



Interview mit Dr. Claude Andreoni

Halten Sie das Thema Periimplantitis für eine Modeerscheinung?

Die Periimplantitis ist ein Krankheitsbild, welches existiert, seit es Implantate gibt und tritt heute häufiger in Erscheinung, da mehr Implantate gesetzt werden (in der Schweiz ca. 100 000 pro Jahr). Trotz der hohen Erfolgsrate moderner Implantate haben Studien gezeigt, dass im Laufe der Zeit bei Implantaten Probleme auftreten können, die zwar nicht so schwerwiegend sind, dass das Implantat entfernt werden muss, die aber trotzdem eine Behandlung erfordern. Periimplantitis in unterschiedlicher Ausprägung kann nach fünf Jahren bei einem von zehn Implantaten nachgewiesen werden. Schreitet die Entzündung unerkannt fort, kann so viel Stützknochen abgebaut werden, dass das Implantat verloren geht. Die bakteriellen Weichgewebsentzündungen ums Implantat, welche zu einem Knochenabbau führen können, sind mehrheitlich durch eine gute Mundhygiene und professionelle Nachsorge zu vermeiden. Zusätzliche Ursachen für eine Periimplantitis können falsche Indikationen für das Setzen eines Implantates, das Nichtbeherrschen chirurgischer Techniken, Rauchen oder noch nicht bekannte Parameter sein. Von einem «GAU» oder gar «Tsunami» in der Implantologie kann aber nicht gesprochen werden. Ein «Angstmachen» bei den Patienten ist der völlig falsche Lösungsansatz! Mann muss das Problem bei der Wurzel packen: Die Weiterbildung der Zahnärzte in Implantologie muss verbessert werden (Qualitätssicherung) und das Prophylaxebewusstsein der Patienten muss gestärkt werden.

Wie hat sich die Häufigkeit der Periimplantitis-Fälle in den letzten Jahren entwickelt? Führen Sie selber eine Periimplantitis-Statistik?

Risikvollere Implantationstechniken (z. B. Sofortimplantationen) haben in den letzten Jahren gezeigt, dass damit Implantate zwar einheilen, die keratinisierte Mukosa (wenn überhaupt noch vorhanden) nach einiger Zeit ums Implantat schwindet und die Eintrittspforte für Bakterien dadurch gelockert wird. Diesem Umstand wurde in den letzten Jahren zu wenig Beachtung geschenkt. Ein dickes, keratinisiertes und widerstandsfähiges Gewebe im Bereich des Implantathalses ist gerade bei modernen Implantaten mit rauen Oberflächen von grosser Wichtigkeit, da diese Oberflächen die Anhaftung der Bakterien begünstigen. Ich selber habe begonnen, einen möglichen Ursachenkatalog für Periimplantitis aufzustellen. Eine Statistik ist in Bearbeitung.

Was unternehmen Sie persönlich, um das Risiko einer Periimplantitis zu minimieren?

Primär soll der Patient immer, wie es ja auch bei einer Zahnbehandlung üblich ist, auf eine gute Mundhygiene getrimmt werden. Nur ein Patient mit korrekter Mundhygiene besitzt die Fähigkeit, sein Implantat plaquefrei zu halten. Vor allem sollten die Patienten darauf aufmerksam gemacht werden, dass Rauchen ein begünstigender Faktor für Periimplantitis ist. Wir haben schon immer gesagt, dass ein Implantat ohne Mitarbeit des Patienten kein Freipass für eine zahnmedizinisch problemlose Zukunft ist.

Ein periimplantäres Weichgewebemanagement durch den Zahnarzt mit einer keratinisierten Mukosa als Schlussresultat bietet die Voraussetzung für eine optimale, schmerzfreie Hygiene.

Zusätzlich bietet das Setzen eines Implantates mit richtiger Indikation und einer sattelfesten, bewährten Technik die Grundvoraussetzung zum Langzeiterfolg.

