

Parodontale und endodontische ...

PN Fortsetzung von Seite 1

Parodontologische Infektionen werden zum größten Teil durch parodontalpathogene Keime ausgelöst, die im oralen Keimspektrum zu finden sind und allein keine Schädigungen der Zahnhartsubstanz herbeiführen. Daher ist die Ausprägung der Paro-Endo-Läsion immer ein Zusammenspiel mehrerer voneinander unabhängiger Ursachen. Komplexe Interaktionen zwischen oralen Bakterien und sowohl spezifischen als auch allgemeinen Abwehrmechanismen des Körpers sind verantwortlich für die Ausprägung der Parodontitis, welche zu einer fortschreitenden Destruktion der parodontalen Gewebe führen kann. Die unbehandelte Pulpitis kann, wie die Parodontitis, zu einem Attachmentverlust und letztendlich dem Zahnverlust führen. Beide Infektionen können sowohl in chronischer als auch akuter Form auftreten, und die Behandlungstherapien umfassen bei beiden Erkrankungen sowohl chirurgische als auch nichtchirurgische Maßnahmen. Die verursachenden Bakterienarten ähneln einander sehr stark, sodass schon oft ein Zusammenhang zwischen parodontologischen und endodontischen Infektionen vermutet wurde. Auch die Behandlungen beider Erkrankungen sind sich somit vom Ansatz her sehr ähnlich, unterscheiden sich jedoch beträchtlich in ihrer Ausführung. Bei beiden ist das mechano-chemische Debridement Grundprinzip der Reduktion der vorhandenen Bakterien. Während auch im gesunden Zustand eine bakterielle Besiedlung parodontaler Gewebe vorhanden ist, zeigen sich intrapulpar ohne pathogene Faktoren sterile Verhältnisse. Erst mit einer von außen in die Pulpa gelangenden Infektion werden diese sterilen Verhältnisse

unterbrochen. Somit kennen wir den Zustand der sterilen Nekrose, hauptsächlich durch das Absterben der pulpalen Gewebe nach Trauma. Abgestorbenes pulpaes Gewebe, gleich ob nach Infektion oder Trauma, lässt sich derzeit nicht regenerieren. Daher ist die vollständige Desinfektion des gesamten Wurzelsystems und nachfolgend das vollständig dichte Auffüllen der Hohlräume Ziel der endodontischen Therapie. Demgegenüber steht der Attachmentverlust bei nunmehr gesunden gingivalen Verhältnissen nach Parodontaltherapie. Regenerative Maßnahmen können entweder zu einem Wiederaufbau gesunder parodontaler Strukturen oder einer Defektheilung führen, bei der wiederum neues parodontales Gewebe gebildet wird. Somit können wir von einer parodontalen Heilung und einer davon verschiedenen endodontischen Heilung sprechen. Versuche mittels Stammzellen neues Pulpagewebe zu züchten, stehen noch in der Entwicklungsphase.

Therapie Endo-Paro-Läsion
Unter bestimmten Umständen bilden parodontale und endodontische Läsionen einen kommunizierenden Defekt. Hierbei ergibt sich für den Behandler die Notwendigkeit, in diesen Fällen sowohl erfolgreich endodontisch als auch parodontologisch vorgehen zu müssen. Beide Teilbereiche stellen hohe Anforderungen an instrumentelle und verfahrenstechnische Voraussetzungen des Behandlers, die anderweitig bereits ausführlich dargestellt wurden. Das fatale Dominoprinzip wird hierbei besonders deutlich. Ein zuvor nicht erfolgreich durchgeführter Behand-

lungsschritt wird zu einem prognostisch schlechteren Gesamtbehandlungsergebnis führen. Zumeist ist ein Ausgleichen durch besondere Methoden der nachfolgenden Therapie wenig erfolgreich (Murphys-Law). Das erklärt auch, weshalb in der Literatur die Behandlung nur weniger dieser kombinierten Läsionen beschrieben wird und die Erfolgsquote erheblich unter der der Einzelmaßnahmen zu finden ist. Deutlich wird dies bei der Therapie lokaler parodontaler Erkrankungen (apikale Parodontitis), die ausschließlich endodontischen Ur-

Technologie zu Raten zwischen 60,1 % bis zu 83 % (Britain et al. 2005). Somit erscheint klar, dass selbst die hervorragend ausgeführte chirurgische Parodontologie scheitern muss, falls die vorangegangene endodontische Therapie nicht dem gleichen Standard entspricht. Ein Ausgleich durch eine andere verbesserte Technik ist nicht Erfolg versprechend und führt im Ergebnis zu einem deutlichen Qualitätsverlust. Die in der Vergangenheit angewandte Methode chirurgische Therapien bei vorangegangener nicht ausreichender endodontischer Behandlung durchzuführen, sollte in Anbetracht dieser Ergebnisse der Vergangenheit angehören. Weiterhin sollte da-

