

# Periimplantitis? Nein, danke!

Periimplantitis und Parodontitis – neben einer ähnlichen bakteriellen Flora kennzeichnet sie eine weitere Gemeinsamkeit: eine entzündliche veränderte Vorstufe (Gingivitis und Perimukositis). In diesem Stadium kann eine optimierte Mundhygiene sowie professionelle Reinigung über den Verlauf entscheiden. Spezielle Prophylaxeprogramme und Produkte setzen an, sobald und ehe erste Anzeichen auftreten.

„Die gute Nachricht: Implantate können keine Karies bekommen. Die schlechte: Implantat-Parodontitis, die sog. Periimplantitis, kann zum Verlust von Implantaten führen“, mit diesen einfachen Worten erklärte eine Kollegin ihren Patienten bildlich, warum eine regelmäßige Prophylaxe nötig ist. Zugegeben, diese Beschreibung trifft nur annähernd die mikrobiologischen Fakten, der Kern bleibt jedoch: das größte Risiko für Implantatverlust und damit für einen langlebigen Zahnersatz ist und bleibt die Periimplantitis. Dabei gibt es heute Möglichkeiten, dieses Problem bereits bei den ersten Anzeichen, der Perimukositis, sicher und effizient in den Griff zu bekommen.

## Implantologie – dabei von Anfang an

Implantate sind aus der Zahnmedizin nicht mehr wegzudenken. Ob als Einzelkrone, Brücke oder zur Befestigung von Prothesen, für viele unserer Patienten sind moderne Implantate ein Segen. Gemessen am uralten Wunsch des Menschen, neue „eigene“ Zähne in den Kiefer einzupflanzen, ist die eigentliche Erfolgsstory der modernen Implantologie recht jung. In unserer oral- und kieferchirurgisch orientierten Praxis implantieren wir bereits seit 1993 und damit seit 17 Jahren mit jährlich steigenden Zahlen. Parallel dazu haben wir relativ bald ein spezielles Angebot zur Prophylaxebehandlung entwickelt, das hier kurz als Anregung bzw. zum Abgleich dargestellt werden soll.

## Unsere Maxime

Die Prophylaxe beginnt nicht erst nach, sondern lange vor dem Einsetzen der Suprakonstruktion. Aus unserer prophylaktisch-zentrierten Sicht teilen wir die „Implantation“ in drei Phasen ein:

1. Präoperative Phase
2. Insertionsphase
3. Individuelles Recall.

## Aufklärung und Hygienisierung

Bereits im Vorfeld der Insertion sollte der Patient sowohl mit möglichen als auch dringenden notwendigen prophylaktischen Maßnahmen vertraut gemacht werden. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, seine häusliche Mundhygiene rechtzeitig anzupassen bzw. vorzubereiten für die Zeit der Implantation, die Einheilphase und die Zeit nach dem Einsetzen der Suprakonstruktion. Er sollte außerdem genau darüber aufgeklärt sein, in welchem zeitlichen Rahmen die Behandlung ablaufen wird, schließlich können sich vier bis sechs Monate addieren. Grundsätzlich sollte bei jedem Patienten die Mundhöhle im Rahmen einer PZR hygienisiert werden. Einen hohen Stellenwert

haben Motivation und Instruktion zur häuslichen Mundhygiene. Dabei stelle ich immer wieder fest, wie interessant für die Patienten der Unterschied zwischen natürlichen Zähnen und Implantaten bezüglich der Verankerung im Knochen ist. Bewusst knüpfe ich hier an und zeige und erläutere dem Patienten gezielt, wie wichtig ein entzündungsfreies Implantatbett ist. Die Nachfrage „Was kann ich selbst für das sichere Einheilen bzw. für den Erhalt meiner Implantate tun?“ ergibt sich von selbst. Nicht in jedem Fall ist eine präimplantologische Parodontitisbehandlung ein Muss. Eine sorgfältige PA-Diagnostik ist jedoch Voraussetzung und sollte bei entsprechenden Befunden (BOP positiv, Taschentiefen > 3 mm etc.) in Anlehnung an die Empfehlungen zum PSI-Code einer Behandlung zugeführt werden. Natürlich fordert das vom Patienten zunächst einiges an Geduld, rückt doch damit sein eigentliches Ziel, sein Implantat, damit in weite Ferne. Generell zeigt sich jedoch, dass gerade Implantatpatienten gut für eine bewusste Pflege der Mundhöhle und die Erkennung früher Warnzeichen in dieser Phase zu sensibilisieren sind. Der hohe finanzielle Einsatz spielt dabei sicher eine wichtige Rolle. Zur speziellen Pflege von Implantaten empfehlen wir den Patienten gezielt einige wenige praktikable Produkte aus der mittlerweile recht breiten Produktpalette der Industrie.

