flap-Debridement.²⁴

In einer 2014 erschienenen Publikation wurde eine antiinfektiöse Therapie bei moderater bis fortgeschrittener Periimplantitis in Verbindung mit Open-Flap-Debridement und Implantatoberflächenreinigung mit einem ad-

juktiven systemischen Amoxicillin und Metronidazol untersucht. Die Patienten wurden nach drei, sechs und zwölf Monaten nachuntersucht und es zeigten sich statistisch signifikante Reduktionen ($p < 0,01$) bei den mittleren Sondierungstiefen, BOP und Suppuration.²⁵

2. Open-Flap-Debridement, kombiniert mit regenerativen Verfahren

Zum Erreichen des übergeordneten Behandlungsziels, der Reosseointegration der exponierten Implantatoberfläche, stehen zahlreiche regenerative chirurgische Verfahren zur Verfügung. In einem Literatur-Review wurde, basierend auf Tierversuchen, die Schlussfolgerung gezogen, dass die Reosseointegration einer vormals infizierten Implantatoberfläche möglich ist.²⁶ In diesem Zusammenhang hat sich insbesondere die Defektmorphologie als wichtiger prognostischer Faktor herausgestellt, vor-

allem drei- und vierwandige Defekte scheinen eine besonders günstige Prognose für eine regenerative Therapie zu haben (Abb. 5a und b).²⁷

Regenerative Verfahren bieten sich insbesondere im ästhetisch sensiblen Bereich an, da durch die erzielbare Defektauffüllung auch eine Weichgewebsunterstützung erreicht wird. Zudem können mögliche Weichgewebsrezessionen zusätzlich durch eine Weichgewebsunterfütterung mittels Bindegewebs-transplantaten oder einer porcinen Kollagenmatrix kompensiert werden.²⁸ Verschiedene Knochenaufbaumaterialien mit oder ohne adjunktiven Einsatz einer Membran oder aber auch die alleinige Verwendung einer Membran wurden über Jahre empfohlen, um den Knochen zu regenerieren und eine Reosseointegration einer zuvor kontaminierten Implantatoberfläche zu erreichen (Abb. 6a–c).^{8,12,19,21,29}

Studien berichten über Langzeitergebnisse der regenerativen Periimplantitistherapie.^{6,13} In der Mehrzahl der Studien zur chirurgischen Behandlung einer Periimplantitis wurde eine Kombination von Knochenaufbaumaterialien und Membranen verwendet, jedoch konnte kein offensichtlicher adjunktiver Effekt des angewendeten Konzepts zur Guided Tissue Regeneration im Vergleich zum alleinigen Knochenaufbau beobachtet werden. In einer Follow-up-Untersuchung von elf Patienten über eine Beobachtungszeit von vier Jahren wurde festgestellt, dass klinische Verbesserungen erhalten blieben, wenn eine kombinierte Behandlung mit einem xenogenen Knochenersatzmaterial (Bio-Oss®) und einer Kollagenmembran (Bio-Gide®) durchgeführt wurde.³⁰ Dabei zeigte sich, dass die Fähigkeit des Patienten, postoperativ eine gute häusliche Mundhygiene durchzuführen, eine der Voraussetzungen zur Langzeitstabilität des Behandlungserfolges darstellt.^{30,31} Obwohl viele der Behandlungen zu einer klinischen Verbesserung führen, z. B. durch eine reduzierte Sondierungstiefe in Kombination mit einer signifikanten röntgenologisch erkennbaren Auffüllung von Knochendefekten, wurde auch von Versagensfällen berichtet. Diese lassen sich möglicherweise auf eine

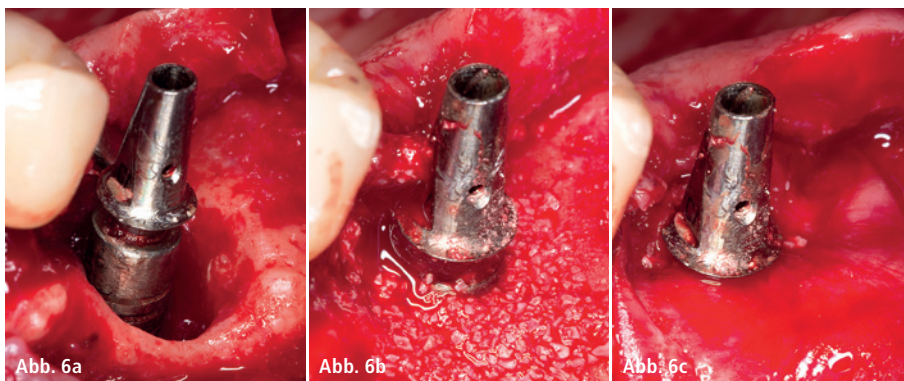


Abb. 6a–c: Beispiel für eine regenerative Periimplantitistherapie mit xenogenem Knochenersatzmaterial (Bio-Oss®, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz) und Abdeckung mit einer resorbierbaren Kollagenmembran (Bio-Gide®, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz).

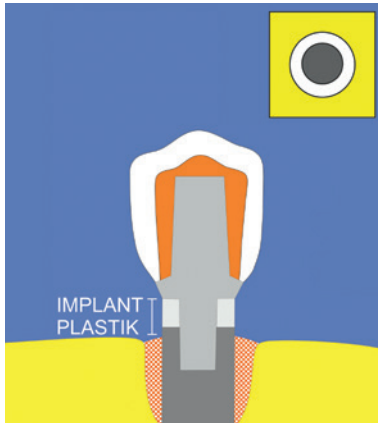


Abb. 7: Für ausgeprägte periimplantäre Defekte kann eine Kombination von regenerativer Therapie (intraalveolärer Defektanteil) und Implantatplastik für die suprakrestalen Implantatanteile durchgeführt werden.

Membranexposition zurückführen, auch wenn in vielen dieser Studien der Ansatz einer gedeckten Einheilung verfolgt wurde.¹³ Es wurde zudem geschildert, dass die Oberflächenstruktur der exponierten Implantatanteile die Biofilmbildung beeinträchtigt, was zu einer Progression der Erkrankung führen kann.³²

Entsprechend diesen Erkenntnissen werden neuerdings Therapieansätze propagiert, die eine regenerative Therapie mit einer Implantatplastik der freiliegenden suprakrestalen Implantatanteile favorisieren (Abb. 7). Allerdings konnten bislang nur wenige aktuelle Studien diese Kombination von regenerativen Verfahren (Augmentation der intraalveolären Defektanteile) mit einer Implantatplastik der suprakrestalen Implantatanteile aufzeigen. Erste Ergebnisse sind vielversprechend und erscheinen insbesondere zur Behandlung ausgedehnter periimplantärer Defekte geeignet zu sein.²⁷ Ein regenerativer Ansatz, bei dem der Einsatz von autogenem Knochen und einem xenogenen Knochenersatzmaterial mit gleichzeitiger Modifikation der Implantatoberfläche (Glättung mit einem diamantierten Instrument) kombiniert wurden, berichtet dabei von einer durchschnittlichen Reduktion der Sondierungstiefen von 4 mm und einer Defektfüllung von 3,5 mm.³³

Eine die chirurgisch-resektive oder regenerative Therapie begleitende Laser-Dekontamination kann zu besseren klinischen Ergebnissen führen als eine konventionelle Behandlung allein.

Sowohl kurz- als auch langfristige klinische Verbesserungen wurden beim Einsatz von Laserbehandlungen und auch für Air-Flow-Verfahren beschrieben, doch der wissenschaftliche Nachweis ist noch immer schwach.^{6,13}

Empfehlungen zum klinischen Vorgehen

Basierend auf diesen Erkenntnissen empfehlen Renvert und Polyzois (2015)⁶ das folgende klinische Vorgehen für die nichtregenerative chirurgische Periimplantitistherapie:

Die Schnittführung für die Lappenpräparation entspricht dem für die modifizierte Widman-Technik bekannten Verfahren. Mit dieser Technik kann eine ausreichende Menge Weichgewebe entnommen werden, um einen vollständigen Verschluss des knöchernen Defekts zu erreichen, wenn der Lappen repositioniert wird. Mit der Resektionstechnik kann überschüssiges/infiziertes Weichgewebe vor einer apikalen Repositionierung des Lappens entfernt werden. Nach dem Entfernen der das Implantat umgebenden Weichgewebemanschette wird eine sorgfältige mechanische Dekontamination der Implantatoberfläche durchgeführt. Für diese Behandlung wird der Einsatz von Reintitan-Instrumenten und einer aus Titan hergestellten rotierenden Bürste empfohlen (Abb. 8).

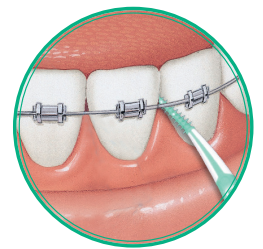
Nach der mechanischen Dekontamination werden die Implantatoberfläche und das Wundgebiet mit steriler Kochsalzlösung gespült. Wenn die Implantatoberfläche getrocknet ist, folgt die chemische Dekontamination der Implantatoberfläche mit Zitronensäure, Chlorhexidin, Tetrazyklin, Salzsäure, Chloramin, Wasserstoffperoxid oder Natriumchlorid. Im Vergleich zeigte sich keine dieser Substanzen als überlegen.²⁰ In vielen klinischen Studien wurde 3%iges Wasserstoffperoxid verwendet, um die Implantatoberfläche zu dekontaminieren, dieses Vorgehen kann für den klinischen Gebrauch empfohlen werden (Abb. 9).

