

Initiale, minimalinvasive Therapie der Periimplantitis

Galt bis vor wenigen Jahren das Augenmerk der Komplikationen bei der Implantat-Therapie im Wesentlichen im Erreichen oder Ausbleiben der Osseointegration, zeigen die Implantate heute selbst in schwierigen Indikationen eine hohe primäre Erfolgsquote.^{1,2} Dies bedeutet jedoch, dass ein nicht ausreichendes krestales Knochenangebot oder apikale Dehizensen zu einem frühen Auftreten von periimplantären Erkrankungen führen kann.³ Besonders wenn die kostenintensive prothetische Versorgung abgeschlossen ist, ist die Bereitschaft der Patienten, das Implantat entfernen zu lassen, stark eingeschränkt.

OA Dr. Jörg Neugebauer*, OA Dr. Viktor E. Karapetian*, Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller*/Köln

■ Die Periimplantitis ist in der Regel eine rezidivierende Erkrankung, die dadurch eine wiederholte Anwendung oder gar dauerhafte Anwendung der klassischen Chemotherapeutika erfordert. Diese medikamentösen Therapien unterscheiden sich im jeweiligen Wirkstoff und der angewendeten Dosis. Eine systemische Antibiotikagabe bei einer umschriebenen periimplantären Entzündung, wie diese in der Parodontologie⁴ favorisiert wird, erfährt zunehmend Ablehnung von Seiten der Patienten. Aufgrund der allgemeinen Nebenwirkungen sollte diese Therapie nur bei extremen Verläufen angewendet werden. Die lokale Applikation von Antibiotika wird in der Literatur kontrovers diskutiert, besonders sind hier die systemisch nachgewiesenen Konzentrationen zu würdigen, die in den niedrigen Dosen besonders für eine

Resistenzbildung, aber auch für das Ausbilden von allergischen Reaktionen verantwortlich gemacht werden. Die Applikation des desinfizierenden Medien wie zum Beispiel Chlorhexidin in Form von Depotspeichern lässt sich oftmals auch nicht verwirklichen, da aufgrund der im Vergleich zum Parodontalhalteapparat narbig strukturierten Weichgewebe am Implantat die Taschen eine nicht ausreichende Dimension aufweisen. Ferner zeigen Zellkulturuntersuchungen eine zelltoxische Reaktion,⁵ was auch eine eingeschränkte Regeneration von periimplantären Defekten erklären könnte. Ferner gilt es zu beachten, dass in der Mundhöhle über 500 verschiedene Bakterienspezies vorhanden sind, die sich in unterschiedlichen Clustern organisieren.⁶ Bei einer antimikrobiellen Therapie ist es notwendig, dass die

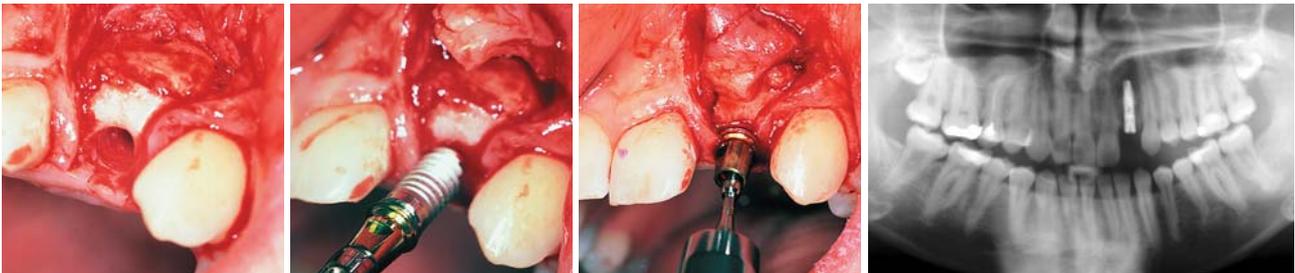


Abb. 1a–c: Zustand nach Kieferkammaugmentation Regio 2–2 mittels retromolaren Knochentransplantat, mit Implantatinsertion auf Knochen-niveau. – **Abb. 2:** Radiologische Kontrolle nach Implantatinsertion mit unauffälliger Darstellung der Knochengrenzen.



Abb. 3a und b: Freilegung mit Papillenrekonstruktion nach Haessler und prothetische Versorgung mit provisorischer Krone. – **Abb. 4:** Ausgeheilte Weichgewebssituation nach drei Wochen vor Eingliederung der definitiven Krone.

* Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln, Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller