

Parodontitis/Periimplantitis – das Pendel schlägt zurück

Über 300 Zahnärzte verfolgten am 12. Juni 2010 im Hotel Marriott, Zürich, das Symposium „Parodontitis-Periimplantitis“, um den aktuellen Wissensstand in ihren Privatpraxen anzuwenden. Dr. med. dent. Bendicht Scheidegger fasst das Gehörte zusammen.

Chairman Dr. Anton Wetzl, Fachzahnarzt für Parodontologie und Rekonstruktive Zahnmedizin, St. Gallen, eröffnete die Fortbildung mit der Frage „Wie lange lohnt sich eine PAR-Therapie?“ Eine Studie von Lundgren über fiktive parodontale oder periimplantäre Gewebeerluste ohne effiziente Betreuung zeigt, dass sowohl Zahn als auch Implantat ohne adäquate Pflege mit der Zeit ungefähr gleichermassen an Knochenhöhe verlieren. Die Geschwindigkeit dieses Vorgangs kann durch eine optimale Pflege (= effiziente parodontale bzw. „periimplantäre“ Pflege) verlangsamt werden. Die Kurve beginnt bei einem neu gesetzten Implantat, also bei der Baseline und verläuft kongruent zur „Attachment-loss“-Kurve des Zahnes. Daraus kann gefolgert werden, dass, je später ein Implantat gesetzt wird, umso älter der Patient bei dessen Verlust ist. Dies spricht dafür, mit paro- oder endodontischer Therapie den Zahn möglichst lange zu erhalten. Durch die Periimplantitis wird der „Attachmentverlust“ des Implantates zusätzlich beschleunigt, und bei Parodontalbehandlungen gibt es keine Frühmisse, was beides für eine möglichst lange Erhaltung des Zahnes spricht. Der Zusammenhang „Extraktion + Implantation = endgültige Problemlösung“ ist somit definitiv obsolet, und die Parodontologie und Endodontologie stellen in der Privatpraxis nach wie vor die Grundpfeiler dar – das Pendel schlägt zurück.

Zahnerhalt erfordert strukturiertes Paro-Konzept



Dr. Beat Wallkamm, Langenthal/BE

Dr. Beat Wallkamm, Parodontologe in Langenthal/BE, stellte ein Paro-Konzept vor, wie es in seiner Spezialistenpraxis durchgeführt wird. Die Mitarbeit des Patienten ist dabei von grösster Wichtigkeit. Deshalb ist es unumgänglich, den Patienten über parodontale Erkrankungen und deren Verlauf klar zu informieren und therapeutische

Schritte einzuleiten. Der Weg zurück zum möglichst langen Zahnerhalt erfordert ein strukturiertes Paro-Konzept für jede Privatpraxis.

Periimplantitis durch den Behandler



Dr. Claude Andreoni, Zürich

Implantologe Dr. Claude Andreoni, Zürich, stellt sich ebenfalls hinter das Konzept „back to the roots“, was für eine möglichst lange Zahnerhaltung spricht. Chirurgische Parodontologie und resektive Therapien stünden vor einem Comeback, und je länger ein Zahn erhalten werde, umso besser. Ausnahmen stellen grössere Rekonstruktionen dar, welche statt auf zweifelhaften Zähnen doch lieber auf neu inserierten Implantaten einzugliedern seien. Dabei ist aber auch zu beachten, dass insbesondere der parodontale Zustand der Restbeziehung die Prognose eines Implantates beeinflusst. Periimplantitis kann laut Andreoni auch durch den Behandler ausgelöst werden, zum Beispiel bei Zementüberschüssen (darum wenn immer möglich, verschraubte Rekonstruktionen empfohlen) oder bei fehlender keratinisierter Gingiva um das Implantat.

