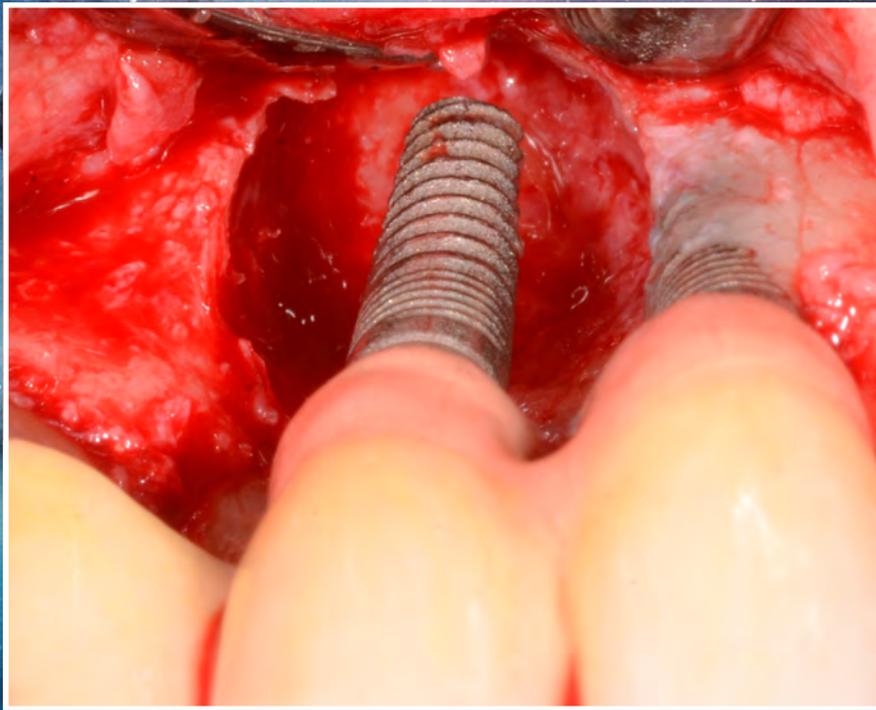


S P E C I A L E D I T I O N

THE IMPLANT STRIKES BACK



zmk bern
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

u^b
UNIVERSITÄT
BERN

PAROTRÄFF

30.04.2024 ★ 18 h ★ Ettore Rossi Auditorium Bern

ANTON SCULEAN GIOVANNI SALVI JEAN-CLAUDE IMBER
ANDREA ROCCUZZO ALEXANDRA STÄHLI

ANMELDUNG

Bitte melden Sie sich bis **spätestens 15. April 2024** direkt online unter <http://tinyurl.com/2z43b8k2>
oder per Mail an Frau Beatrice Stalder: beatrice.stalder@unibe.ch

Einladung zum Paro-Träff

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Gerne laden wir Euch zu unserem Paro-Träff am 30. April ein, bei dem das Thema **«The Implant strikes back»** im Fokus steht. Bereits jetzt möchten wir Euch im Sinne eines «Trailers» die Vortragsthemen anhand einiger klinischer Fälle und Bilder vorstellen.

Entzündliche peri-implantäre Erkrankungen kommen häufig vor. Die Prävalenz von Mukositis liegt bei 43%, diejenige von Peri-implantitis bei 22%. Im Folgenden möchten wir Euch neben der Prävention von peri-implantären Erkrankungen neuere, in den nächsten Jahren noch zu erforschende Behandlungsmöglichkeiten vorstellen. Die folgenden Fälle sind daher als Ausblick auf vielversprechende neue Optionen zu verstehen.

Prävention beginnt vor und während der Implantation

Um Implantatversorgungen über einen längeren Zeitraum entzündungsfrei zu erhalten, müssen bereits vor der Implantation verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Zuallererst ist es wichtig, den Patienten entsprechend vorzubehandeln und patientenbezogene Risikofaktoren wie Rauchen oder inadäquate Mundhygiene zu beseitigen sowie parodontale Erkrankungen zu behandeln, um vor der Implantation entzündungsfreie Verhältnisse zu schaffen.

Eine sorgfältige Planung umfasst nicht nur die ideale Implantatposition, der richtige Implantattyp und gute Putzbarkeit der Rekonstruktion, sondern auch die Beurteilung der Weichgewebssituation in der geplanten Implantatregion (Bild 1). Dies gilt besonders für grössere Augmentationen. Ein Fehlen ange-

wachsener Mukosa kann bereits vor der Implantation durch die Anwendung von Gingivatransplantaten oder den Einsatz entsprechender Biomaterialien korrigiert werden. Alternativ kann bei bestehendem Implantat eine Schleimhautkorrektur auch später durchgeführt werden.

Nicht-chirurgische Peri-implantitis-Therapie

Die EFP S3 Level Clinical Guidelines empfehlen, mit der nicht-chirurgischen, supra- und submarginalen Instrumentierung zu beginnen. Beispiel (Bild 2): Bei Implantat 23 zeigte sich nach 5 Jahren trotz sehr

guter Mundhygiene und regelmäßigem Recall eine bukkale Fistel mit Pusentleerung und Sondierungstiefen bis zu 7 mm.

Zur nicht-chirurgischen Instrumentierung wurde die Rekonstruktion entfernt und ein Natriumhypochlorit-Gel (Perisolv) für 30–60 Sek. in die peri-implantäre Tasche appliziert. Anschliessend erfolgte die Reinigung der Implantatoberfläche mit Titancuretten und einer Ultraschallspitze. Dieser Vorgang wurde dreimal wiederholt. Nach Sterilisation der Krone wurde diese wieder eingesetzt.



Bild 1. Verblockte unputzbare Rekonstruktion mit Zementierungsfehler.



Bild 2. Nicht-chirurgische Therapie mit Perisolv und mechanischer Reinigung.

The Dark Side...

Rezessionsdeckung bei Implantaten

Die Deckung von Rezessionen bei Implantaten ist sehr schwierig und nicht zuverlässig erreichbar, besonders wenn das Implantat zu bukkal gesetzt wurde oder keine Nachbarzähne vorhanden sind (Bild 3).

Fortgeschrittene Fälle

In fortgeschrittenen Fällen reicht oft eine nicht-chirurgische Therapie nicht aus, und die entzündete peri-implantäre Region muss chirurgisch eröffnet werden. Dies ist mit erheblichen Kosten und Schmerzen für die Patienten verbunden.

Kürzlich wurde eine histologische Dokumentation eines Peri-implantitis-Falles veröffentlicht, die eine erfolgreiche Re-osseointegration nach galvanisch-elektrolytischer Reinigung der Implantatoberfläche zeigt. Interessanterweise erfolgte die Re-osseointegration trotz eines Stücks Zahnsteins, das auf der Implantatoberfläche zurückgelassen wurde. Die Zahnsteinoberfläche wurde jedoch ausreichend vom Biofilm gereinigt, sodass sich Osteoblasten auf der Oberfläche ansiedeln und Knochenmatrix ablagern konnten. Aus diesem Grund untersuchen wir derzeit klinisch die Wirkung der galvanisch-elektrolytischen Implantatoberflächenreinigung.

Klinisches Beispiel (Bild 4): Ein 42-jähriger, gesunder Patient mit einem Peri-implantitis-Defekt bei Implantat 11. Nach einer nicht-chirurgischen Therapie wurde die Implantatrestauration herausgeschraubt, ein Lappen präpariert, und die Implantatoberfläche galvanisch-elektrolytisch (GalvoSurge) gereinigt.

Klinisches Beispiel (Bild 5): Ein 75-jähriger Patient mit einem stark fortgeschrittenem Knochendefekt bei Implantat 42. Das Implantat trägt eine 4-gliedrige Brücke, ausgehend von Zahn 32. Nach nicht-chirurgischer Therapie wurde

aufgeklappt, gefolgt von galvanoelektrolytischer Reinigung und einer anschließenden rekonstruktiven Prozedur mit Deproteinized Bovine Bone Mineral (DBBM) und einer Kollagenmembran. Die Wundheilung verlief problemlos.