Was kann der Patient unternehmen, um das Risiko einer Periimplantitis zu minimieren?

Wie schon erwähnt ist eine optimale Mundhygiene und die regelmässige professionelle Nachsorge bei einer Dentalhygienikerin der Schlüssel zum Erfolg.

Die Früherkennung beginnender periimplantärer Läsionen durch die Dentalhygienikerin ermöglicht ein rasches Eingreifen durch den Zahnarzt.

Wie wichtig ist die Interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der Zahnmedizin heutzutage immer erwünscht. Bei schwierigen Fällen soll in Teamarbeit die richtige Therapie für den jeweiligen Patienten erarbeitet werden. Falsche Massnahmen können so oftmals vermieden und Implantatmisserfolge dadurch minimiert werden.

Wie sieht die Periimplantitis-Behandlung in Zukunft aus? Sind Trends auszumachen?

Die Behandlung der Periimplantitis gleicht der der Parodontitis. Auch hier geht es primär um die Entfernung von Biofilm. Zusätzlich befindet sich der Biofilm bei den meisten Implantattypen auf einer rauen Oberfläche. Und es ist natürlich schwierig, Biofilm von einer rauen Oberfläche zu entfernen. Deshalb kann es von einer gewissen Taschentiefe an nötig sein, die Mukosa aufzuklappen, um einen direkten Zugang zur kontaminierten Implantatoberfläche bis an den Grund des Knochenkraters zu erhalten. Heutzutage werden unterschiedliche Behandlungsvorschläge gemacht. Das Problem ist, dass zu all diesen Vorschlägen einfach die klinische Evidenz noch nicht gut genug ist. Zurzeit kann ich basierend auf der wissenschaftlichen Lage keine dieser spezifischen Therapieformen

vorbehaltlos empfehlen. Wichtig erscheint mir, dass wir mit allen unseren therapeutischen Möglichkeiten, sei es rein mechanisch oder in Kombination mit Antibiotika, versuchen, den Biofilm zu entfernen. Wichtig ist, dass wir eine beginnende Periimplantitis so rasch wie möglich erkennen, damit wir sie mit einer einfachen, chirurgisch nicht invasiven Therapie behandeln können.

Welche Rolle spielt Laser in der Periimplantitis-Behandlung?

Die Möglichkeiten, ein Implantat durch den Einsatz von Lasern wie den Er:YAG-Laser und den Diodenlaser zu dekontaminieren, sind sicherlich gegeben. Auch die fotodynamische Therapie mit Softlasern hat bei einigen Klinikern gute Resultate gezeigt. Zurzeit können basierend auf der wissenschaftlichen Lage keine dieser spezifischen Therapieformen vorbehaltlos empfohlen werden.

Wie kann sich der Zahnarzt betreffend Periimplantitis ausbilden?

Es erscheint mir wichtig, dass man bei der Periimplantitis-Therapie nicht einfach «drauflos wurstelt», sondern sich mit erfahrenen Kollegen zusammensetzt und die Fälle bespricht. Zusätzlich sind an diversen Universitätsinstituten interdisziplinäre Periimplantitis-Sprechstunden eingerichtet worden, die dem Allgemeinpraktiker helfen sollen, die richtige Therapie bei seinen Patienten anzuwenden.

Bestehen Unterschiede zwischen den verschiedenen Implantatsystemen? Sind «Billigsysteme» mehr gefährdet?

Darüber kann ich nichts aussagen, da jegliche Untersuchungen fehlen.

Welches sind die nächsten «Zeitbomben» in der Implantologie?

Wenn Neuerungen in der Implantologie wissenschaftlich korrekt und mit einer Langzeitkomponente voruntersucht werden, bevor sie zum klinischen Einsatz in der Privatpraxis freigegeben werden, bin ich überzeugt, dass sich «Zeitbomben» in Zukunft in der Implantologie vermeiden lassen!

