



## INHALT / CONTENU

Editorial .....	1
Rapport du comité .....	3
Invitation à l'assemblée générale 2010 ..	4
Diagnostic différentiel et traitement de la péri-implantite .....	5
Tabagisme et odontologie .....	7
Fondation Implants Suisse .....	8
Editorial .....	9
Bericht aus dem Vorstand .....	10
Einladung zur Mitglieder- versammlung 2010 .....	11
Differenzialdiagnose und Therapie der Periimplantitis .....	12
Tabakkonsum und Zahnmedizin .....	14
Implantatstiftung Schweiz .....	15

## Vorstand / Comité

Dr. Dominik Hofer, Präsident, Langnau i.E.  
PD Dr. Patrick Schmidlin, Vizepräsident, Zürich  
Dr. Prisca Schächli, Sekretärin, Bern  
Dr. Hrvoje Jambrec, Kassier, Genf  
Prof. Dr. Roland Weiger, Basel  
Dr. Jean-Daniel Bessat, Lausanne  
Dr. Marcel Iff, Binningen  
Dr. Tobias Otto, Aarau

## Nr. 2

Août / August 2010

## EDITORIAL

### Changer d'altitude...?

Ce n'est sans doute pas un hasard si Bertrand Piccard, médecin, chercheur et aventurier célèbre et apprécié, a justement choisi le récent Symposium mondial ITI pour prôner le bien que cela peut faire, de temps en temps, de changer d'altitude de vol. Et ce justement en un week-end où, à Genève, question altitude de vol, il ne se passait plus rien du tout ! Quant à la parodontologie, ces derniers temps, elle n'est pas non plus épargnée par les vents contraires ! Piccard est sans doute l'un des derniers pionniers sur cette terre, un des derniers visionnaires à chercher et à trouver ses visions à l'écart des altitudes de vol les plus courues et les plus commodes. Depuis la disparition du fil Actisite®, moi aussi, j'ai perdu mes visions. Et dans la pratique quotidienne, ce ne sont pas exactement des vents contraires qu'on se souhaite. Mais n'est-ce pas justement cela, le problème, en parodontologie ? Soyons francs : quels sont les développements intervenus depuis, disons, vingt ans, que nous puissions considérer comme fondamentaux, comme pionniers ? Rien, ou du moins peu de chose ! Lorsque je dis fondamental, j'entends par là autre chose qu'une nouvelle pâte dentifrice pour dents hypersensibles, un appareil tout-puissant pour le détartrage, ou une brosse à dent aux ultra-sons. Je voudrais enfin tenir la solution pour lutter contre la carie radiculaire, ou du moins un matériau d'obturation probant pour remédier à une carie au dôme d'une furcation après tunellisation (ce pour le cas où la solution définitive pour les caries radiculaires se ferait encore attendre). Et puis je rêve d'un spray de motivation à l'intention des réfractaires à l'usage de la brosse interdentaire. C'est cela, le véritable défi dans la pratique quotidienne ! Lorsque j'ouvre aujourd'hui le *Journal of Clinical Periodontology*, il m'arrive parfois, je le dis franchement, de me sentir dépassé. Qu'est-ce que je peux retirer de ces articles, dont certains sont pourtant vraiment intéressants, pour ma pratique quotidienne ? Le moment ne serait-il pas venu

pour qu'il y ait de nouveau des pionniers ? Des pionniers tels que Waerhaug (hygiène bucco-dentaire), Nyman et Karring (GTR), Loe (étiologie), Socransky et Goodson (microbiologie et antibiose), Lindhe (recall et études cliniques) et Lang (diagnostic, analyse des risques), qui ont marqué et influencé de façon décisive la parodontologie de ces dernières décennies. Du côté de l'implantologie, des pionniers, on en a compté tout juste deux, et ce il y a déjà bien longtemps. Alors quelle était cette affaire d'altitude de vol ? Cela fait déjà longtemps que la SSP vole à une altitude stable

et commode. Ses finances sont saines et l'effectif des membres plus ou moins stable. Pourtant, une tendance au recul se dessine. Mais il faudra davantage que le panache de cendres d'un volcan islandais pour nous clouer à terre. L'équipage de la SSP veille. Et vous, vous n'auriez pas par hasard l'étoffe d'un pionnier... ?

Avec mes cordiales salutations

Dominik Hofer,  
Président SSP

## RAPPORT DU COMITÉ 2010

### **Congrès:**

La SSP a quarante ans! Dans le cadre du Congrès, qui se tiendra cette année à Bâle du 23 au 25 septembre, la Société se fait un plaisir d'inviter ses membres le vendredi soir après les conférences de l'après-midi à un « apéro riche » divertissant, qui durera jusqu'aux environs de 19h30. L'an prochain, le Congrès annuel aura lieu du 1–3 septembre 2011 à Berne. Ce Congrès se tiendra conjointement avec les autres trois sociétés spécialisées (SSRD, SSOS et SSIO) et la FIS. Le jeudi se tiendra un symposium scientifique d'une journée de la SSP avec AG; les vendredi et samedi seront consacrés à un programme commun dans le cadre du Congrès de la FIS. Du 6–8 septembre 2012, ce sera au tour de Berne d'accueillir le Congrès de la SSP, dont le Prof. A. Sculean assurera l'organisation.

