

Periimplantäre Sondierung! Mehr Schaden als Nutzen?

Im Juli 2019 erschien versteckt im Journal of Clinical Medicine ein narrativer Review bzw. fast eine Polemik zu der Frage, ob periimplantäres Sondieren die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen überschätzt und deshalb zu Übertherapie an dentalen Implantaten führt. Die Autoren haben keine strukturierte Literaturrecherche durchgeführt und kommen zu den Schlussfolgerungen, dass periimplantär erhobene Sondierungstiefen (ST) und Bluten auf Sondieren (BOP) schlechte Surrogatendpunkte für Periimplantitis und Implantatverlust sind. Glaubt man den Autoren, führen die durch die periimplantäre Erhebung von ST und BOP verursachten Irritationen des periimplantären Gewebes sogar zu Entzündung und Knochenverlust¹.

Die Tatsache, dass dieser narrativen Übersichtsarbeit keine systematische Literatursuche zugrunde liegt, disqualifiziert sie schon von der Methode. Wenn es um die Prävalenz periimplantärer Mukositis und Periimplantitis geht, werden wichtige aktuelle Artikel konsequent ignoriert^{2,3}. Die Autoren versuchen, die geringe Sensitivität der Variable BOP für Periimplantitis hervorzuheben, und scheinen dabei ganz zu vergessen, dass die auch für Parodontitis gilt⁴. Allerdings hat BOP eine gute Spezifität für Parodontitis und auch Periimplantitis wie Coli und Sennerby selbst kondieren müssen.

Es wird behauptet, dass starke Evidenz dafür existiere, dass periimplantäres Sondieren eine bindegewebige Wunde hervorrufe, die zu Knochenabbau führen kann. Die „starke“ Evidenz berichtet allerdings nicht über die Folgen periimplantären Sondierens, sondern von den Folgen wiederholten Entfernens und Zurücksetzens von Abutments. Ist das das Gleiche? Wohl eher nicht!

Auch das Entfernen von Zahnstein von Implantaten wird als gefährlich angesehen, weil es Titanpartikel freisetzt, die dann Entzündung und Fremdkörperreaktionen auslösen. Also lassen wir doch lieber den Zahnstein auf den Implantaten und sehen zu, wie er wächst. So verhindert man periimplantäre Komplikationen!? Wie erklären sich die Autoren dann, dass Implantatpatienten, die regelmäßig an parodontaler/periimplantärer Nachsorge teilnehmen, die die Entfernung bakterieller Beläge umfasst, ein geringeres Risiko für Periimplantitis und Implantatverlust haben als solche, die unregelmäßig an der Nachsorge teilnehmen⁵? Die entsprechenden Arbeiten blieben leider unberücksichtigt.

Aus parodontologischer Warte fällt es schwer, diese Übersichtsarbeit wirklich ernst zu nehmen. Es werden klinische Konsequenzen (kein periimplantäres Sondieren mehr, stattdessen Inspektion/Palpation der periimplantären Gewebe und Röntgendiagnostik) zum Großteil von tierexperimentellen Studien abgeleitet. Die haben aber in der Hierarchie der evidenzbasierten Entscheidungsfindung das geringste Gewicht. Offenbar ist die Fraktion der Kollegen, die Implantate setzen und Angst vor der Erhebung periimplantärer Sondierungsparameter haben, immer noch größer als gedacht. Das ist bedauerlich.

Die narrative Übersichtsarbeit ohne systematische Literaturrecherche überzeugt mich nicht von der Unsinnigkeit bzw. Schädlichkeit des Erhebens periimplantärer Sondierungsparameter⁶. Die aktuelle Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zustände bestärkt mich in dieser Haltung⁷.

Was hat das alles mit Prävention zu tun? Sehr viel! Denn gerade Erkrankungen, die in

frühen Stadien für die Patienten nicht oder kaum symptomatisch werden („silent disease“), wie Parodontitis und Periimplantitis, erfordern geeignete Diagnostik (z. B. Erhebung von ST und BOP), um sie rechtzeitig feststellen zu können. Nur durch diese Diagnostik kann frühzeitig zumindest im Sinne einer Sekundärprävention (Erkrankung ist vom Patienten unbemerkt, aber diagnostizierbar)⁸ interveniert und weiterer

Schaden verhindert werden. Lesen Sie mehr dazu in diesem Heft.

Ihr

Prof. Dr. Peter Eickholz,
Frankfurt/Main



Literatur

1. Coli P, Sennerby L. Is Peri-Implant Probing Causing Over-Diagnosis and Over-Treatment of Dental Implants? *J Clin Med* 2019;8.
2. Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol* 2015;42 Suppl 16:S158–171.
3. Derks J, Schaller D, Hakansson J, Wennstrom JL, Tomasi C, Berglundh T. Effectiveness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population: Prevalence of Peri-implantitis. *J Dent Res* 2016;95:43–49.
4. Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. *J Clin Periodontol* 1994;21:402–408.
5. Lin CY, Chen Z, Pan WL, Wang HL. The effect of supportive care in preventing peri-implant diseases and implant loss: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2019;30:714–724.
6. Eickholz P, Klein F, Eger T. Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Periimplantäre Erkrankungen: Diagnostik und Therapie. *Parodontologie* 2012;23:167–175.
7. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* 2018;45 Suppl 20:S286–S291.
8. Jordan AR, Baudisch NF. Der Präventionsbegriff in der Parodontologie. *Parodontologie* 2020;31:7–17.