

Parodontologie im Implantatzeitalter

Wie, wann, warum noch Zähne erhalten?

Ein Kursbericht von Dr. Julia Romer, München

„Parodontologie im Implantatzeitalter – Wie, wann, warum noch Zähne erhalten?“ – diese Frage füllte einen informativen und interessanten Tageskurs an der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung in München. Prof. Mombelli, Ordinarius für Parodontologie und orale Pathophysiologie an der Universität Genf, bot einen umfassenden Überblick bezüglich der Behandlung des parodontal erkrankten Patienten unter Berücksichtigung der Implantologie. Eine detaillierte und abwechslungsreiche Präsentation machte es dem Auditorium leicht, den gut strukturierten Ausführungen zu folgen.

Im ersten Teil des Kurses ging Prof. Mombelli auf den Zusammenhang zwischen diversen systemischen Erkrankungen und der Parodontitis ein. Neben den allseits bekannten Krankheitsbildern wie Diabetes und Osteoporose legte er besonderes Augenmerk auf die Träger von Gelenkprothesen. Diese benötigen nach neuesten Empfehlungen eine besondere Infektionsprophylaxe in Form einer antibiotischen Abdeckung vor einer Implantation, wenn der Gelenkersatz weniger als zwei Jahre zurückliegt oder bereits eine Protheseninfektion vorlag.

Zusätzlich wies der Referent darauf hin, dass bei Patienten mit Koagulationsstörungen ein chirurgischer Eingriff bei einem Quick-Wert > 30% möglich ist – ist der Wert niedriger, erfordert dies eine genaue Absprache mit dem behandelnden Arzt. Bezüglich der Endokarditisprophylaxe verwies er auf die neuen Richtlinien der American Heart Association. Der Themenbereich wurde abgerundet, indem nochmals deutlich herausgestellt wurde, dass jeder parodontal erkrankte Patient immer zuerst eine Initialtherapie mit entsprechendem Recall durchlaufen muss, bevor eine implantologische Behandlung geplant werden kann.



Erhöhte Sondierungstiefe und eitrige Sekretion bei Periimplantitis

Die Problematik der Periimplantitis

Im zweiten Teil des Kurses wurde das zunehmende Problem der Periimplantitis ausführlich dargestellt. Dabei liegen Taschentiefen über 4 mm und ein meist kraterförmiger Knochenabbau vor und der Patient hat häufig keine Schmerzen. Mittlerweile besteht die Erkenntnis, dass eine Periimplantitis nicht durch eine mögliche Überbelastung des Implantats entsteht. Wie am natürlichen Zahn führen auch hier Bakterien zu einer Entzündung. Hierbei dient die Restbeziehung als Reservoir für die mikrobielle Besiedelung der Implantate. Dennoch ist die Periimplantitis keine Parodontitis – es gibt am Implantat kein Parodont, keinen Zement und auch kein Ligament, so dass das entzündliche Infiltrat aufgrund der fehlenden biologischen Breite bis zum Knochen reicht. So ergibt sich ein drastischer Übergang zwischen vollständiger Osseointegration und bestehender Periimplantitis. Heilungspotential ist jedoch vorhanden. Anhand von klinischen Studien zeigte Prof. Mombelli, dass bei Rauchern ein 4,6-fach erhöhtes, bei Patienten mit Parodontitis ein 4,7-fach erhöhtes Risiko für eine Periimplantitis besteht. Anschließend wurde der genaue diagnostische Ablauf erläutert. Zunächst sollte die Beweglichkeit des Implantats genau beurteilt werden. Sollte das Implantat tatsächlich mobil sein, ist die Osseointegration verloren und eine Explantation erforderlich. Differentialdiagnostisch kom-