### **Programme de formation postgrade en parodontologie**

A l'heure actuelle, seules les universités de Berne et de Genève satisfont aux exigences en vigueur concernant l'enseignement postgrade en parodontologie. La SSO a réservé un accueil favorable à la demande déposée par la SSP concernant l'introduction de programmes d'enseignement postgrade en parodontologie aux universités de Bâle et de Zurich et a invité notre Société à soumettre à son examen des programmes structurés.

### **Activités de la SSP**

#### *Prix Oral-B:*

La société Procter & Gamble est de nouveau disposée à sponsoriser et à décerner ce prix mis au concours par la SSP. La campagne d'affichage menée par P&G à cette occasion est également réjouissante.

#### *Internet:*

La SSP dispose sur Internet, sous [www.parodontologie.ch](http://www.parodontologie.ch), d'un site en langues française et allemande. L'identifiant (« members ») et le mot de passe (« parosonde ») permettant d'accéder aux pages réservées aux membres sont restés inchangés. Comme l'an passé, les membres ont à nouveau la possibilité de s'inscrire en ligne au Congrès annuel de Bâle sur le site web. En 2009, le site a enregistré 70'000 visites, 10'000 de plus que l'année précédente.

#### *Attrait:*

La SSP n'est pas la seule société spécialisée en parodontologie à voir le nombre de ses membres décroître, et donc, en apparence, à perdre de son attrait. Le Comité a entrepris de faire le point sur les efforts entrepris par la Société durant ces dernières années pour devenir plus attrayante, et de se livrer à une analyse, afin d'aborder en AG la question de savoir dans quelle direction poursuivre ces efforts.

## INVITATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SSP À L'OCCASION DU QUARANTIÈME CONGRÈS ANNUEL

le vendredi 24 septembre 2010 de 11h30 à 12h30 au Centre des congrès de Bâle

### Ordre du jour :

- |  |   |
|--|---|
| 1. Adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 4 septembre 2009 (voir SSP actualités, No. 1/2010) | 10. Motions des membres et du Comité<br>- publicité pro domo  |
| 2. Rapport annuel du président, adoption du rapport  | 11. Lieu et date du 41e Congrès annuel  |
| 3. Comptes annuels et rapport du trésorier (2009/2010)   | 12. Divers  |
| 4. Rapport de l'organe de révision : décharge au trésorier et au Comité                                    | Les motions présentées par les membres doivent parvenir par écrit au Comité (Secrétariat) au plus tard quatre semaines avant la date de l'Assemblée générale. |
| 5. Adoption du budget 2010/2011  |   |
| 6. Rapports des commissions et approbation   | Cordialement  |
| 7. Nouvelles élections et réélections  |   |
| 8. Adhésion de nouveaux membres  | Dominik Hofer   |
| 9. Nominations et distinctions   | Président SSP   |

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET TRAITEMENT DE LA PÉRI-IMPLANTITE. ETAT DE LA QUESTION

Andrea Mombelli, Prof. Dr. med. dent., Université de Genève

Les inflammations péri-implantaires sont le plus souvent indolores, et elles ne sont pas toujours reconnaissables à l'oeil nu grâce à des signes tels qu'une rougeur ou un oedème. La formation de poches péri-implantaires de plus de 3 mm de profondeur, accompagnées de saignement et/ou de suppuration, justifie une investigation plus poussée. On a beaucoup spéculé sur les facteurs déclenchant un processus inflammatoire péri-implantaire et sur les processus de résorption. Des études ont d'ailleurs été réalisées sur les risques correspondants<sup>1</sup>. Le fait est que les défauts présentent toujours une infection bactérienne. Il a été démontré, il y a déjà 18 ans, que la lutte ciblée contre le spectre des germes anaérobiques permet d'obtenir une amélioration clinique et que, dans beaucoup de cas sinon tous, elle permet de remédier au problème<sup>2</sup>. La clé du succès de ce traitement, et en même temps son plus grand défi, est l'élimination aussi complète que possible de tout dépôt bactérien des surfaces implantaires conçues pour favoriser l'ostéointégration. De nouvelles méthodes ne cessent de voir le jour. A l'heure actuelle, on préconise le nettoyage à l'aide de brossettes en titane et l'implantoplastie avec des instruments rotatifs. Toutes les propositions émises à ce jour ont ceci de commun que leur efficacité n'est pas encore suffisamment attestée. Les études comparatives n'en sont qu'à leurs débuts.

