

Periimplantitis: Prävention – Diagnostik – Therapie

Interview mit BDIZ EDI-Präsident Christian Berger

In Deutschland werden pro Jahr über eine Million Zahnimplantate gesetzt. Obwohl die Implantation eine sehr sichere Methode ist, um verloren gegangene Zähne zu ersetzen, können Probleme auftauchen, insbesondere wenn die richtige Mundhygiene nicht geleistet wird, beispielsweise von Menschen mit Behinderung oder im hohen Alter. Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI), der größte Implantologenverband Europas, tagte bereits zum dritten Mal mit seinem Experten-Symposium in Köln. In diesem Jahr drehte sich alles um das Thema Periimplantitis. Eine 14-köpfige Expertengruppe aus Deutschland und Europa erstellte im Rahmen der 3. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) einen praxisnahen Leitfaden, der den Zahnärzten im Umgang mit der Erkrankung helfen soll. Wir sprachen mit BDIZ EDI-Präsident Christian Berger darüber, wie Periimplantitis verhindert, diagnostiziert und therapiert werden kann.



Christian Berger

BZB: Was versteht man unter einer Periimplantitis?

Christian Berger: Die Europäische Konsensuskonferenz, die der BDIZ EDI im Februar in Köln zu diesem Thema einberufen hat, definiert die Periimplantitis wie folgt: Eine Periimplantitis stellt die entzündliche, pathologische Veränderung am periimplantären Weich- und/oder Hartgewebe eines osseointegrierten Implantates dar. Das mikrobiologische Milieu um ein Implantat mit Anzeichen von Periimplantitis ähnelt dem, das um Zähne mit Parodontopathien gefunden wird.

BZB: Wie entsteht eine Periimplantitis? Gibt es bestimmte Risikofaktoren?

Christian Berger: Im Grunde ähnlich wie die Volkskrankheit Parodontitis. Periimplantitis kann durch genetische Veranlagung bedingt sein, aber

auch durch Verhaltensweisen in Verbindung mit Nikotinkonsum und bestimmten Allgemeinerkrankungen wie Diabetes entstehen. Anders als landläufig angenommen, stellt ein hohes Lebensalter für sich kein erhöhtes Periimplantitis-Risiko dar. Risikofaktoren können zum Beispiel ein Mangel an Mundhygiene oder das Vorliegen einer marginalen Parodontopathie sein, aber auch Faktoren wie die biologische Wertigkeit des Knochenangebots und der Mukosa spielen eine Rolle. Bei den implantatspezifischen Faktoren sind die Plaque-Adhäsion und

die Möglichkeit der Reinigung oral exponierter Oberflächen für den Krankheitsverlauf relevant. Schon die chirurgische Intervention bei der Implantation kann zu einer Schädigung des periimplantären Gewebes und damit zur Prädisposition einer Periimplantitis führen. Die Art der prothetischen Versorgung mit den unterschiedlichen Behandlungsabläufen und der daraus resultierenden funktionalen Belastung stellt ebenfalls ein Risikopotential dar.

BZB: Wie diagnostiziert man eine Periimplantitis?

Christian Berger: Auch hier gelten natürlich die Prinzipien der Parodontologie; also zunächst muss eine sorgfältige klinische Untersuchung erfolgen, um die Erkrankung zu identifizieren: Bei vorsichtiger Sondierung der periimplantären Taschen auf vier Seiten ist die Blutung auf Sondierung ein wichtiger Parameter, die Kontrolle erfolgt über bildgebende Verfahren. In der anschließenden Diagnose bezieht der Behandler auch die möglichen Ursachen der Periimplantitis mit ein.

BZB: Wie und zu welchem Zeitpunkt sollte eine Periimplantitis therapiert werden? Über welchen Zeitraum erstreckt sich die Therapie in der Regel?

Christian Berger: Eines dürfte klar sein: Die periimplantäre Infektion führt bis zum Verlust des betroffenen Implantats, vor allem wenn sie unbehandelt bleibt. Dabei gilt es, die akute Symptomatik zu heilen und einer Progression beziehungsweise einem Rezidiv vorzubeugen. Wichtig für eine erfolgreiche Therapie ist es, die Ursachen zu evaluieren. Die Erkrankung selbst zeigt sich zunächst mit der Symptomatik einer Mukositis – also einer Rötung des Weichgewebes und einer Blutung auf Sondierung. In diesem Stadium ist meist noch kein Knochenabbau zu diagnostizieren. Der stellt sich allerdings bei der Osseoseparation ein mit dem Ausbilden von tiefen periimplantären Taschen und dem Ansammeln von parodontalpathogenen Keimen und putriden Entzündungszeichen. Die Gabe von Lokalanthibiotika nach Keimbestimmung ist sicherlich medizinisch sinnvoll, auch wenn wir inzwischen wissen, dass Antibiotika keinen unmittelbaren Einfluss auf die Regeneration des knöchernen Defekts haben. Konventionelle Behandlungsmethoden stoßen jedoch schnell an ihre Grenzen, wenn es um die Dekontamination der Implantatoberflächen geht. Hier wird beispielsweise die Lasertherapie wissenschaftlich empfohlen, weil der Laserstrahl die Verdampfung von Plaque und Granulationsgewebe auch in der Tiefe schmaler Knochendefekte ermöglicht. Zudem setzt sich die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT) zunehmend gegenüber der antibiotischen Therapie durch. Entscheidend bei der Therapie ist: Je frühzeitiger die Behandlung beginnt, desto größer ist die Erfolgsrate. Bei der fortgeschrittenen Periimplantitis und der Frage, ob Augmentation oder Explantation, stehen dem Behandler eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten zur Verfügung: nicht-resorbierbare und resorbierbare Membranen, Knochenersatzmaterialien und autologer Knochen. Der Zeitraum der Therapie kann mehrere Monate in Anspruch nehmen.

BZB: Wann gilt eine Periimplantitis als erfolgreich therapiert?

Christian Berger: Man muss sagen, dass die Behandlung der Periimplantitis außerordentlich schwierig und kompliziert ist. Langzeitstudien haben ergeben, dass entzündlich bedingte Knochenverluste bei Implantaten schneller verlaufen als an Zähnen. Der Erfolg der Periimplantitis-Behandlung ist entsprechend weniger vorhersagbar als bei der Therapie von Parodontopathien. Die Erfahrung zeigt, dass in den meisten Fällen nach der Be-



Fortgeschrittener Verlauf des periimplantären Knochenabbaus mit Pusaustritt und Blutung auf Sondierung

handlung eine Verbesserung der Infektion erreicht wird und damit das betroffene Implantat funktionsfähig gehalten werden kann. Als therapeutischen Erfolg würde ich das Ausbleiben von Entzündungsanzeichen für mindestens sechs Monate bewerten.

BZB: Gibt es präventive Maßnahmen, die eine Periimplantitis verhindern können?

Christian Berger: Die beste Therapie ist die Prophylaxe: Regelmäßiges Recall und die wiederholte Remotivation und Reinstruktion des Patienten, was die notwendige Mundhygiene betrifft.

BZB: Herr Berger, vielen Dank für das Gespräch.

Redaktion

Anzeige

www.dental-online-community.com



The World of Dental Edutainment

Das kostenlose Fortbildungsportal für Zahnmedizin und Zahntechnik