Bild 3. Rezessionsdeckung bei Implantat regio 22 mittels der modifizierten Tunneltechnik und einem Bindegewebstransplant aus dem Gaumen. Links: Rezessionen bei Zahn 21 und 23 sowie bei Implantat 22 Rechts: Resultat nach 6 Monaten

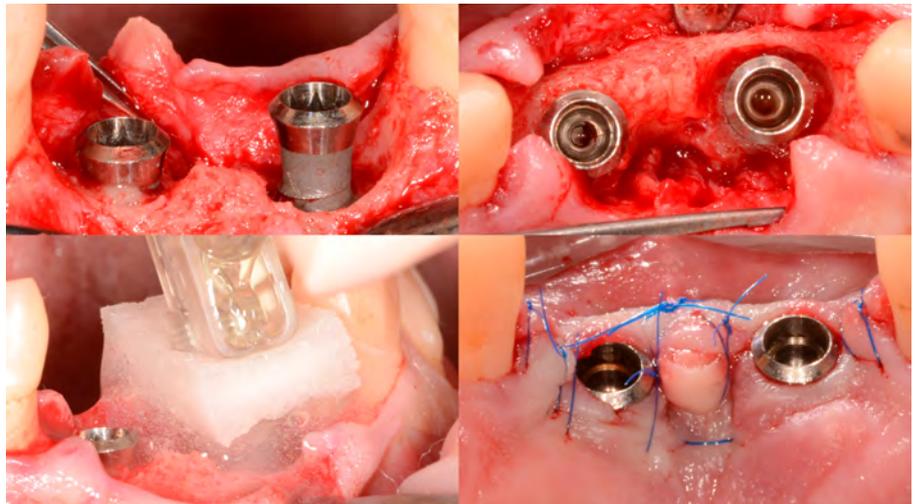


Bild 4. Reinigung von Implantat 11 mit GalvoSurge.

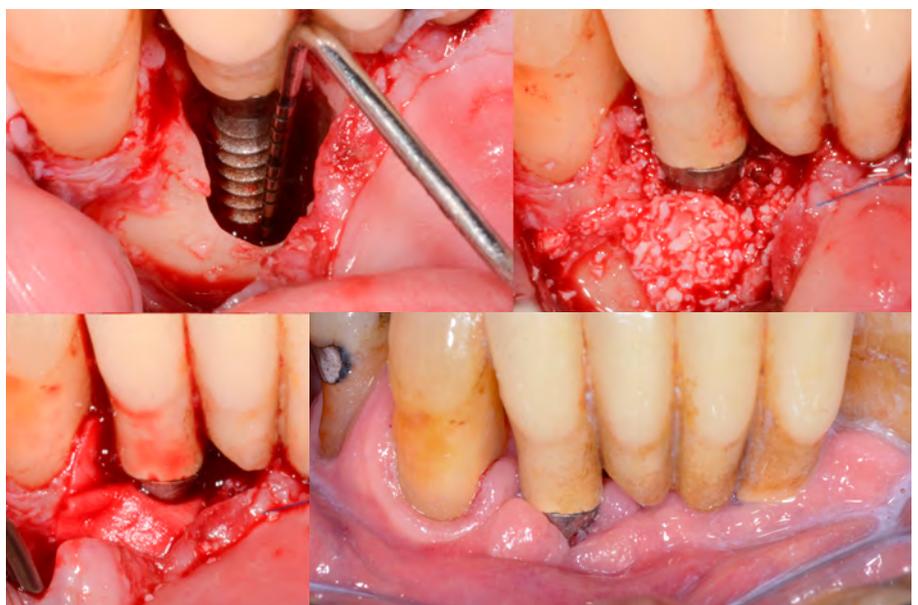


Bild 5. Weit fortgeschrittener Defekt bei Implantat 42 intraoperativ und 3 Monate postoperativ.