Pour décontaminer les surfaces implantaires dépolies, nous utilisons actuellement un appareil ultrasonique piézo-électrique avec un embout en acier. Il est vrai que ces derniers laissent des traces qui, sur les surfaces lisses au niveau du collet, sont indésirables (c'est pourquoi les instruments utilisés dans les traitements prophylactiques sont tous en matière plastique). Mais lors du traitement d'une péri-implantite, c'est une considération secondaire. Sur une surface dépolie compromise, l'effet de décontamination doit être maximal. Jusqu'à preuve de son utilité spécifique, nous restons en revanche sceptiques concernant l'intérêt d'une implantoplastie aux instruments rotatifs,

dans la mesure où cette technique occasionne des contaminations difficilement contrôlables des parties molles, « tatouages au titane », et rayant la surface de l'implant. Le nettoyage mécanique accompli, il convient de procéder à un rinçage approfondi et à l'administration d'antibiotiques systémiques à des doses thérapeutiques (souvent métronidazole + amoxicilline pendant 7 jours)<sup>3</sup>. L'approche non chirurgicale a des limites, mais peut constituer un traitement préalable bienvenu dans l'attente d'une procédure chirurgicale ultérieure, notamment dans les cas où la muqueuse présente une inflammation visible et des suppurations. Après exposition du défaut par décollement d'un lambeau d'accès localisé, le nettoyage méticuleux de la surface implantaire reste l'étape essentielle.

A notre sens, les échecs sont le plus souvent imputables à un nettoyage mécanique incomplet du fond du défaut, ou à un diagnostic erroné. Les infections péri-implantaires ne sont pas toutes des péri-implantites ! Parmi les diagnostics différentiels, on compte l'infection due la persistance de résidus de ciment (« cimentite ») ou l'accumulation de bactéries dans les interstices au niveau des marges mal adaptées. Les illustrations 1 et 2 présentent un exemple de cas où la suppuration persiste en dépit d'un traitement préalable aux antibiotiques systémiques, et pour lequel un diagnostic de péri-implantite réfractaire avait été posé à tort. Après nettoyage mécanique approfondi et élimination des restes de ciment dans la poche péri-implantaire, une guérison complète a pu être obtenue sans nouvelle antibiothérapie (illustration 3).

Le sondage péri-implantaire est un élément décisif dans le diagnostic des complications biologiques. Dans les contrôles de routine, les premières questions à se poser sont les suivantes :

- La profondeur de la poche est-elle supérieure à 3 mm ?
- Des suppurations sont-elles présentes ?
- Observe-t-on d'autres signes inflammatoires, tels



III. 1

III. 2

III. 3

que le saignement au sondage, des irritations ou des oedèmes des muqueuses gingivales ?

Si la réponse à une ou plusieurs de ces premières questions est OUI, elles entraînent les questions suivantes :

- La poche mesure-t-elle plus de 3 mm en-dessous de la marge de l'implant ? (Dans ce cas, lorsqu'on a affaire à un implant de type courant, la surface implantaire dépolie présente une contamination bactérienne. Les instruments en plastique utilisés en prévention n'assurent pas un nettoyage suffisant).
- Une perte osseuse est-elle visible radiologiquement ? (On peut avoir affaire à une mucosite, ou être en présence de pseudo-poches dues au conditionnement des parties molles dans les parties esthétiques).
- Existe-t-il d'autres raisons plausibles qu'une péri-implantite ? (Tels que les processus de remodelage biologique des parties dures d'origine systémique ou dus au placement trop en profondeur de l'implant, une « cimentite », ou la fracture de l'implant).
- La poche mesure-t-elle plus de 5 mm de profondeur ? (Dans ce cas, une démarche non chirurgicale seule est le plus souvent insuffisante).

### Indications bibliographiques

1. Bornstein MM, Cionca N, Mombelli A. Systemic conditions and treatments as risks for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24 Suppl: 12–27.
2. Mombelli A, Lang NP. Antimicrobial treatment of peri-implant infections. *Clin Oral Impl Res* 1992; 3: 162–168.
3. Mombelli A, Cionca N, Almaglouth A. Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery? *Periodontol* 2000 2010: in print.

## TABAGISME ET ODONTOLOGIE

Les articles consacrés au thème « tabagisme et médecine » dentaire parus dans la Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie ont fait l'objet d'une réédition, publiée sous forme de tiré à part. Le cahier présente un tableau d'ensemble de l'évidence scientifique attestant de l'effet du tabagisme sur les voies respiratoires, sur le système cardiovasculaire, sur les muqueuses buccales et sur le parodonte, et traite des méthodes de sevrage existantes.