men ein Implantatbruch oder eine Fraktur der Suprakonstruktion in Frage. Es folgt die periimplantäre Taschensondierung. Diese ist von besonderer Bedeutung, da häufig als erstes und einziges Zeichen ein geringer Pusaustritt besteht. Es muss auf weitere Entzündungszeichen wie zum Beispiel Blutungen geachtet werden. Für die Taschensondiertiefe ist eine besonders sorgfältige Messung angezeigt: Reicht die Tasche bis > 3 mm unter die Implantatschulter? Wäre dies nicht der Fall, könnte es sich auch um eine Hyperplasie handeln. Gibt es einen anderen Grund als eine mögliche Periimplantitis? Beispielsweise ein zu tief gesetztes Implantat, an dem es im Rahmen der biologischen Breite zu Knochenresorption gekommen ist? Der Referent wies darauf hin, dass es im Röntgenbild immer zu einer Unterschätzung des vorliegenden Befundes kommt, da es sich um einen kraterförmigen Knochenverlust handelt. Bezüglich der Therapie der Periimplantitis stellte Prof. Mombelli das Konzept der Universität Genf vor: Bei Taschentiepen > 3 mm und < 5 mm erfolgt eine mechanische Reinigung. Diese ist auch mit Ultraschall möglich, da sich der freiliegende Bereich durch den bestehenden Knochenabbau ohnehin schon im angerauten Bereich des Implantats befindet. Kommt es zusätzlich zum Austritt von Pus bei Taschentiepen > 5 mm sollte der Patient angewiesen werden einmal täglich mit einer Einbüschelbürste CHX-Gel zu applizieren. Eine mikrobiologische Untersuchung sollte durchgeführt werden, um das passende Antibiotikum zu bestimmen. Bei größeren Knochendefekten kann mit Hilfe von regenerativer (Knochenersatzmaterial und Membran) beziehungsweise resektiver (Glätten von Knochenkanten) Chirurgie eingegriffen werden – im ungünstigsten Fall muss eine Explantation erfolgen.

Prof. Mombelli resümierte, dass die Behandlung der Periimplantitis mit folgenden Schritten zusammengefasst werden kann:

1. Biofilm und Zahnstein entfernen.
2. Mukositis verhindern, Reinfektion residueller Taschen verhindern, effiziente Mundhygiene etablieren.
3. Implantatoberfläche konditionieren.
4. Plaqueretentionsstellen unter Berücksichtigung der Ästhetik eliminieren (Chirurgie).
5. Knochenregeneration und Osseointegration fördern.

Er verwies darauf, dass in der Literatur noch keine Daten bezüglich des speziellen Behandlungsprotokolls der Periimplantitis existieren.

Antibiose und Reinigung

Im Weiteren ging der Referent auf zahlreiche Fragen aus dem Auditorium ein. Da Acitsite- und Atridox-Fäden nicht mehr auf dem Markt erhältlich sind, muss heute eine systemische Antibiose statt der lokalen Form erfolgen. Die neu erhältlichen Minocycline (Arestin) mictospheres sind bei der Behandlung einer Parodontitis laut Prof. Mombelli gut, bei einer Periimplantitis aber schwierig zu handhaben, da es schlecht möglich ist, das pulverförmige Material um die Windungen des Implantats bis zum Fundus der Tasche zu bringen. Außerdem besteht ein Problem bei hochaktiven Taschen mit Pusaustritt, da es hier zu einem Verschluss der Tasche mit der Gefahr einer Abszess- beziehungsweise Fistelbildung kommen kann. Daher sollte der Patient die Tasche zweimal täglich mit einer stumpfen Kanüle mit 0,2% CHX-Lösung spülen, zusätzlich wird 1g Metronidazol für zehn Tage verabreicht. Dann erst kann das Pulver appliziert werden. Bezüglich der Reinigung erklärte der Referent, dass in Genf standardmäßig sowohl die Kürette als auch der Ultraschall zum Einsatz kommen, bei allen Initialbehandlungen auch die flammenförmigen Periojet-Diamanten, um möglichst intensiv den Biofilm zu lösen und den subgingivalen Zahnstein zu entfernen. Sie sind beim Recall nicht nötig. Dieser sollte bei Patienten, die erfolgreich die Initialtherapie durchlaufen haben, maximal eine dreiviertel Stunde dauern und die Diagnostik, die Kontrolle der Mundhygiene, die Entfernung des supragingivalen Zahnsteins sowie die Reinigung von bestehenden Resttaschen mit der Kürette (eventuell nur Kunststoffkürette) beinhalten. Anschließend erfolgt eine Fluoridierung.

Fazit

Am Ende des Kurses blieb keine Frage unbeantwortet und es gelang Prof. Mombelli anschaulich und mit vielen klinischen Fällen unterlegt ein Behandlungskonzept vorzustellen, das auch Lösungen für auftretende Komplikationen wie die Periimplantitis zu finden weiß.