

Margaret J. Fehrenbach, Susan W. Herring

Illustrated Anatomy of the Head and Neck

Saunders Verlag, Philadelphia 2016, 5th revised edition, ISBN 978-0-323-39634-9, 352 Seiten, 79,95 Euro

Known for its top-notch artwork and readable writing style, Illustrated Anatomy of the Head and Neck, 5th

Edition, provides dental assisting and dental hygiene students with complete coverage of head and neck anatomy, plus detailed discussions of the temporomandibular joint and its role in dental health, the anatomy of local anesthesia, and the spread of dental infection. Chapters are organized by anatomical systems of study and include expanded review

questions that help prepare you for classroom and board examinations. Combine this new edition with its companion title, Illustrated Dental Embryology, Histology, and Anatomy, and you will have a solid foundation of basic scientific knowledge that ties to everyday clinical dental practice.

PRAXIS / PRACTICE

Zeitschriftenreferat / Abstract

Prävalenz von Periimplantitis

Derks J, Schaller D, Hakansson J, Wennström 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

Die bisherige Literatur weist Inkonsistenzen in den Fallzahlen, den Bezugsgrößen, den primären Einflussfaktoren und der Falldefinition der Prävalenzstudien zur Periimplantitis auf.


Ziel dieser Studie war die Beschreibung der Prävalenz von Periimplantitis innerhalb einer großen, randomisiert ausgewählten Patientenkohorte aus dem Register der Schwedischen Sozialversicherungsagentur.

Eingeschlossen wurden 588 Patienten mit 2.277 Implantaten, denen vor 9 Jahren implantatgetragene Restaurationen eingegliedert wurden. An dieser Patientenkohorte wurden folgende Parameter erhoben: (1) Implantatrestauration durch Generalist oder Spezialist eingegliedert, (2) Implantatlänge, -durchmesser und Implantationszeitpunkt, (3) Augmentationen, (4) Kiefer und Position, (5) Hersteller (Astra Tech, Nobel Biocare, Straumann, weitere), (6) Implantatoberfläche, (7) Restaurationstyp, (8) Recallintervall nach Eingliederung der Restauration. Die Patienten wurden nach parodontal gesund, parodontal erkrankt (BOP an ≥ 2 Zähnen, AL ≥ 2 mm und ST ≥ 6 mm) und zahn-

los kategorisiert. Zur 9-Jahres-Untersuchung wurden BOP, ST und die Zugänglichkeit der Implantate für häusliche Mundhygienehilfsmittel dokumentiert. Der Knochenverlust wurde anhand radiologischer Kontrollen in 427 Fällen durch einen Vergleich zwischen Baseline (12 Monate nach Eingliederung der Restauration) und Nachuntersuchungszeitpunkt erhoben. Des Weiteren wurde der Abstand vom Kronenrand zum krestalen Knochen vermessen. Es wurde unterschieden zwischen: (a) gesunden periimplantären Geweben: kein BOP, (b) Mukositis: BOP ohne erkennbaren Knochenabbau (KA), (c) Periimplantitis: BOP und erkennbarer KA ($> 0,5$ mm). Das Ausmaß wurde bei Patienten mit > 1 Implantat bestimmt.

Es lag ein BOP bei 77,7 % der Patienten und 60,9 % aller Implantate vor, die ST ≥ 6 mm lagen bei 31,2 % der Patienten und 16,9 % der Implantate vor. 78 % der Implantate waren der häuslichen Mundhygiene zugänglich. Der durchschnittliche KA lag bei $0,63 \pm 0,74$ mm auf Patientenlevel und bei $0,72 \pm 1,15$ mm auf Implantatlevel. 322 (20,4 %) der Implantate wiesen ei-

nen KA > 1 mm und 157 (9,9 %) > 2 mm auf. Bei 98 (23,0 %) von 427 Patienten mit Baseline-Parodontalbild lagen parodontal gesunde Gewebe vor, bei 137 (32,0 %) lag eine Mukositis und bei 192 (45,0 %) lag eine Periimplantitis vor. Bei 62 (14,5 %) der Patienten wurde eine moderate/schwere Periimplantitis festgestellt. Die Schwere wurde mit einem durchschnittlichen KA von 29,4 % der Implantatlänge angegeben. Als Risikofaktoren für eine Periimplantitis wurden eine vorliegende Parodontitis (4,1 \times), Patienten mit ≥ 4 Implantaten (15,1 \times), Versorgung durch Generalisten (4,3 \times), verschiedene Implantathersteller, Implantate im Unterkiefer (2,0 \times) und eine Distanz $\leq 1,5$ mm des Kronenrandes zum krestalen Knochen (2,3 \times) identifiziert.

Aufgrund der in der Literatur unterschiedlichen Definition von Periimplantitis sind die Ergebnisse nur bedingt mit anderen Studien vergleichbar, was eine einheitliche Periimplantitisdefinition, neben der offensichtlich notwendigen Entwicklung therapeutischer Ansätze, umso wichtiger erscheinen lässt. 

Dr. Hari Petsos,
Frankfurt/Main