## Achtung Wundheilung

Direkt postoperativ ist im OP-Bereich eine sehr weiche Bürste ratsam mit genauen Instruktionen zur Handhabung. Zusätzliche Spülungen mit zweiprozentiger CHX-Lösung täglich zweimal mit je einer Minute Einwirkzeit reduzieren nachweislich die Gefahr einer bakteriellen Besiedelung. Bei transgingivaler Einheilung der Implantate mit sichtbarer Verschlusschraube instruieren wir den Patienten zur Reinigung mit superweichen bzw. Single-Zahnbürsten, unter Verwendung eines antibakteriell

wirksamen Gels. Ist später die Suprakonstruktion eingegliedert, wird noch einmal gezielt mit dem Patienten das individuelle Vorgehen zu Hause abgesprochen. Die Zahnpasta sollte niedrig abrasiv und entzündungshemmend sein.

## Unsachgemäße Handhabung

Hilfsmittel, wie Interdentälbürsten mit kunststoffummantelter Spirale oder Spezialzahnseide werden demonstriert, trainiert und möglichst im nächsten Recall überprüft. Um es klar zu formulieren: Auch für Implantatpatienten sind aus meiner Erfahrung elektrische bzw. Schallzahnbürsten aufgrund der hohen Effizienz bei der Plaquebeseitigung nicht mehr wegzudenken. Besonders trifft dies auf Steg-



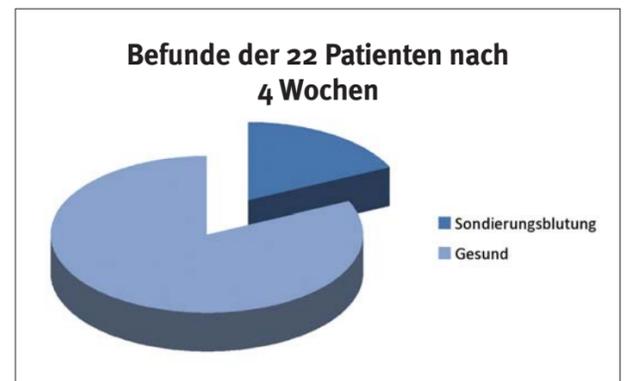
Abb. 1: Katrin Wenzel, Dresden: „Mukositis ist ein Warnzeichen, auf das konsequent in der Prophylaxe reagiert werden sollte.“

konstruktionen zu, die bei vielen unbezahnten Patienten bis vor einiger Zeit als Standardversorgung inseriert wurden. Mit elektrischen Zahnbürsten können intraloral alle Konstruktionen, von Stegen über Locatoren bis hin zu Teleskopen, gereinigt werden. Herausnehmbarer Zahnersatz kann damit auch extraoral von Plaque befreit werden. Je nach Einsatzgebiet und Patient sollte die Bürstenstärke so abgestimmt werden, dass sowohl Massageeffekte an der Gingiva als auch effiziente Reinigung möglich ist. Als problematisch für den Patienten und damit auch häufiger betroffen von Plaque, Zahnstein

und Entzündungen sind Stege und festsitzende Brückenkonstruktionen einzustufen. Die Reinigung im linguale Bereich, an unterminierenden Stellen bzw. im Übergangsbereich der Keramik zur Mukosa kann sich ohnehin sehr schwierig gestalten. Zudem kämpft ein großer Teil der älteren Patienten mit motorischen Problemen der Hände. Tritt hier eine Mukositis auf, kann dies die Vorstufe zur Periimplantitis bedeuten und bedarf unbedingter Behandlung und Kontrolle. Die vergleichsweise kleinen Köpfe der geeigneten elektrischen Modelle in Kombination mit den Reinigungsbewegungen direkt am Ort des Geschehens stellen, verglichen mit herkömmlichen Handzahnbürsten, eher die mechanische Reinigung sicher.

