

PN WISSENSCHAFT & PRAXIS

Prävention von ...

Fortsetzung von Seite 1

Sie ermöglichen es, auch dann einen feststehenden Zahnersatz einzugliedern, wenn wegen eines reduzierten Zahnbestandes eine herausnehmbare Prothese indiziert wäre. Zudem besteht die Möglichkeit, mithilfe von Implantaten einen besseren Halt von Totalprothesen im zahnlosen Kiefer zu erreichen. Eine sehr gute Implantatpflege sowie regelmäßige Nachuntersuchungen sind dabei unerlässlich, um eine langfristige Therapiesicherheit zu gewährleisten. Die Periimplantitis stellt die häufigste Ursache eines Implantationsmisserfolges dar.

Periimplantitis-Ätiologie

Die Periimplantitis ist durch das Vorhandensein eines Knochenverlustes mit einer bestimmten Flora (so genannte

der Verlauf einer periimplantären Erkrankung derjenigen einer Erwachsenenparodontitis. Klinisch auffällige Implantate zeigen mittelhohe Keimwerte für *Actinobacillus actinomyces-temcomitans*, *Bakteroides intermedius* und *Bakteroides gingivalis*. Auch die Werte für *Prevotella intermedia*, *Fusobakterien* und *Spirochäten* sind im Vergleich zu gesunden Implantaten erhöht.^{9,10} Die Anatomie der periimplantären Gewebe ähnelt stark dem Parodontalgewebe.^{11,12} Daher ist es nicht verwunderlich, dass die bakteriell bedingte Periimplantitis ein ähnliches Keimspektrum wie die marginale Parodontitis zeigt.^{13,14,15,16} Diese Hypothese wird durch vergleichende tierexperimentelle Studien mit gingivalem Gewebe und Plaqueakkumulation an eingesetzten Implantaten sowie natürlichen Zähnen unterstützt.^{17,18,19}

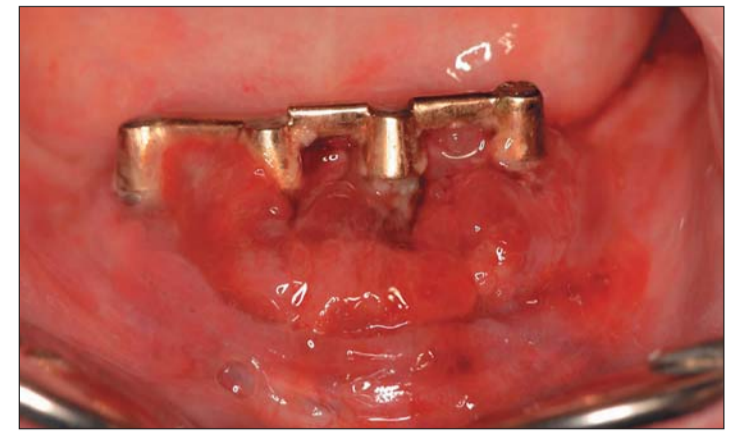
Kennzeichen der Periimplantitis ist das Auftreten in der prothetischen Belastungsphase. Unabhängig vom Implantatsystem (ein- oder zweizeitig) bildet sich um das Implantat eine charakteristische Weichteilmanschette aus, die dem natürlichen Zahn sehr ähnlich ist. Diese besteht aus einem oralen Epithel, das in ein Saumepithel übergeht. Durch eine Bindegewebszone wird es vom darunterliegenden Knochen getrennt. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Bindegewebes gibt es Unterschiede zwischen Zahn und Implantat.

Im zahnumgebenden Bindegewebe strahlen kollagene Faserbündel in das azelluläre Zement ein, bei Implantaten ist dies nicht möglich, dort verlaufen die Faserbündel lediglich parallel zur Implantatoberfläche. Weiterhin existieren auch Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung des Bindegewebes; das Bindegewebe der periimplantären Mukosa enthält deutlich mehr Kollagen und weniger Fibroblasten. Es entspricht in seiner Struktur einem Narbengewebe, das eine geringere Versorgung mit Blutgefäßen aufweist, als das den Zahn umgebende Gewebe. Dies führt lokal zu einer verminderten Immunabwehr mit einer erhöhten Anfälligkeit für periimplantäre Infektionen.

Daher spielt die Implantatpflege und die Nachsorge, der Recall, die entscheidende Rolle zur Verhinderung einer Periimplantitis.



Abb. 2: TPS-Schrauben nach 18 Jahren Tragezeit im akuten Zustand (li.) und nach Reinigung (re.).