Vor dem Wundverschluss sollte die Implantatoberfläche für mindestens zwei Minuten sorgfältig mit steriler Kochsalz-

GUM® SOFT-PICKS® Advanced

Die NEUE Generation

Weiche metall-, silikon- und latexfreie Gummiborsten reinigen **sanft**, **sicher** und **gründlich**.



- + Verbesserte Erreichbarkeit der Molaren** durch die leicht gebogene Form
- + Verbesserte Ergonomie**
- + Verbesserte Stabilität**



Mehr Informationen unter:

www.GUM-professionell.de



CME-Fortbildung

Periimplantäre Erkrankungen – Erkennen, Therapieren und Vorbeugen

Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc.,
ZA Gerhard Schmalz,
Priv.-Doz. Dr. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc.

CME-ID 80569

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/cme-fortbildung



Infos zur CME-Fortbildung
auf ZWP online

lösung gespült werden. In Abhängigkeit von der Morphologie des knöchernen Defekts kann nach der Dekontamination der Implantatoberfläche entweder ein resekatives oder ein regeneratives Verfahren angewendet werden. Bei einer bukkalen oder lingualen halbrunden Knochenresorption (oder falls beides gleichzeitig auftritt) ist die Möglichkeit der Defektregeneration begrenzt. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Resektion der mesialen und distalen Knochenanteile, um die

Weichgewebsadaptation zu erleichtern. Dieses Verfahren sollte postoperativ zu geringen Sondierungstiefen führen, kann jedoch im ästhetisch relevanten Bereich nicht zum Einsatz kommen.

Es scheint möglich, durch die Kombination der chirurgischen Therapie und unterschiedlichen Knochenaufbaumaterialien (autologer Knochen, Knochenersatzmaterialien) mit oder ohne Verwendung einer Membran eine Defektfüllung und teilweise auch eine Reosseointegration zu erreichen. Diese regenerativen Techniken sollten in Bereichen mit hohem ästhetischem Anspruch und bei passender Defektmorphologie zum Einsatz kommen (z. B. intraossaler Defekt, der mindestens 270° des Implantatumfanges umfasst). Bei guten Mundhygieneverhältnissen kann die initial erreichte Defektfüllung erhalten bleiben.³¹ Wurden Membranen verwendet, scheint postoperativ häufig eine Komplikation durch die Exposition der Membran aufzutreten. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist es wichtig, den Patienten unmissverständlich über die Möglichkeit einer Rezession mit nachfolgender Exposition des Implantatkörpers zu informieren. Bis jetzt liegen in der Literatur keine kontrollierten Studien vor, in denen augmentierte Implantatlager verglichen wurden, bei denen ein Oberflächen-Debridement oder lediglich eine Dekontamination durchgeführt wurden. Auch gibt es nur wenige klinische Studien zu den Langzeiteffekten einer regenerativen Therapie um vormals infizierte Implantate.^{6,12}

Zusammenfassung

Hat sich bereits eine Periimplantitis gebildet, basieren die vorgeschlagenen Behandlungsstrategien und Empfehlungen noch immer überwiegend auf persönlichen Erfahrungswerten. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass die nichtchirurgische Therapie – zumindest bei fortgeschrittenen Fällen – nicht effektiv ist. Chirurgische Techniken können erforderlich sein, um einen für eine Degranulation des entzündeten Gewebes ausreichenden Zugang zu schaffen, eine Dekontamination zu ermöglichen und, falls indiziert, die Implantatoberfläche zu modifizieren. Mit regenerativen Verfahren lässt sich in unterschiedlichem Ausmaß zumindest eine Defektfüllung und in beschränktem Maß auch eine Reosseointegration erzielen. Eine nichtchirurgische Therapie mit gleichzeitiger Verbesserung der Mundhygiene sollte vor dem Anwenden chirurgischer Maßnahmen erfolgen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen und ein engmaschiges Monitoring der behandelten Implantatlager sind essenziell, um ein Rezidiv zu vermeiden.