Dix ans précisément après la parution en deux tomes d'un volumineux travail de synthèse dû aux Drs Patrick Brochut et Giorgio Cimasoni consacré aux effets du tabagisme sur le parodonte, une nouvelle synthèse des travaux parus durant ces dix dernières années a vu le jour. Le tiré à part en question permet aux médecins-dentistes et aux hygiénistes dentaires de se renseigner en détail sur l'état de la question concernant les effets dommageables du tabagisme et les possibilités thérapeutiques en matière de sevrage. Par ailleurs, l'équipe du cabinet dentaire pourra y puiser de quoi sensibiliser au problème les patients qui fument et proposer une assistance utile à celles et ceux qui désirent arrêter de fumer.

La désaccoutumance au tabac fait partie, outre un contrôle optimal de la plaque dentaire, des mesures les plus importantes de prévention et de traitement des maladies paradontales. Les six articles ont initialement été publiés sous forme de série dans la Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie. Ils présentent l'évidence scientifique concernant l'effet du tabagisme sur la muqueuse buccale, le parodonte et la santé en général.

La publication de ce recueil vient compléter les manuels de la task force du projet « Tabagisme – Intervention au cabinet dentaire », dont une première édition, parue en 2002, et une deuxième, parue en 2003, ont été diffusées auprès de tous les cabinets dentaires de Suisse. Le recueil a vu le jour dans le cadre du projet « Tabagisme – Intervention au cabinet dentaire ».

Le projet fait partie du programme national d'arrêt du tabagisme. La Ligue suisse contre le cancer, la Fondation Suisse de cardiologie et l'Association suisse pour la prévention du tabagisme sont responsables de ce programme. Il bénéficie du soutien financier du Fonds de prévention du tabagisme.

Le tiré à part est disponible en librairie, ou peut être commandé auprès de :  
Buchstämpfli Versandbuchhandlung, Postfach 5662, 3001 Bern, [order@staempfli.com](mailto:order@staempfli.com).

Christoph A. Ramseier, MAS  
Dr. med. dent., Médecin-Dentiste Spécialiste en Parodontologie (EFP)



Projet

« Tabagisme – Intervention au cabinet dentaire »  
<http://dent.at-schweiz.ch>

## CAMPAGNE FIS 2010 DANS LES MÉDIAS

Nous l'avons déjà annoncé lors de l'Assemblée générale 2009 : la FIS a lancé une nouvelle campagne dans les médias. Après les actions tous azimuts de la campagne précédente, visant à faire connaître la FIS, celle-ci s'est attachée cette année, dans ses campagnes de relations publiques, à cibler plus particulièrement les patients concernés, son public spécifique.

La campagne est diffusée par six chaînes de télévision régionales ; et neuf manifestations d'information spécifiquement organisées à l'intention des patients se répartissent sur la Suisse alémanique et la Suisse romande. Les émissions de télévision sont conçues sur un modèle commun, si bien qu'après leur programmation ordinaire, elles pourront être visionnées comme un ensemble thématique à partir d'une bibliothèque sur [www.implantatstiftung.ch](http://www.implantatstiftung.ch). Le travail et les investissements consacrés à cette campagne pourront ainsi exercer un effet durable.

La Commission scientifique de la FIS, dans laquelle la SSP est aussi représentée, est responsable pour le contenu de ces manifestations. La SSP assume l'essentiel de la responsabilité pour une émission de télévision ainsi que pour deux manifestations d'information et trouve ainsi l'occasion de faire pleinement valoir ses intérêts. C'est ainsi que dans l'émission diffusée sur Léman bleu (une chaîne de télévision locale de la région genevoise), on voit un patient qui a été traité avec succès pour une parodontite, et qui, à la fin, se fait mettre en place deux implants.

Nous incitons les membres de la SSP à participer à l'une ou l'autre des manifestations qui se tiendront dans leur région pour donner davantage de poids à la dimension parodontologique dans un traitement en implantologie. En étant membre de la FIS, la SSP peut profiter de cette excellente tribune pour mieux faire connaître auprès d'un public intéressé l'importance de la parodontologie – qui a également des

alternatives à proposer à la mise en place d'implants. Tous les médecins dentistes se verront adresser une annonce avec les données précises et de plus amples informations sur ces activités, qu'ils trouvent aussi sur le site web de la FIS sous [www.implantatstiftung.ch](http://www.implantatstiftung.ch).

