

ZUSAMMENFASSUNG

Worin bestehen Gemeinsamkeiten, worin Unterschiede in Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie von Parodontitis und Periimplantitis?
– eine Auswertung der aktuellen Literatur

In der vorliegenden Arbeit werden die Ätiologie, die Pathogenese, die Diagnostik und die Therapie von Parodontitis und Periimplantitis vergleichend untersucht. Es wurde eine systematische Literaturrecherche (2003-2013) in der Datenbank Medline und in der Cochrane Library durchgeführt. In acht Artikel wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Parodontitis und Periimplantitis in Hinblick auf mindestens einen der Aspekte Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik oder Therapie vergleichend dargestellt. Es handelt sich um zwei systematische Reviews, zwei tierexperimentelle Studien und vier klinische Studien. Parodontitis und Periimplantitis weisen eine ähnliche Ätiologie auf. Der wichtigste ätiologische Faktor ist die Präsenz von gram-negativen, (fakultativ) anaeroben, parodontalpathogenen Mikroorganismen im Biofilm. Neben den parodontalpathogenen Erregern als primärem ätiologischem Faktor spielen weitere umweltbedingte und erworbene Faktoren eine Rolle. Parodontitis und Periimplantitis weisen ähnliche Risikofaktoren auf. Zudem ist das Vorliegen einer Parodontitis ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten einer Periimplantitis, da parodontalpathogene Keime aus den residualen parodontalen Taschen auch am Implantat nachgewiesen werden können. In der Pathogenese von Parodontitis und Periimplantitis bestehen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Eine Gemeinsamkeit zwischen parodontalen und periimplantären Läsionen liegt in der großen Anzahl von Plasmazellen und Lymphozyten und dem großen entzündlichen Infiltrat lateral des Taschenepithels. Ein Unterschied besteht darin, dass in periimplantären Läsionen mehr neutrophile Granulozyten und Makrophagen vorliegen als in parodontalen Läsionen. Zudem sind periimplantäre Läsionen deutlich größer als parodontale. Die Ausdehnung des periimplantären Infiltrates reicht bis apikal des Taschenepithels, während parodontale Läsionen durch den bindegewebigen Faserapparat abgekapselt sind. Der Verlauf einer Periimplantitis weist eine deutlich schnellere Progression auf als eine chronische Parodontitis. Bei experimentell induzierter Periimplantitis reicht nach Entfernung der Ligaturen das entzündliche Infiltrat bis zum Knochen und es liegt eine Progression der Erkrankung mit weiterem Knochenabbau vor. Hingegen ist bei Zähnen nach Entfernung der Ligaturen

der Prozess der Parodontitis selbstlimitierend, da das entzündliche Infiltrat abgekapselt und durch bindegewebiges Attachment vom Knochen getrennt ist. Bei Parodontitis und Periimplantitis sind die gleichen diagnostischen Parameter anzuwenden (Sondierungstiefe, klinischer Attachmentlevel, Blutung auf Sondierung und Radiologie). Da Parodontitis und Periimplantitis eine ähnliche Ätiologie aufweisen, sollten alle therapeutischen Ansätze dieser Erkrankungen antiinfektiös sein. Der Goldstandard in der Parodontitistherapie ist das mechanische Debridement der Wurzeloberfläche nach einer Vorbehandlungsphase mit einem supra-gingivalem Debridement und einer Mundhygieneinstruktion des Patienten. Ein chirurgisches Vorgehen wird notwendig, wenn in tiefen parodontalen Taschen das mechanische Debridement nur eine inadäquate Biofilmentfernung und Taschenreduktion bewirkt. Wenn sich an die Therapie eine Nachbetreuung des Patienten in Form einer regelmäßigen unterstützenden Parodontitistherapie anschließt, weist die Parodontitistherapie exzellente Langzeiterfolge auf. Für die Therapie der Periimplantitis besteht kein Goldstandard und die Evidenz zu den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen ist schwach. Aufgrund der Oberflächenrauigkeit und Konfiguration von Implantaten ist ein mechanisches Debridement am Implantat erschwert. Das nicht-chirurgische Vorgehen erweist sich nur zur Behandlung einer Mukositis als effektiv. Bei einer Periimplantitis hingegen ist das nicht-chirurgische Debridement in Verbindung mit Antiseptika häufig nicht ausreichend und ein chirurgisches Vorgehen häufiger und in einem früheren Erkrankungsstadium als bei Parodontitis erforderlich. Die Therapieansätze zur chirurgischen Behandlung einer Periimplantitis sind an den Therapieansätzen für Knochendefekte an natürlichen Zähnen orientiert: Bildung eines Zugangslappen, Degranulation und Dekontamination der Implantatoberfläche. Die limitierenden Faktoren sind die Heterogenität der Studien und der Fakt, dass keine standardisierte Kontrolltherapie definiert ist. Die Defektauffüllung mit Knochen oder Knochenersatzmaterial erscheint möglich, aber hierzu sind weitere Langzeitstudien erforderlich. Es sind weitere randomisierte, kontrollierte Langzeitstudien erforderlich, um eine Einschätzung vorzunehmen, welche Maßnahme die effektivste Periimplantitistherapie darstellt und um diese schlussendlich mit der Effektivität der Parodontitistherapie vergleichen zu können.