Prävention der Periimplantitis

Die beste Form der Prävention einer Periimplantitis beginnt vor der eigentlichen Implantationsinsertion. Hier

sind besonders die Patientenauswahl und deren effektive Vorbehandlung zu erwähnen. Es sollten nur solche Patienten für eine Therapie mit Implantaten in Betracht kommen, die sowohl geistig und

körperlich in der Lage als auch motiviert sind, eine adäquate Mundhygiene zu betreiben. Dies sollte im Vorfeld einer geplanten Therapie überprüft werden. Notwendige Vorbehandlungen sind

durchzuführen. Auch die Möglichkeit der Übertragung von parodontalpathogenen Keimen aus Parodontaltaschen sowie der Mundschleimhaut

Fortsetzung auf Seite 4



Abb. 3: TPS-Schrauben nach Explantation.

parodontopathogene Keime) definiert.² Diese periimplantäre Osteolyse kann dann Ursache des sekundären Implantatverlustes sein.^{3,4} Für die Entstehung des periimplantären marginalen Knochenverlustes werden hauptsächlich zwei ursächliche Faktoren diskutiert: die bakterielle Infektion durch Akkumulation der subgingivalen Plaque und die biomechanische Überbelastung.⁵ Die meisten Autoren gehen davon aus, dass periimplantäre Erkrankungen – vergleichbar mit Parodontopathien – plaqueinduziert sind.^{6,7,8} Hierfür sprechen folgende Beobachtungen: – periimplantäre Erkrankungen klingen nach effektiver Plaquekontrolle und guter Mundhygiene, Zähne vergleichbar, wieder ab.

Die von Implantatoberflächen entnommene bakterielle Plaque weist hinsichtlich ihrer Zusammensetzung bei gesunden und bei erkrankten Implantaten eine große Ähnlichkeit zu Zähnen auf. Mikrobiologisch ähnelt

PN Anmerkung der Redaktion

Die Literaturliste zum Artikel „Prävention von Periimplantitis“ ist auf Anfrage unter folgender Adresse erhältlich:

Redaktion PN Parodontologie Nachrichten
Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: c.pasold@oemus-media.de

ANZEIGE

Die sanfte Lokalanästhesie ohne Spritze.

Ein gutes Gefühl – nichts zu fühlen.



- Injektionsfrei
- Wirkungseintritt innerhalb von 30 Sekunden
- Wirkungsdauer ca. 20 Minuten
- Flexible Dosierbarkeit – zur Behandlung einzelner Parodontaltaschen, Quadranten oder Kiefer



oraqix®
PARODONTAL-GEL Lidocain
Prilocain

In klinischen Studien gaben 70% der teilnehmenden Patienten Oraqix den Vorzug gegenüber einem vergleichbaren Lokalanästhetikum zur Injektion.

WELTNEUHEIT - jetzt bestellen unter Tel. 01805 - 672 742

DENTSPLY DeTrey GmbH | De-Trey-Str. 1 | 78467 Konstanz | FAX 01805 - 672 743 | www.dentsply.de

Oraqix Parodontal-Gel, Zusammensetzung: Ein Gramm enthält 25 mg Lidocain und 25 mg Prilocain. Sonstige Bestandteile: Poloxamer 188, gereinigt, Poloxamer 407, gereinigt, Verdünnte Salzsäure zur pH-Einstellung, Gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Oraqix ist bei Erwachsenen zur lokalen Anästhesie in Parodontaltaschen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wie Sondieren, Zahnsteinentfernung und/oder Wurzelglättung angezeigt. Gegenanzeigen: Oraqix ist bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Lidocain, Prilocain, anderen Lokalanästhetika vom Amid-Typ oder einem der sonstigen Bestandteile kontraindiziert, ebenso bei Patienten mit kongenitaler oder idiopathischer Methämoglobinämie oder rezidivierender Porphyrie. Warnhinweise: Oraqix darf nicht injiziert werden. Nebenwirkungen: Es konnten keine Nebenwirkungen spezifisch auf Oraqix zurückgeführt werden. Die in allen klinischen Studien am häufigsten aufgetretenen unerwünschten Ereignisse bestanden in lokalen Reaktionen in der Mundhöhle. Häufigkeit und Art der Begleitscheinungen waren bei Oraqix bzw. Placebo vergleichbar. Methämoglobinämie: Prilocain kann erhöhte Methämoglobin-Spiegel induzieren, die zu einer Zyanose führen können. Im Rahmen der klinischen Studien mit Oraqix wurde nicht über Methämoglobinämie berichtet. In seltenen Fällen wurden Lokalanästhetika mit allergischen Reaktionen (in den schwersten Fällen mit einem anaphylaktischen Schock) in Verbindung gebracht. Während der klinischen Studien mit Oraqix wurde nicht über allergische Reaktionen berichtet. Art und Inhalt des Behältnisses: Glaspatrone mit 1,7 g Gel. Pharmazeutischer Unternehmer: DENTSPLY DeTrey GmbH, 78467 Konstanz, Deutschland. Stand der Information: Dezember 2004. Apothekenpflichtig.

For better dentistry

DENTSPLY