Unterschiedliche Morphologie der angrenzenden Gewebe

Prof. Dr. Nicola Zitzmann, UZM Basel, wies auf die unterschiedliche Morphologie der angrenzenden Gewebe Gingiva-Zahn/Mukosa-Im-

Stufe	Beschrieb	Therapien
0.	Totalmisserfolg: Implantatbruch, Primärkomplikation < 6 Monate	Explantation
1.	Infektion wegen Fremdkörper („Zementitis“)	mechanische Reinigung, Politur
2.	Mukositis, ST > 3 mm ohne radiologischen Knochenverlust	mechanische Reinigung, Politur, Desinfektion mit CHX
3.	Leichte Periimplantitis St ≥ 4 mm, Knochenverlust < 2 mm	mechanische Reinigung, Politur, Desinfektion mit CHX, Antibiose Metronidazol + Amoxicillin
4.	Fortgeschrittene Periimplantitis ST > 5 mm, Knochenverlust ≥ 2 mm	Chirurgische Intervention: Situs darstellen, Konkremente und Biofilm entfernen, Knochenersatzmaterial z. B. Bio-Oss zur Defektstabilität, Membran z. B. Bio-Gide und dichter Verschluss insbesondere um Implantat, Antibiose Metronidazol + Amoxicillin

Tabelle 1: Aktueller Stand des Cist- oder Akut-Protokolls.

plantat hin, wobei sich die Parodontitis meist vom interdentalen Col her ausbreitet und eben diese Morphologie beim Implantat zirkulär zu finden sei. Der Hype um die regenerativen Therapien in der Parodontologie sei asymptotisch gegen null geschrumpft. In einer Fallpräsentation mit einer Patientin nach drei Jahren Bisphosphonat-Therapie, wurde die Wurzelamputation als gangbare Möglichkeit zur Elimination einer nicht putzbaren Furkation eines Oberkiefermolaren dargestellt. Sind alle Wurzeln in etwa im gleichen parodontalen Zustand, empfiehlt Zitzmann die Amputation der distobukkalen Wurzel.

Grenzfall für die Privatpraxis

In einem weiteren Fall zeigte PD Dr. Patrick Schmidlin, ZZMK Zürich, eine Versorgung mittels Cerec-Brücke auf zwei Molaren- und einer Prämolarenwurzel im Oberkiefer nach endodontischer Vorbehandlung und Trisektion/Wurzelamputation des Molaren. Diese Lösung ist jedoch wahrscheinlich wegen der hohen Kosten ein Grenzfall in der Privatpraxis und würde dort eher mit einer dreigliedrigen Brücke auf zwei Implantaten gelöst.

„Zementitis“ ausschliessen

Prof. Dr. Andrea Mombelli, Universität Genf, widmete sich in seinem Vortrag der Periimplantitis.

Klinische Zeichen wie Suppuration und kraterförmiger Knochenverlust (welcher im Gegensatz zur Parodontitis obligat zirkulär und ausgeprägter ist als im Rx vermutet). Da Sondieren wegen Aufstehens



PD Dr. Patrick Schmidlin, ZZMK Zürich

der Parosonde auf den Gewindengängen unzuverlässiger und die Beweglichkeit des Implantates nicht erhöht ist, stellt sich die Diagnostik der Periimplantitis schwieriger dar. Zudem muss eine „Zementitis“, ausgelöst durch Zementüberschüsse, oder physiologische Adaptation (sogenannte Saucer) bei der Diagnose Periimplantitis ausgeschlossen werden. Bei der Mikrobiologie handelt es sich um ähnliche Keime wie bei der Parodontitis. • Für die Gleichung Parodontitis = Periimplantitis sprechen die Punkte:

– Klinische und mikrobiologische Ähnlichkeit
– Gemeinsame Risikofaktoren (Hygiene, Rauchen, Genetik)
– Mehr Periimplantitis bei Paropatienten



Prof. Dr. Andrea Mombelli, Universität Genf

• Folgende Punkte sprechen dagegen:
– Periimplantitis kann ohne Parodontitis am selben Patienten vorkommen
– Krankheit ist definiert durch klinische Zeichen (analog der Diagnose „Pneumonie“, die auch nicht deren Ursache verrät)
Den aktuellen Stand des Cist- oder Akut-Protokolls stellte Mombelli, wie in Tabelle 1 dargestellt, vor.
• Die Diagnostik der Periimplantitis beinhaltet folgende Fragen:
– Eiteraustritt?
– Entzündungszeichen?
– Tasche > 3 mm ?

