

Klinische Erfolge bei der parodontalen Therapie von vertikalen Knochendefekten

In der Parodontologie kann man seit einiger Zeit einen Paradigmenwechsel beobachten. Während früher allein die Taschenelimination bei der Therapie von Parodontopathien im Vordergrund stand, ist heute der Erhalt des gesamten Zahnhaltegewebes auch unter ästhetischen Erwägungen zu betrachten. Autor Wolfgang Stier verglich im Rahmen seiner Dissertation verschiedene Therapiemöglichkeiten bei vertikalen Knochendefekten und stellt im folgenden Beitrag die Ergebnisse vor.

■ Galt lange Zeit die Gingivektomie als Mittel der Wahl, so könnte man diese Therapie heute als vollkommen von der geschlossenen Kürettage abgelöst bezeichnen. Trotzdem kann in einigen Fällen die chirurgische Intervention nicht vermieden werden: Zum Beispiel, wenn nach erfolgter Kürettage und Remotivation des Patienten Taschen von vier Millimeter Sondierungstiefe mit rezidivierender Entzündung persistieren. Durch mikrobiologische Abklärung, die hier nicht erörtert werden soll, kann eine deutliche Besserung des Entzündungsgrades durch lokale oder systemische Gabe spezifisch wirksamer Antibiotika erzielt werden. In den meisten Fällen kommt es dabei jedoch nicht zu einem Reattachment, sondern zu reparativen Vorgängen über ein verlängertes Saumepithel oder Bindegewebsbildung. Die Sondierungstiefe nimmt ab, die parodontale Auffüllung ist jedoch sehr fragil und rezidivträchtig. Kommt es nach erfolgter geschlossener Kürettage zu einer erneuten Bildung von aktiven Taschen, obwohl der Patient eine gute Mundhygiene betreibt, kann ebenfalls eine Instillation von CHX-Präparaten eine Besserung bewirken, auch die Verwendung von CHX-haltigen Gelchips kann eine dauerhafte Reduktion der Entzündungsneigung bewirken. Es ist also nach der Kürettage im ersten Recall immer eine Reevaluation erforderlich. Bei guter Compliance des Patienten müssen Entzündungsfreiheit und Sondierungstiefen unter 2,0 mm vorherrschen, der API sollte höchstens 20 % betragen. Sollte im Recall eine lokale Infektion mit vertikalem Knochendefekt persistieren, so ist in jedem Fall ein chirurgisches Vorgehen angezeigt, wenn alle anderen Faktoren wie Mundhygiene, Mikrobiologie und Patientencompliance keinen kausalen Zusammenhang mit diesem Befund erkennen lassen. Ausgehend von einem Befund, der ein chirurgisches Vorgehen erfordert, sol-

len Patienten eingehend über die ausgewählten Maßnahmen aufgeklärt und in der Vorauswahl bezüglich ihrer Mitarbeit überprüft werden. Die Fähigkeit zur Mitarbeit und ein möglichst angstfreier Umgang mit dem Eingriff sind wichtige Säulen der erfolgreichen Therapie. Auch sollten therapiemüde Patienten eher durch enge Recallintervalle und Antibiose auf einen Status quo des Knochenabbaus gehalten, als durch aufwendige chirurgische Maßnahmen eventuell abgeschreckt werden. Die Auswahl der geeigneten Patienten ist eine ausschlaggebende Voraussetzung für das Gelingen der Guided Tissue Regeneration. Dieser Patientenkontext kann der Zahnarzt mehrere Therapieverfahren anbieten: Die klassische offene Kürettage mit modifiziertem Widman-Flap, das Einbringen unterschiedlicher Knochenersatzmaterialien in den Knochendefekt, die Applikation einer Membran zur Verhinderung des Eindringens schnellwachsender Gewebe wie Epithel, Saumepithel oder Granulations- und Bindegewebe mit dem Ziel einer Platzhalterfunktion für Knochen. Hier setzt die nachfolgende Betrachtung an und möchte klären, ob bei Patienten mit vertikalem Knochenabbau ein chirurgisches Vorgehen mit Verwendung einer Membran eine signifikante Verbesserung des Heilungserfolgs und ein verbessertes Reattachment zur Folge hat. Bei der Auswahl des chirurgischen Vorgehens stellt sich nun die Frage, ob mit oder ohne Knochenaufbau, mit oder ohne osseinduktiven Substanzen, mit oder ohne Membran. Wenn Knochenaufbau, dann mit welcher Membran und welches Knochenersatzmaterial verwende ich? Tabelle 1 soll einen Überblick über die häufig missverständliche Terminologie der Knochenersatzmaterialien geben. In der Implantologie finden vorwiegend xenogene und autogene, in der Parodontologie alloplastische und xe-



Abb. 1: Raucherparodontitis: Kontraindikation für Guided Tissue Regeneration oder Herausforderung? – **Abb. 2:** Knochenverlust nach Exzision von Dens 11. Knochenaufbau in der Sagittalen als Voraussetzung für Implantation. – **Abb. 3:** Guter Weichgewebsverlauf nach Rezessionsdeckung.