

Bemerkninger	* Relativt få studier med tilfredsstillende kvalitet, men stor grad av konsensus/enighet i ekspertgruppen. * Generelt lav evidens for spesifikke tiltak/utstyr > størst evidens for <i>plakkkontroll</i> og <i>mekanisk fjerning av biofilm</i>.
Før implantatbehandling	Det anbefales plakkkontroll, fravær av røyking, glykemisk kontroll, fravær av aktiv perio, minimert parafunksjon.
Implantatoperasjon	Det anbefales adekvat mengde omkringliggende bein og avstand fra andre implantater/tenner.
Protetikk	Det anbefales tilrettelegging for god tilkomst for <i>effektiv plakkkontroll</i> og profesjonell <i>monitorering/behandling</i> .
Primærprofylakse	[Vedlikehold av periimplantalt helse > forebygging av «førstegangssykdom»] Det anbefales * lommemåling ved hver kontroll for å monitorere blødning, lommedybde og retraksjon. (baselinemåling innen 3 måneder etter innsetting av protetikk [loading]) * røntgen (intraoralt apikalbilde med ortoradiell projeksjon) - etter initiell fysiologisk remodelering av kjevebein [12 mnd etter protetisk belastning] - hvis økt lommedybde i kombinasjon med blødning/puss ved sondering. * daglig effektiv plakkkontroll, glykemisk kontroll og fravær av røyking (inkludert e-sigaretter) * periimplantalt støttebehandling > se protokollen på kurssiden.
Periimplantatmukositt	«En reversibel inflammasjonssykdom i periimplantalt mukosa, med fravær av sykdomsrelatert marginalt beintap»
Diagnose	* Blødning ved sondering (for minst to punkter, eller minst ett punkt med profus blødning) og/eller puss * Fravær av sykdomsrelatert beintap * Med eller uten økt lommedybde Prevalens: 43-47% (på pasientnivå)
Behandling	Målsetning: Max ett punkt med blødning, ingen med profus blødning og ingen med puss. Observasjonstid: 2-3 mnd Videre behandling: Rebehandling innen 3 mnd Måloppnåelse: 50-58% [ved 12 mnd] Det anbefales plakkkontroll, fravær av røyking, glykemisk kontroll + rense/fjerne/tilpasse protetikk etter behov. Det kan vurderes å bruke (ultralyd)scaler, (titan)kyretter, air-polish eller chitosanbørste. Det foreslås å ikke supplere (ultralyd)scaler og (titan)kyretter med air-polish, laser eller fotodynamisk terapi. Det anbefales å ikke bruke supplerende antibiotika (få studier, sykdomsfrihet sjeldent rapportert utover 6 mnd) Det foreslås å ikke bruke supplerende lokaladmin. antiseptiske/dekontaminerende stoffer (f.eks. klorhexidin) Det kan vurderes supplerende bruk av pasientadmin. skyllemiddel (klorhexidin- eller [noen typer] urtebasert)
Periimplantitt	«En biofilmmassosiert inflammasjonssykdom som utvikler seg fra periimplantalt mukosa til tap av kjevebein»
Diagnose	Virker å utvikle seg raskere og mer ikke-linjært enn typisk periodontitt > anbefales å ikke avvende behandling. * Blødning og/eller puss ved sondering * Økt lommedybde [sammenlignet med foregående undersøkelser] * Beintap utover initiell fysiologisk remodelering Prevalens: 20-22% (på pasientnivå)
Risikofaktorer	Aktiv/foregående perio, inadekvat plakkkontroll, fravær av systematisk støttebehandling, røyking, diabetes
Behandling	Målsetning: Max 5 mm lommedybde og ett blødningspunkt + fravær puss og videre beintap. Det anbefales som hovedprinsipp risikofaktorkontroll, stegvis behandling (ikke-kirurgi > kirurgi) og oppfølging. Rasjonale for stegvis behandling: * Ikke-kir. behandling kan potensielt redusere/eliminere behovet for kirurgi. * Optimal risikofaktorkontroll anbefales før kirurgi.
Ikke-kirurgi	Anbefalt observasjonstid: 6-12 uker Anbefaling dersom målsetning ikke oppnås: Re- eller kirurgisk behandling. Måloppnåelse [sykdomsfrihet] i 0-65% av tilfellene [etter 12 mnd]. Det anbefales risikofaktorkontroll + supra- og submarginal instrumentering med kyretter og/eller (ultralyd)scaler. Det foreslås å ikke bruke (verken som soloterapi eller supplement) air-polish, laser eller fotodynamisk terapi. Det foreslås å ikke bruke supplerende probiotika eller lokaladmin. antiseptiske stoffer eller antibiotika. Det anbefales ikke rutinemessig bruk av systemisk antibiotika (NB: kompenserer ikke for suboptimal behandling) (> tilleggseffekten av syst. antibiotika er begrenset til <i>fiksturer med modifisert overflate</i> og som regel <12 mnd)
Kirurgi	Indikasjon: * Når ikke-kir. beh. ikke oppnår max 5mm lommedybde og 1 blødningspunkt + fravær av puss. * Ved behov for ekstra tilkomst for behandling og/eller endret periimplantalt anatomi. Kontraindik: * Inadekvat plakk-/risikofaktorkontroll * Dersom plakkkontroll forvansktes * Uerfaren operatør Det anbefales lappoperasjon (> 56-68% sykdomsfrihet og 79-86% fiksturoverlevelse etter 1-5 år), med klinisk og røntgenologisk evaluering etter hhv. 6 og 12 mnd [tidligfase postop oppfølging omtales ikke]. Det kan vurderes å benytte beinaugmentering hvis egnede forhold (> gir i snitt 0,4 mm mer lommeduksjon) Det anbefales ikke rutinemessig bruk av supplerende systemisk antibiotika (se bemerkningen under ikke-kirurgi)
Sekundærprofylakse	[Oppfølging etter sykdomsbehandling > forebygging av tilbakekomst av sykdom] Det anbefales [livslang] støttebehandling, foreslått hver 3–4. mnd første året, første etter senest 3 mnd. De foreslås (titan)kyretter, (ultralyd)scaler, gummipolerere eller børster og air-polish. Det anbefales et individuelt tilpasset opplegg som i det minste inkluderer puss med tannbørste to ganger daglig + daglig bruk av effektiv interdentalbørste (hvis mulig); supplerende skyling (klorhexidin/urtebasert) kan vurderes. Det foreslås å ikke benytte supplerende antimikrobielle stoffer som submukosal klorhexidinbruk og antibiotika.
Tertiærprofylakse	[Begrense/bremse videre utvikling og tap av implantat] Samme retningslinjer som for sekundærprofylakse, men kan også involvere sykdomsbehandling.

PS:
De kirurgi-
tekniske
anbefalingene
er utelatt fra
sammendraget.