## Konsequent gegen Perimukositis

Mukositis ist ein Warnzeichen, auf das konsequent reagiert werden sollte. Da früher oder später die meisten der von Perimukositis befallenen Implantate auch mit Periimplantitis konfrontiert sind, sollten früh geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Bei unseren Patienten hat sich für diese Aufgabe ein neues Gel bewährt. Das Implantatenschutz-Gel Improtect (rdp dental, Malchow). Einfach und vor allem angenehm in Anwendung und Geschmack kamen die Patienten alle problemlos damit zurecht und bemerkten subjektiv eine Verbesserung. Die Kommentare reichten von: „Es fühlt sich gesünder an.“ bis „Die Blutung ist quasi weg.“ Die Auswirkungen der desinfizierenden und pflegenden Eigenschaften konnte ich in meinen Beobachtungen und Kontrollmessungen bestätigen. Diese sinnvolle Ergänzung besticht durch die einfache und regelmäßige Anwendung durch den Patienten. Die Wirkstoffe des Gels sind Weidenrindenextrakt, Melisse, Chlorhexidindigluconat und natürliche Öle. Es sind keine Paraffine integriert, die Allergien auslösen können, und es ist frei von Pfefferminz, was ja gerade für empfindliche Patien-



ten und Patienten in homöopathischer Behandlung entscheidend ist.

## Klinische Erprobung als Praxisstudie

Um meine Eindrücke zu überprüfen, haben wir bei insgesamt 22 Patienten mit Implantaten in unterschiedlichen Insertionsphasen, Situationen und Entzündungsbefunden orientierend die Befunde vor und nach der Behandlung mit dem oben beschriebenen Gel erhoben. Die Patienten wurden instruiert, das Gel nach der Reinigung der Implantate ein- bis zweimal täglich am Sulkus des Implantates zu applizieren. Trägern von Hybridprothesen empfahl ich die Applikation in die Prothese. Der Packung ist ein Pinselchen beigelegt, welches eine problemlose Anwendung ermöglicht und danach sehr gut gereinigt werden kann. In der Befragung wurde die Handhabung durch die Patienten ausnahmslos als sehr gut eingestuft, der Verbrauch ist dabei recht sparsam. Bei allen Patienten wurde vor Beginn der Behandlung orientierend zur klinischen Situation die Taschentiefe gemessen sowie vor und nach vierwöchiger Anwendung des Implantatenschutzgels mithilfe der Sondierungsblutung die aktuelle entzündliche Situation untersucht. Damit war mit minimal möglichem Aufwand zumindest ein rein klinischer Hinweis auf die Abklärung des Entzündungsstatus im Hinblick auf Perimukositis und Periimplantitis möglich.

## Unser Ergebnis

Sehr gut waren insbesondere die Beobachtungen bei Patienten mit transgingivaler Einheilung bei klinisch reizlosem Befund. Positiv fielen auch die Ergebnisse bei Suprakonstruktionen in stark atrophierten Kieferbereichen auf. Die Blutungsneigung war durchweg rückläufig bzw.

nicht mehr vorhanden. (Rückgang der Sondierungsblutung von 16 auf vier Patienten, wobei Patienten mit Sondierungsblutung ohne Taschentiefen deutlich mehr von der Behandlung profitierten. Bis auf einen der neun Patienten besserten sich alle, bei den Patienten mit Taschentiefen jedoch nur vier von sieben.) Bei Patienten mit einer Periimplantitis trat zumindest im zugänglichen Bereich der periimplantären Gingiva eine Straffung und Verbesserung der Situation ein.

## Mein Tipp:

Die fein fließende Konsistenz des Materials ermöglicht es, das Gel als Gleitmittel am Gummipolier zu nutzen. Nach Eliminierung von Plaque und Zahnstein eignet es sich gut zur Politur der Implantatstrukturen. ☑

## PN Definition

**Perimukositis:**  
Mit dieser Bezeichnung fasst man reversible Entzündungen des periimplantären Weichgewebes ohne Beteiligung des Knochens zusammen.

**Periimplantitis:**  
In Abgrenzung zur Mukositis wird mit diesem Begriff eine fortschreitende Entzündung beschrieben, mit progressivem irreversiblen Knochenverlust.

Die durch Periimplantitis verursachten Implantatverluste sind häufig sogenannte Spätverluste, die auch Jahre nach einer erfolgreichen Osseointegration und funktioneller Belastung entstehen können. Studien zeigten sogar, dass nach neun bis 14 Jahren bis zu 16 Prozent der Implantate aufgrund einer Periimplantitis verloren gingen.



Abb. 2a und b: Stegkonstruktion vor PZR und Politur mit IMPROTECT und Situation nach einer Woche.



Abb. 3: Die Konsistenz des Gels macht zusätzlich zur Hauptanwendung eine Nutzung zur Politur möglich.



Abb. 4: Intraorale Politur einer Stegkonstruktion.

## PN Adresse

Marcolini-Praxisklinik Dresden  
GP Dres. Pilling  
Katrin Wenzel  
Bautzner Straße 96  
01099 Dresden  
E-Mail:  
katrin.wenzel@pillingpraxis.de