Tobias Otto,  
Commission scientifique FIS

 **IMPLANTAT**  
STIFTUNG SCHWEIZ



## EDITORIAL

## Changing altitude...?

Es ist wohl bezeichnend, dass Bertrand Piccard, der bekannte und geschätzte Arzt, Wissenschaftler und Abenteurer, ausgerechnet am letzten ITI World Symposium vorschwärmte, wie gut es ab und zu täte, wenn man die Flughöhe ändern würde. In Genf lief ja betreffend Flughöhe an diesem Wochenende rein gar nichts mehr. Und der Parodontologie braust ja in letzter Zeit genug Gegenwind um die Ohren! Piccard ist wohl noch einer der letzten Pioniere auf dieser Welt, ein Visionär, der die Visionen jenseits der gängigen und meist bequemen Flughöhen sucht und auch findet. Seit dem Verschwinden des Actisite®-Fadens sind auch meine Visionen verschwunden. Und in der täglichen Praxis hat man auch nicht gerade allzu viel Lust auf Gegenwind. Aber ist das nicht vielleicht gerade das Problem der Parodontologie? Sind wir doch einmal ganz ehrlich: Was hat sich in der Parodontologie in den letzten, sagen wir einmal 20 Jahren Grundlegendes, Pionierhaftes ereignet. Nichts, oder zumindest nicht sehr viel! Unter grundlegend verstehe ich jetzt nicht eine weitere Zahnpaste gegen überempfindliche Zähne, eine omnipotente Zahnsteinentfernungsmaschine oder eine Schallzahnbürste. Ich will jetzt endlich einmal ein taugliches Mittel gegen die Wurzelkaries und ein gescheites Füllungsmaterial für die Karies im Furkationsdach nach der Tunnelierung (für den Fall, dass es mit dem ultimativen Antiwurzelsmittel noch etwas dauert). Ach, und dann hät-

te ich noch gerne einen Motivierungsspray für den Gebrauch der Interdentalbürsten. Das ist doch der wirkliche Challenge in der täglichen Praxis. Wenn ich heute das Journal of Clinical Periodontology aufschlage, bin ich, und das gebe ich offen und ehrlich zu, ab und zu überfordert. Was kann ich aus den verschiedenen, teils sehr interessanten Artikeln für meine tägliche Praxis nutzen? Wäre nicht wieder einmal ein Pionier fällig? Pioniere wie Waerhaug (orale Hygiene), Nyman und Karring (GTR), Loe (Ätiologie), Socransky und Goodson (Mikrobiologie und Antibiose), Lindhe (Recall und klinische Studien) und Lang (Diagnostik, Risikoanalyse) haben in den letzten Jahrzehnten die Parodontologie massgeblich geprägt und beeinflusst. Bei den Implantaten gab es übrigens nur gerade mal zwei Pioniere und das ist auch bereits lange her. Wie war das jetzt nochmals mit der Flughöhe? Die SSP fliegt seit längerer Zeit auf stabiler und bequemer Reiseflughöhe. Die Finanzen sind gesund und die Mitgliederzahlen sind mehr oder weniger stabil. Die Tendenzen zeigen jedoch schon ein wenig nach unten. Aber auch ein rauchender Isländer wird uns nicht auf den Boden zwingen. Die Crew der SSP passt auf. Haben Sie das Zeug zum Pionier...?

Mit herzlichen Grüßen Ihr

Dominik Hofer,  
Präsident SSP

## BERICHT AUS DEM VORSTAND, 2010

### Kongresse

40 Jahre SSP! Zu Ehren des 40-jährigen Jubiläums wird die Gesellschaft ihre Mitglieder am diesjährigen Kongress, der vom 23.–25. September 2010 in Basel stattfindet, am Freitag Abend nach den Vorträgen zu einem unterhaltsamen Apéro riche einladen. Dieser dauert bis ca. 19.30 h. Nächstes Jahr wird der Jahreskongress vom 1.–3. September 2011 in Bern stattfinden. Dieser Kongress wird in Zusammenarbeit mit den anderen 3 Fachgesellschaften (SSRD, SSOS und SGI) und der ISS erfolgen. Am Donnerstag ist eine eintägige Fachtagung der SSP mit GV vorgesehen und am Freitag und Samstag würde eine gemeinsame Veranstaltung im Rahmen des ISS Kongresses stattfinden. Vom 6. bis 8. September 2012 wird der SSP-Kongress wieder turnusgemäss in Bern stattfinden und von Prof. A. Sculean organisiert werden.

### Weiterbildungsprogramm Parodontologie

Die geltenden Weiterbildungsanforderungen in Parodontologie können derzeit nur von den Universitäten Bern und Genf erfüllt werden. Die SSO hat die Anfrage der SSP betreffend Einrichtung von Weiterbildungsprogrammen in Parodontologie an der Uni Basel resp. Uni Zürich positiv zur Kenntnis genommen und die Gesellschaft aufgefordert, strukturierte Programme zur Beurteilung einzureichen.

### Aktivitäten der SSP

#### *Oral-B-Preis*

Procter & Gamble ist bereit, diesen von der SSP ausgeschriebenen Preis erneut zu sponsern und zu verleihen. Erfreulich ist auch die Plakatwerbung, die P&G im Vorfeld durchführt.

