



Gastgeber Prof. Dr. Stein (rechts) und Dr. Hammächer mit Gastreferent Prof. Dr. Sculean (Mitte)

Foto: privat

## Regenerative Verfahren im Fokus

**Symposium:** 5. Parodontologischer Fortbildungsabend

Im Mittelpunkt des 5. Aachener Parodontologischen Fortbildungsabends mit dem Titel „Rekonstruktive Parodontalchirurgie – Das Berner Konzept“ stand die regenerative Parodontaltherapie. Dazu referierte der Präsident-elect der Europäischen Gesellschaft für Parodontologie (EFP) Prof. Dr. mult. Anton Sculean (Bern).

Welche parodontalen Defekte können bis zu welchem Ausmaß voraussagbar regenerativ behandelt werden? Welche Langzeitergebnisse sind zu erwarten? Wie können wir voraussagbar parodontale Rezessionen decken? Sculean stellte die Möglichkeiten und Grenzen der regenerativen Therapie im Hart- und Weichgewebe vor.

Sculean ging zunächst auf die Ziele der parodontalen Therapie ein, Sondierungstiefen (ST) von maximal 5 Millimetern (mm) anzustreben. Das Verbleiben von Parodontien mit ST von > 6 mm, besonders solcher mit tiefen Knochentaschen, erhöht nachweislich das Risiko eines Zahnverlusts. Regenerative Therapien sollten dabei stets in Betracht gezogen werden. Allerdings sollte die Indikation auf tiefe infra-alveoläre Defekte bei Nichtrauchern mit sehr guter Plaquekontrolle beschränkt werden. Dabei gilt: Je mehr Knochenwände vorliegen, umso besser ist das regenerative Potenzial. Neben dem Einsatz von resorbierbaren und nicht-resorbierbaren Membranen berücksichtigt das Berner Konzept vor allem bovine Knochenersatzmaterialien, aber auch autologe Transplantate und biologische Faktoren. Für autologe, allogene und xenogene Materialien kann eine klinische und histologische Evidenz für eine Regeneration bestätigt werden, während für alloplastische Füller histologisch keine echte Regeneration nachgewiesen werden konnte.

In den meisten Fällen werden Schmelzmatrixproteine (Emdogain) allein (für schmale Defekte) oder kombiniert mit Füllern (für breitere Defekte) eingesetzt. Dabei zeigen Daten aus einer klinischen Studie von Sculean, dass auch bei einwandigen Defekten die Kombination aus Schmelzmatrixproteinen mit bovinen Ersatzmaterialien ähnlich gute Ergebnisse erzielt wie die Kombination von bovinen Füllern mit resorbierbaren Membranen. Wichtig sei bei der Applikation von Emdogain das Aufbringen auf eine blut- und speichelfreie Wurzeloberfläche, wobei bei breiten Defekten Emdogain und Knochenersatzmaterialien in abwechselnden Schichten in den Defekt gefüllt werden, dabei allerdings eine suprakrestale Überfüllung vermieden werden sollte.

Der Referent zeigte an einer Vielzahl klinischer Fälle, dass auch prognostisch ungünstige Zähne, im Einzelfall sogar Knochendefekte mit Involvement des Apex, erhalten werden können. Mit eigenen Daten,

und an Langzeitstudien italienischer Arbeitsgruppen, demonstrierte Sculean die Stabilität regenerativer Verfahren über einen Zeitraum von zehn, teilweise 20 Jahren, sofern die unterstützende Parodontitistherapie gewährleistet ist.

Weiter stellte er Maßnahmen zur Deckung parodontaler Rezessionen vor. Obgleich die mittlerweile auf dem Markt verfügbaren Kollagenmatrices als Bindegewebsersatz vielversprechende Ergebnisse zeigen, und auch mit Schmelzmatrixproteinen kombiniert werden können, bleibt aus Sicht des Referenten das Bindegewebsstransplantat – besonders für singuläre und multiple Rezessionen im Unterkiefer – Mittel der Wahl. Dabei werden meist tunnelierende Techniken angewandt. Neben dem „modifizierten koronal verschobenen Tunnel“ wird bei Patienten mit sehr tiefen Rezessionen ein „doppelt lateraler Tunnel“ präpariert, bei dem die keratinisierte Gingiva in tunnelierender Weise von mesial und distal „inzisionsfrei“ mobilisiert wird, um die freiliegende Wurzeloberfläche zu decken. Für multiple Rezessionen werden häufig beide Verfahren kombiniert, wodurch sehr gute und stabile Ergebnisse erzielt werden.

Das Thema „periimplantäre Infektionen“ rundete den Abend ab. Sculean wies auf viele Studien hin, die konsistent zeigen, dass Patienten mit einer Parodontitis-Historie ein deutlich erhöhtes Risiko für periimplantäre Infektionen haben, die sich häufig aber erst nach sechs bis sieben Jahren zeigen. Für die Therapie stehen nicht-chirurgische und chirurgisch regenerative und resektive Maßnahmen zur Verfügung.

Für die nicht-chirurgische Therapie zeigte der Referent vielversprechende Ergebnisse einer Studie zur Kombination aus periimplantärer Kürettage und Anwendung eines Dioden-Lasers. Bei der chirurgischen Therapie muss je nach Tiefe des Knochendefekts zwischen regenerativen Maßnahmen für die Behandlung tiefer periimplantärer Knochendefekte und resektiven Maßnahmen abgewogen werden. Die Dekontamination der Implantatoberfläche kann dabei mittels Laser, PDT oder Pulverstrahlgerät erfolgen. Für regenerative Therapien resultieren Knochenersatzmaterialien mit und ohne Membranen zu stabilen Ergebnissen, auch wenn histologische Daten zeigen, dass eine Reosseointegration nicht voraussagbar möglich ist.

Die Hauptaufgabe bleibt, periimplantäre Infektionen zu vermeiden, vor Insertionen die parodontale Therapie abzuschließen und nach Periimplantitistherapie Patienten in eine engmaschige UPT zu nehmen.

Der 6. Parodontologische Fortbildungsabend ist für den November 2018 geplant.

Prof. Dr. Jamal M. Stein, Aachen

# AERA®

Seit 1993

einfach,

clever,

bestellen!

www.DAS-KONZEPT.com



[www.aera-online.de](http://www.aera-online.de)