Für Sie ausgewählte Seminare im Winter 2010/2011 mit der Fortbildung ROSENBERG

LASER 2010 – Laser im Praxisalltag

Kongress der SGOLA
Schweizerische Gesellschaft für orale Laserapplikationen

Termin
Vorkongress: Freitag, 26. November 2010
Hauptkongress:
Samstag, 27. November 2010

Ort: Zürich, Hotel Marriott

Referenten:
Dr. rer. Nat. Jörg Meister
Prof. Dr. Werner Kempf
PD Dr. Andreas Braun
Dr. Jochen Arentz M.Sc.
Prof. Dr. Herbert Deppe
Prof. Dr. Dr. Andreas Moritz
PD Dr. Dr. Gerold Eyrich



Dr. Freimut Vizethum
Dr. Gérald Mettraux
Prof. Dr. Norbert Gutknecht
Prof. Dr. Anton Sculean

Wintersportwoche Davos – Parodontologie Update

News, Trends und Bewährtes in der Parodontologie mit den Spezialthemen: Guided

tissue regeneration, mukogingivale Therapie, Behandlung von Periimplantitis, ästhetische Lösungen in der Implantologie.

Termin/Ort:
Montag, 14. Februar –
Freitag, 18. Februar 2011
Davos, Hotel Morosani Schweizerhof



Referenten:
Prof. Dr. med. dent. Andrea Mombelli
Dr. med. dent. Rino Burkhardt
Dr. med. dent. Christian Ramel
Dr. med. dent. Gérald Mettraux
Dr. med. dent. Irena Sailer
PD Dr. med. dent. Patrick Schmidlin
Dr. med. dent. Beat Wallkamm
PD Dr. med. Hans Rickli

Informationen und Anmeldungen:

www.fbrb.ch
fortbildung ROSENBERG
MediAccess AG
Hofstrasse 10
Postfach
8808 Pfäffikon

fortbilden in
ROSENBERG

MediAccess AG
Hofstrasse 10
CH-8808 Pfäffikon
T +41 55 415 30 58
F +41 55 415 30 54
info@fbrb.ch
www.fbrb.ch
MWSI-Nr. 621 053



...we fresh you up!

⇒ Wird eine Frage mit Ja beantwortet:

– Ist der Taschenfundus > 3 mm unter der Implantatschulter?

⇒ Wenn Ja:

– Gibt es Knochenverlust?

– Gibt es eventuell eine andere Diagnose als Periimplantitis? Zum Beispiel Resorption eines Bonegrafts? Falsche Implantatposition -> „physiologische Adaptation“?

– Ist die Tasche > 5 mm?

Medikamentöse Behandlungen bedürfen der Erreichbarkeit des Taschenfundus. Aus diesem Grund war das derzeit in der Schweiz nicht mehr erhältliche Actisite sehr erfolgreich, da dieser Faden mit Sicherheit bis an den Taschenfundus gestopft werden konnte.