#### *Internet*

Die SSP ist im Internet unter [www.parodontologie.ch](http://www.parodontologie.ch) in deutscher und in französischer Version präsent. Unverändert geblieben ist der Username «members» und das Passwort «parosonde» mit dem die Ebene Mitglieder erreicht werden. Wie bereits letztes Jahr, kann die Anmeldung zum Jahreskongress in Basel auch dieses Jahr über die Webseite erfolgen. Im Jahr 2009 hat die Webseite 70'000 Zugriffe registriert, 10'000 mehr als das Jahr zuvor.

#### *Attraktivität*

Die SSP ist nicht die einzige parodontologische Fachgesellschaft, die einen Mitgliederschwund verzeichnet und wie es scheint an Attraktivität verliert. Der Vorstand ist dabei, die in den letzten Jahren von der Gesellschaft unternommenen Anstrengungen zur Verbesserung der Attraktivität zusammenzustellen und zu analysieren, um an der MV zu diskutieren, in welche Richtung weitere Anstrengungen unternommen werden sollen.

## EINLADUNG ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER SSP ANLÄSSLICH DER 40. JAHRESTAGUNG

am Freitag, den 24. September 2010, 11. 30 – 12. 30 Uhr im Kongresszentrum in Basel

### Traktanden

- |  |   |
|--|---|
| 1. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 4. September 2009, (siehe SSP Aktuell, Nr. 1/2010) | 9. Ernennungen und Ehrungen   |
| 2. Jahresbericht des Präsidenten, Genehmigung des Berichts   | 10. Anträge der Mitglieder und des Vorstandes<br>- Werbung in eigener Sache   |
| 3. Jahresrechnung und Bericht des Quästors (2009/2010)   | 11. Ort und Datum der 41. Jahrestagung  |
| 4. Bericht der Rechnungsrevisionsstelle: Entlastung des Quästors und des Vorstandes                            | 12. Varia   |
| 5. Genehmigung des Budgets 2010/2011   | Anträge von Mitgliedern sind dem Vorstand (Sekretariat) spätestens 4 Wochen vor der Mitgliederversammlung schriftlich einzureichen. |
| 6. Berichte der Kommissionen, Genehmigung derselben  | Mit freundlichen Grüßen   |
| 7. Neuwahlen und Wiederwahlen  | Dr. Dominik Hofer   |
| 8. Mitgliederaufnahmen   | Präsident SSP   |

## DIFFERENZIALDIAGNOSE UND THERAPIE DER PERIIMPLANTITIS. AKTUELLER STAND

Andrea Mombelli, Prof. Dr. med. dent., Universität Genf

Periimplantäre Entzündungen verursachen meist keine Schmerzen, und nicht immer machen sie sich durch deutliche, von bloßem Auge erkennbare Anzeichen wie Rötung und Schwellung bemerkbar. Periimplantäre Taschenbildung über 3 mm mit Bluten und/oder Eiteraustritt rechtfertigen eine vertiefte Abklärung. Zu den auslösenden Faktoren periimplantärer Entzündungsvorgänge und Resorptionsprozessen ist viel spekuliert worden und Risiken wurden untersucht<sup>1</sup>. Tatsache ist jedoch, dass die Defekte stets bakteriell infiziert sind. Bereits vor 18 Jahren konnte gezeigt werden, dass die gezielte Bekämpfung des anaeroben Keimspektrums zu einer klinischen Verbesserung führt und das Problem in vielen, aber nicht allen Fällen behebt<sup>2</sup>. Der Schlüssel zum Erfolg der Behandlung, und gleichzeitig die grösste Herausforderung, ist die möglichst vollständige Entfernung sämtlicher bakteriellen Ablagerungen von Implantatoberflächen, die ursprünglich für die Osseointegration vorgesehen und dafür optimiert worden waren. Zu diesem Zweck werden laufend neue Methoden vorgeschlagen. Zur Zeit werden die Reinigung mit Titanbürstchen und die Implantatplastik mit rotierenden Instrumenten propagiert. Gemeinsam für alle bisher gemachten Vorschläge ist die Tatsache, dass ihre Wirksamkeit noch nicht hinreichend dokumentiert ist. Vergleichende Studien liegen nur ansatzweise vor.