Literatur

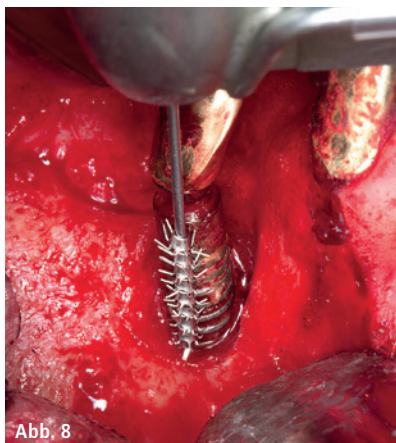


Abb. 8

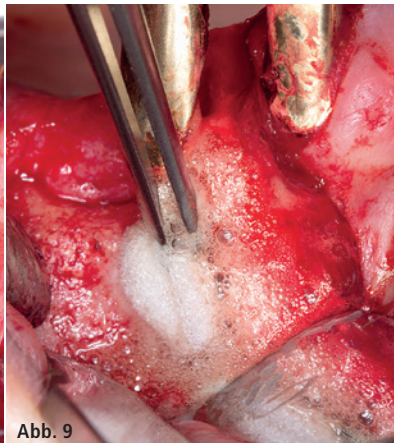


Abb. 9

Abb. 8: Zusätzlich zur mechanischen Reinigung mit Handinstrumenten können auch rotierende Titanbürsten zur Dekontamination eingesetzt werden. – **Abb. 9:** Eine 3%ige Wasserstoffperoxidlösung kann zur chemischen Dekontamination der Implantatoberfläche verwendet werden.

Kontakt

Priv.-Doz. Dr. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc.

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Zentrum ZMK
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
sven.rinke@med.uni-goettingen.de

Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc. ZA Gerhard Schmalz

Universitätsklinikum Leipzig AöR
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Parodontologie
Liebigstraße 10–14, 04103 Leipzig
dirk.ziebolz@medizin.uni-leipzig.de
gerhard.schmalz@medizin.uni-leipzig.de

Ihre Lösung zum Schutz gegen säurebedingten Zahnschmelzabbau

Handeln Sie rechtzeitig und helfen Sie Ihren Patienten, sich vor säurebedingtem Zahnschmelzabbau zu schützen

Die heutige moderne Ernährung kann reich an Säuren sein. Limonaden, Tee und frisches Obst können eine Demineralisierung der Zahnoberfläche bewirken sowie den Zahnschmelz schwächen und ihn so für den Abbau anfällig machen.¹⁻³

Bereits vier säurehaltige Speisen oder Getränke am Tag können Ihre Patienten dem Risiko von säurebedingtem Zahnschmelzabbau aussetzen.¹⁻³

Da bereits jeder dritte junge Erwachsene* Anzeichen von Zahnschmelzverlust aufweist, wofür der säurebedingte Zahnschmelzabbau als Hauptursache gilt,⁴ ist es wichtig, frühzeitig zu handeln.⁵ Zusätzlich zur Erteilung von Ernährungs- und Verhaltensratschlägen wird für Patienten mit dem Risiko eines säurebedingten Zahnschmelzabbaus die Verwendung einer speziellen Zahnpasta, wie z.B. Sensodyne Proschmelz®, empfohlen. Sensodyne Proschmelz® fördert mit ihrer optimierten Formulierung bei zweimal täglichem Zähneputzen die Remineralisierung und trägt dazu bei, Ihre Patienten vor zukünftigem säurebedingtem Zahnschmelzabbau zu schützen.

Es ist bewiesen, dass Sensodyne Proschmelz® den säuregeschwächten Zahnschmelz remineralisiert und härtet.⁷⁻¹⁰

Sensodyne Proschmelz® sorgt für eine bessere und tiefere Aufnahme von verfügbarem Fluorid in den Zahnschmelz verglichen mit anderen Fluoridzahnpasten und fördert damit die Härtung des demineralisierten Zahnschmelzes Ihrer Patienten.⁷



In-vitro-Untersuchungen mithilfe von DSIMS⁺ zeigen, dass die Behandlung mit Proschmelz® zu einer größeren Aufnahme von Fluorid in den Zahnschmelz führt als die Behandlung mit einer Wettbewerber-Fluoridzahnpasta.⁷



EMPFEHLEN SIE PROSCHMELZ® FÜR EINEN STARKEN, WIDERSTANDSFÄHIGEN ZAHNSCHMELZ

*18-35 Jahre. ⁺Dynamic Secondary Ion Mass Spectrometry. ⁺Sodium lauryl sulphate.

Referenzen: 1. Lussi A. Erosive Tooth Wear – a Multifactorial Condition. In: Lussi A, editor. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel, 2006. 2. Lussi A. Eur J Oral Sci 1996; 104: 191-198. 3. Hara AT et al. Caries Res 2009; 43: 57-63. 4. Bartlett DW et al. J Dent 2013; 41(11): 1007-1013. 5. Zero DT. Int Dent J 2005; 5: 285-290. 6. Lussi A et al. Caries Res 2004; 38 (suppl 1): 34-44. 7. Edwards MI et al. Correlation of Enamel Surface Rehardening and Fluoride Uptake – DSIMS imaging. Presented at IADR, September 2006. 8. GSK Data on file, 134320. 9. Fowler C et al. J Clin Dent 2006; 17(4): 100-105. 10. Barlow AP et al. J Clin Dent 2009; 20(6):192-198. **CHDE/CHSEN/0034/14**

