



# PRO UND KONTRA Periimplantitis: Explantieren oder nicht?

Bei der Therapie der Periimplantitis gibt es den ultimativen Weg nicht. Es werden diverse mehr oder weniger vielversprechende Ansätze diskutiert. Zwei Experten, zwei Meinungen: In diesem PRO und KONTRA setzen sich Dr. Friedemann Petschelt und Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer auseinander. Es geht um die Explantation und den Zeitpunkt.

## PRO

Dr Friedemann Petschelt



Berufsausübungsgemeinschaft  
Dr. Petschelt und Kollegen  
Eckertstr. 9  
91207 Lauf  
Germany  
praxis@petschelt.de

- Dr. Petschelt ist niedergelassen in Lauf,
- implantologisch tätig seit über 30 Jahren,
- Past-Präsident der DGI Bayern,
- Mitglied und Gutachter des BDIZ EDI und Gutachter der KZVB und bestellter Obergutachter der KZBV.

Mit der Periimplantitis verhält es sich so wie mit einer Lawine. Wenn sie losgegangen ist, ist sie nicht aufzuhalten. Unsere Heilbehandlungen können immer nur dann langfristig erfolgreich sein, wenn wir eine Ursache kennen und diese dann beseitigen können. Natürlich spielen Bakterien eine Rolle, aber eben nicht nur – sodass wir gezwungen sind, wenn wir Periimplantitis stoppen oder vielleicht sogar eine Regeneration von Gewebe erreichen wollen, eine symptomatische Therapie vorzunehmen. Diese weist wie so häufig eine unsichere Prognose auf. Eine Dekontamination der betroffenen Implantatoberfläche ist

bekanntlich bei den modernen Implantaten, darüber ist sich jeder im Klaren, praktisch nicht zu erzielen. Genau das wäre aber für eine erfolgreiche Therapie vonnöten. Es gibt dazu ohne Zweifel Ansätze und Ideen, aber keine kann die zu fordernden Resultate erbringen, schon gar nicht unter den erschwerten Bedingungen in dem keimbesiedelten Milieu. Nachvollziehbar erscheint daher die Implantatplastik, die eine Glättung der Implantatoberfläche mit rotierenden Instrumenten anstrebt. Einerseits ist das bei den oftmals schwer zugänglichen Stellen nur bedingt möglich und andererseits werden dabei äußerst viele

Titanpartikel in die direkte Umgebung verstreut. Als ätiologischer Faktor wird gerade in letzter Zeit eine (zu) hohe Konzentration von Titanionen im periimplantären Gewebe diskutiert. Eine übermäßig hohe Konzentration an Titanmolekülen ist bei dieser Vorgehensweise wohl nicht zu vermeiden.

Zur Verbesserung der Vorhersagbarkeit ist die Abnahme der Suprakonstruktion, was manchmal ohnehin nicht so leicht sein kann, erforderlich. Um eine Regeneration zu erreichen, ist ein speicheldichter Nahtverschluss nötig. All diese Dinge erfordern Zeit, sowohl für Behandler als auch für Patienten, und bedeuten nicht selten invasive Maßnahmen. Unter diesen Umständen sollten wir uns alle hinterfragen: Besteht für eine derartige Therapie eine rechtfertigende Indikation?

Besonders dann, wenn mit der Explantation und späterer neuer Implantation im Sinne der dritten oder sogar vierten Dentition eine Alternative zur Verfügung steht, die wahrscheinlich kostengünstiger und weniger zeitintensiv erfolgen kann, geringere Invasivität aufweist und sicherlich auch eine bessere Erfolgsprognose besitzt. Dann haben wir doch eine ursächliche Therapie anbieten können – so einfach ist es bei den Lawinen nicht ...

# KONTRA

Dr Jörg Neugebauer

Die Entscheidung, wie der Erhalt von Implantaten mit chronischen Infekten erfolgen soll, ist nicht einfach, da verschiedene Faktoren die Erkrankung hervorrufen und begünstigen. Neben der Reduktion der Risikofaktoren sind die Konfiguration des Defekts und die Art der Implantatoberfläche zu berücksichtigen. Die beste Prognose zeigen Implantate mit einer periimplantären Entzündung, wenn diese im initialen Stadium therapiert werden kann. Da eine periimplantäre Mukositis, die nur auf das Weichgewebe beschränkt ist, oftmals ausheilen kann, sollte eine Explantation dann nicht in Erwägung gezogen werden.

Aber auch wenn bereits ein Knochenabbau vorhanden ist und wir von einer Periimplantitis sprechen, gibt es verschiedene Therapieoptionen, das erkrankte Implantat zu erhalten. Neben der Augmentation der tiefen Defekte ist auch eine effektive Dekontamination der Oberfläche notwendig. Dazu haben in den letzten Jahren verschiedene Autorengruppen bestätigt, dass die Photodynamische Therapie bei geeigneter Konzeption als effektive Maßnahme zur Reduktion der mikrobiellen Belastung eingesetzt werden kann. Unsere vergleichende Untersuchung zwischen der lokalen Antibiotikatherapie, der physikalisch-chemischen Desinfektion der physikalisch-biologischen Desinfektion, mittels aPDT und einer Kontrollgruppe zeigte, dass die höchste Keimreduktion im

Verlauf von sechs Monaten bei der aPDT erreicht wird. Diese Ergebnisse werden inzwischen von zahlreichen Autoren bestätigt.

Bei ausgedehnten Defekten hängt der Erfolg auch von der Hart- und Weichgewebsaugmentation des periimplantären Lagers ab. Die Möglichkeiten, ein poröses Titangranulat für eine erfolgreiche periimplantäre Defektaugmentation zu verwenden, konnten wir nicht bestätigen. Unsere besten Ergebnisse haben wir mit autologem Knochen erlangt. Aber auch die Zone der fixierten oder keratinisierten Zone um das Implantat ist wichtig. So kann bereits eine Weichgewebsplastik mittels Bindege-

webstransplantat oder eine Vestibulumplastik das Entzündungsrisiko verringern. Als entscheidendste Faktoren sind die Mitarbeit und die Erwartung des Patienten zu bewerten. Auch wenn für eine Periimplantitisoperation oft zwei Eingriffe für die Hart- und Weichgewebsaugmentation erforderlich sind, wird dies akzeptiert, wenn damit eine umfangreiche prothetische Versorgung erhalten werden kann.

Je nach Befunden und Einstellung des Patienten stehen somit verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung, um erkrankte Implantate und, besonders wichtig, auch die Suprakonstruktion weiter nutzen zu können. ■



**Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer**

Dr. Bayer & Kollegen  
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Von-Kühlmann-Str. 1  
86899 Landsberg am Lech  
E-Mail: info@implantate-landsberg.de

Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer hat an der Universität Heidelberg Zahnheilkunde studiert und promoviert. Es folgte die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie, dann Tätigkeit als Oberarzt an der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie der Universität zu Köln. Mehrjährige Tätigkeit in der Dentalindustrie, seit August 2010 Praxis für Zahnheilkunde, Landsberg/Lech, und weitere Lehr- und Forschungstätigkeit.