Für die Dekontamination der rauhen Implantatoberfläche verwenden wir heute das piezoelektrische Ultraschallgerät mit einem geeigneten Ansatz aus Stahl. Stahlansätze hinterlassen zwar Spuren, was auf den glatten Oberflächen in der Halspartie unerwünscht ist (deshalb werden in der Prophylaxe Instrumente aus Kunststoff verwendet). Bei der Periimplantitis-Behandlung ist dies jedoch zweitrangig. Hier ist eine maximale Dekontaminationswirkung auf einer kompromittierten, rauhen Oberfläche gefragt. Der Implantatplastik mit rotierenden Instrumenten stehen wir bis zum Nachweis eines spezifischen Nutzens skeptisch gegenüber, da diese Prozedur schwer kon-

trollierbare Kontaminationen der Weichgewebe mit Implantatabrieb verursacht und eventuell sichtbare Titan-Tatoos hinterlässt. Nach der mechanischen Reinigung ist eine gründliche Spülung und die Verabreichung von systemischen Antibiotika in therapeutischen Dosen, in vielen Fällen 7 Tage Metronidazol plus Amoxicillin<sup>3</sup>, angezeigt. Die nicht-chirurgische Vorgehensweise hat ihre Grenzen, kann aber eine sinnvolle Vorbehandlung für eine chirurgische Weiterbehandlung sein, dies vor allem dann, wenn die Mukosa sichtbar entzündet ist und falls Eiter austritt. Nach Darstellung des Defekts durch einen lokalen Zugangslappen ist auch hier die metikulöse Reinigung der Implantatoberfläche das wichtigste Element.

Misserfolge sind unseres Erachtens meistens auf eine unvollständige mechanische Reinigung am Fundus des Defekts oder eine Fehldiagnose zurückzuführen. Nicht jede periimplantäre Infektion ist eine Periimplantitis! Als Differenzialdiagnose kommt die Infektion aufgrund der Persistenz von Zementresten («Zementitis») oder von Bakterienansammlungen in Spalträumen zwischen ungenau passenden Komponenten in Frage. Abbildungen 1 und 2 zeigen ein Beispiel eines Falls mit persistierender Suppuration trotz vorgängiger systemischer Antibiotikatherapie, falsch diagnostiziert als refraktäre Periimplantitis. Nach gründlicher mechanischer Reinigung und der Entfernung von Zementresten aus der periimplantären Tasche kommt es zur vollständigen Heilung ohne zweite Antibiotikaverabreichung (Abbildung 3).

Das periimplantäre Sondieren ist ein entscheidendes Element in der Diagnostik biologischer Komplikationen. Bei der Routine-Kontrolle stellen sich zunächst die folgenden Fragen:

- Ist die Tasche tiefer als 3 mm?
- Gibt es Eiterbildung?
- Gibt es andere Entzündungszeichen wie Bluten auf Sondieren, Rötung oder Schwellung der periimplantären Mukosa?

Falls eine oder mehrere dieser Grundfragen mit



Abb. 1

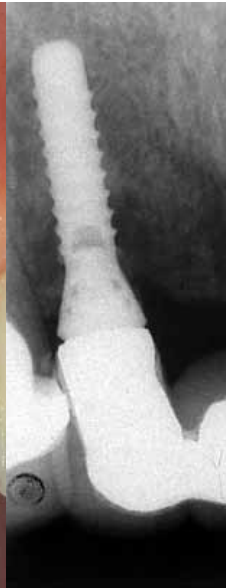


Abb. 2



Abb. 3

JA beantwortet werden, stellen sich folgende Anschlussfragen:

- Reicht die Tasche mehr als 3 mm unter die Implantatschulter? (In diesem Fall ist bei den gängigen Implantattypen die raue Implantatoberfläche bakteriell kontaminiert. Prophylaxeinstrumente aus Kunststoff haben eine insuffiziente Reinigungswirkung).
- Gibt es Knochenverlust? (Es handelt sich eventuell nur um eine Mukositis, oder es bestehen Pseudotaschen als Folge von Weichgewebe-Konditionierung im ästhetischen Bereich).
- Gibt es dafür einen anderen plausiblen Grund als Periimplantitis? (Andere Gründe sind biologische Umbauprozesse der Hartgewebe, die systembedingt sind oder durch zu tiefes Setzen eines Implantats hervorgerufen wurden, «Zementitis», Implantatbruch)
- Ist die Tasche tiefer als 5 mm? (In diesen Fällen ist die nicht-chirurgische Vorgehensweise allein meist insuffizient).

#### Literaturnachweis

1. Bornstein MM, Cionca N, Mombelli A. Systemic conditions and treatments as risks for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24 Suppl: 12–27.
2. Mombelli A, Lang NP. Antimicrobial treatment of peri-implant infections. *Clin Oral Impl Res* 1992; 3: 162–168.
3. Mombelli A, Cionca N, Almaglouth A. Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery? *Periodontol* 2000 2010: in print.

## TABAKKONSUM UND ZAHNMEDIZIN

Ein Sonderdruck legt die in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ erschienenen Artikel zu Tabakkonsum und Zahnmedizin neu auf. Das Heft gibt eine Gesamtübersicht über die wissenschaftliche Evidenz zur Wirkung des Tabakkonsums auf den Atmungstrakt, das Herz-Kreislaufsystem, die Mundschleimhaut und das Parodont, sowie über moderne Methoden zur Tabakentwöhnung.