Bei der mechanischen Reinigung wird auf der gedrehten Oberfläche mit Karbonküretten, auf der SLA-Oberfläche mit konventionellen Stahlinstrumenten gearbeitet. Die mögliche Beschädigung durch die Instrumente ist für die ohnehin schon raue Oberfläche kein Nachteil. Chirurgische Eingriffe werden durch das Entfernen der Suprastruktur vereinfacht (weiterer Vorteil für verschraubte Rekonstruktionen) und die Membran muss genügend über den Defekt gezogen werden. Es empfiehlt sich das Legen der Membran und anschliessendem Auffüllen des Defekts mit Knochenersatzmaterial unter die Membran. So kann dieses kontrolliert appliziert werden. Zwar ist keine Reossifikation in grösserem Rahmen zu erwarten, doch eine Taschenelimination mit einem bindegewebigen Attachment, gestützt durch das Knochenersatzmaterial, ist hier das Therapieziel.

Reinfektion des Wurzelkanals verhindern



Prof. Dr. Roland Weiger, UZM Basel

Prof. Dr. Roland Weiger, UZM Basel, präsentierte unter dem Motto „das Richtige tun und dieses auch richtig tun“ die Grundsätze für die erfolgreiche endodontische Behandlung und Revision. Diese haben – wenn der Anatomie des Wurzelkanales gefolgt werden kann – eine gute Prognose. Um eine Reinfektion des Wurzelkanals nach erfolgreicher Wurzelbehandlung zu verhindern, ist auf eine suffiziente Versorgung geachtet. Bei der Abwägung Extraktion/Implantation oder endodontische Behandlung/Zahnerhalt, müssen die jeweiligen Prognosen und Risiken abgeschätzt und mit dem Patienten besprochen werden.

Aktuelle Therapieansätze

PD Dr. Patrick Schmidlin,

ZZMK Zürich, legte im Vortrag „Antiseptika/Antibiotika“ die aktuellen Therapieansätze dar. Nach der mechanischen Reinigung als Goldstandard kommt die Optimierung mit Chlorhexidinlösung oder -gel infrage, wobei allenfalls längere Einwirkzeiten (15 min) mit Iod oder CHX 35% (unter geschlitztem Kofferdam!) angewendet werden. Die zurzeit nicht mehr erhältlichen Atridox und Actisite stehen wahrscheinlich vor einem Comeback, weil ihre Wirkstoffkonzentrationen über mehrere Tage hoch bleiben.

Die systemische Antibiose erfolgt nicht mehr nach der Bestimmung des Keimspektrums, sondern wird direkt mit Metronidazol 250–500 mg und Amoxicillin 375–500 mg pro Tag für eine Woche verschrieben. Probiotika, also pathogene Keime verdrängende Bakterien sowie eine Vakzination werden erforscht, ebenso die medikamentöse Modulation entzündlicher Prozesse.



Dr. Gérald Mettraux, Bern

Mit Laser Bakterien wirksam bekämpfen

Dr. Gérald Mettraux, Parodontologe in Bern, erklärte die Wirkungsmechanismen der Lasertherapie. Es scheint plausibel, dass man im Kampf gegen Bakterien mit Waffen ihrer Grössenordnung am erfolgreichsten agiert, was bei den Wellenlängen des Lasers der Fall ist. Die elektromagnetischen Wellen transportieren Wärme auf die der

Fortsetzung auf Seite 16 →

ANZEIGE



STRAUMANN® BoneCeramic

WÜNSCHEN SIE KNOCHENVOLUMEN & -VITALITÄT RUND UM IHR IMPLANTAT?




Straumann® BoneCeramic ist ein biphasiges Calciumphosphat (β-TCP + HA), das die Neubildung von vitalem Knochen fördert. Gleichzeitig sorgt es für die Wiederherstellung und den Erhalt des Knochenvolumens und schafft so die Grundvoraussetzung für ein ästhetisches Ergebnis.

- Klinisch dokumentiert *
- Vollständig synthetisch
- Einfache Anwendung



* Froum S. J. et al. Int. J. Period. Rest. Dent. 2008; 28: 273-281
 A mit freundlicher Genehmigung von Dr. A. Friedmann
 B mit freundlicher Genehmigung von Prof. N. Donos & Dr N. Mardasdas

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
 FOR DENTAL PROFESSIONALS