Genau 10 Jahre nach einer ausführlichen Übersichtsarbeit der Dres. Patrick Brochut und Giorgio Cimasoni über die Folgen des Rauchens auf das Parodont in zwei Teilen, wurden erneut die Erkenntnisse eines vergangenen Jahrzehnts für eine Literaturübersicht zusammengetragen. Der vorliegende Sonderdruck bietet Zahnärzten und Dentalhygienikerinnen Möglichkeit, sich rund um die schädigenden Wirkungen des Tabakkonsums und die therapeutischen Möglichkeiten zur Tabakentwöhnung umfassend auf den aktuellen Stand der Kenntnisse zu bringen.

Die Tabakentwöhnung gehört neben einer optimalen Plaquekontrolle zur wichtigsten Massnahme bei der Vorbeugung und Behandlung von Parodontalerkrankungen. Die sechs Artikel, die ursprünglich in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin veröffentlicht worden sind, geben eine Übersicht über die wissenschaftliche Evidenz zur Wirkung des Tabakkonsums auf die Mundschleimhaut, das Parodont sowie auf die Allgemeingesundheit. Zudem dient es dem zahnärztlichen Team als Anleitung, Raucherinnen und Raucher auf die Problematik anzusprechen und jenen Patienten, die willig sind, mit dem Rauchen aufzuhören, die nötige Unterstützung anzubieten.

Die Serienpublikation erweitert die Manuale der Schweizer Task Force «Rauchen – Intervention in der Zahnmedizinischen Praxis», die in einer 1. Auflage 2002 und in einer 2. Auflage 2003 an sämtliche Zahnarztpraxen in der Schweiz versandt wurde. Die Artikelserie wurde im Rahmen des Projekts «Rauchen – Intervention in der Zahnmedizinischen Pra-

xis» herausgegeben. Dieses Projekt ist Teil des nationalen Rauchstopp-Programms, das gemeinsam von der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention getragen wird und vom Tabakpräventionsfonds mitfinanziert wird.

Der Sonderdruck ist erhältlich im Buchhandel oder bei: Buchstämpfli Versandbuchhandlung, Postfach 5662, 3001 Bern, [order@staempfli.com](mailto:order@staempfli.com).

Christoph A. Ramseier, MAS  
Dr. med. dent., Fachzahnarzt für Parodontologie (EFP)



Projekt  
«Rauchen – Intervention in der Zahnmedizinischen Praxis»  
<http://dent.at-schweiz.ch>

## ISS MEDIENKAMPAGNE 2010

Wie an der Generalversammlung im letzten Jahr schon erläutert, startet die ISS eine weitere Medienkampagne. Nach den breit gestreuten Aktionen in den letzten beiden Jahren, bei denen es darum ging, die ISS bekannt zu machen, versucht die ISS in diesem Jahr mit Publikumskampagnen mehr den betroffenen Patienten und damit das spezifische Zielpublikum zu erreichen.

Dafür werden einerseits sechs Regionale TV-Stationen benützt, sowie neun über die deutsche Schweiz und die Romandie verteilte Informationsveranstaltungen direkt für die Patienten organisiert. Die TV-Sendungen sind inhaltlich in einem Konzept abgestimmt, so dass sie nach der regulären Ausstrahlung in einer Bibliothek als Themenkreis auf [www.implantatstiftung.ch](http://www.implantatstiftung.ch) eingesehen werden können. Dadurch wird ein nachhaltiger Effekt der geleisteten Arbeit und der Investitionen erreicht.

Die WisKo der ISS, in denen die SSP ja ebenfalls vertreten ist, ist für die inhaltliche Gestaltung dieser Anlässe verantwortlich. Die SSP trägt bei einem Fernsehauftritt sowie zwei Informationsveranstaltungen die Hauptverantwortung und kann dadurch ihre Anliegen optimal einbringen. So wurde in der Sendung auf Leman Bleu (Lokalfernsehen Region Genf) ein Patient mit einer erfolgreich behandelten Parodontitis vorgestellt, bei dem am Schluss noch 2 Implantate inseriert wurden.

Wir möchten die Mitglieder der SSP ermuntern, an einem der Anlässe in ihrer Region teilzunehmen und dadurch die parodontalen Aspekte rund um die Implantate entsprechend zu gewichten. Durch die Mitgliedschaft der SSP in der ISS kann diese exzellente Plattform genutzt werden, um die Wichtigkeit der Parodontologie – auch als Alternative zu den Implantaten – einer breiten, interessierten Öffentlichkeit näher zu bringen.

Die genauen Daten und weitergehende Informationen werden allen Zahnärzten in einem Flyer zugeschickt und sind zudem auch auf der Webseite der ISS [www.implantatstiftung.ch](http://www.implantatstiftung.ch) einzusehen.

Tobias Otto,  
WisKo ISS

 **IMPLANTAT  
STIFTUNG SCHWEIZ**