Taschentiefen über 6 mm die chirurgische Therapie der geschlossenen Kürettage vorzuziehen ist. Bei kombinierten Endo-Paro-Läsionen ist die chirurgische Therapie jedoch grundsätzlich das Mittel der Wahl, da auch bei epithelialer Heilung des parodontalen Defekts der endodontische allein nicht ausheilen kann. Nach Abschluss der endodontischen Therapie sollte im Gegensatz zu rein endodontisch induzierten apikalen Parodontitiden dann chirurgisch vorgegangen werden, wenn nach vier Wochen keine klinischen oder röntgenologischen Anzeichen einer Heilung festzustellen sind. Entscheidend hierbei ist nicht die vollständige Heilung, die innerhalb

pentechiken der GTR-Technologie angewendet werden, unabhängig davon, ob tatsächlich regeneratives Material inkorporiert werden soll. In vielen Studien hat sich gezeigt, dass die Art des verwendeten Materials bei der regenerativen Parodontaltherapie weniger entscheidend für den Erfolg anzusehen war, als vielmehr die Operationstechnik. Wachtel et al. (2003) konnte zeigen, dass die Anwendung mikrochirurgischer Prinzipien zu einer verbesserten Wundheilung führt. Da, wie oben bereits beschrieben, bei kombinierten Endo-Paro-Läsionen jeder Teilschritt individuell mit bestmöglicher Evidenz durchgeführt werden sollte, ist eine mikrochirurgische Vorgehensweise somit als Mittel der Wahl anzusehen.



Abb. 2: Überlappende mikrochirurgische Incision.

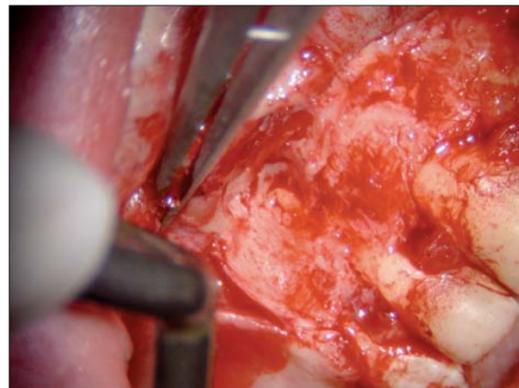


Abb. 3: Kommunizierender intrabony defect mit apikaler Parodontitis.

Mikrochirurgie in der Parodontologie
Das mikrochirurgische Vorgehen in der Parodontologie ist nicht unumstritten. Der Aufwand rechtfertigt sich bei komplexen Problemen, die ein wenig invasives Vorgehen erfordern. Nachfolgend der endodontischen Therapie ist mit einer Störung des biologischen

sprungs sind. Weiger gibt bei nicht ausreichender endodontischer Vorbehandlung nur 18 % Heilung an. Die nachfolgende alleinige chirurgische Therapie ohne endodontische Revision resultiert in Erfolgsraten zwischen 30 % bis 60 % nach fünf Jahren Beobachtungszeit. Sigurdson (2003) konnte demgegenüber eine Heilung bei 92 % aller apikalen Parodontitiden allein durch nichtchirurgische orthograde Endodontie erreichen. Ein ähnliches Bild erwartet uns bei Endo-Paro-Läsionen. So beschreibt Skoglund et al. (1985) eine Erfolgsrate von 36,5 % bei der alleinigen chirurgischen Therapie. Die Anwendung regenerativer Verfahren führte je nach angewandter

mit auch die Anwendung hochkomplexer parodontologischer Techniken ohne gleichwertige endodontische Vorbehandlung als inadäquat betrachtet werden. Mikrochirurgische und regenerative Methoden an unzureichend endodontisch behandelten Zähnen sind abzulehnen. Hierbei ist es von großer Wichtigkeit, dass eine erfolgreiche orthograde endodontische Behandlung oder Revision immer der alleinigen chirurgischen Revision vorzuziehen ist. Bei der Therapie kombinierter Endo-Paro-Läsionen ist somit die endodontische Therapie als erste Maßnahme durchzuführen.

Chirurgische Parodontologie
Es hat sich gezeigt, dass bei

dieser kurzen Zeitspanne nur in den seltensten Fällen beobachtet werden kann. Als Ursache für nicht regenerierende apikale Parodontitiden wird vor allem der hohe Prozentsatz an mit endodontischen Mitteln nicht therapierbaren extraradikulären Infektionen diskutiert. Infolge der latenten bakteriellen Situation ist eine antibiotische Abdeckung zu empfehlen, auch wenn das Antibiose-Protokoll negativ ist, da sich die Bakterien in den extraradikulären Plaques nicht im Fluid darstellen lassen. Des Weiteren ist die höchstmögliche Sorgfalt bei der chirurgischen Technik anzustreben, um nicht noch intaktes Gewebe endgültig zu zerstören. Prinzipiell sollten also Lap-

Gleichgewichtsperiapikal zu rechnen. Eine Verletzung des periapikalen Raumes durch eine Aufbereitung, die über die apikale Konstriktion hinausgegangen ist, führt zu einer stark verzögerten Heilung (Gutierrez 1999), wenn nicht zu einem flare up mit der Konsequenz des Scheitern der Therapie. Somit ist nach einer solchen - beabsichtigten oder unbeabsichtigten - Verletzung unbedingt ein entsprechend längerer Zeitraum zwischen endodontischer und parodontologischer Therapie einzuhalten. Falls beide Schritte nicht vom gleichen Operateur durchgeführt werden, ist eine dahingehende Information unab-

Fortsetzung auf Seite 10 PN

ANZEIGE

Denn PerioChip® macht endlich Schluss mit Parodontitis.




Erreger? Fehlanzeige!

Studien belegen die herausragende Wirkung von PerioChip® im Zusammenspiel mit Ihrer SRP – durch etwa 73% bessere Heilungschancen. Machen Sie Schluss - noch nie war es so einfach. Ihre Patient(innen) werden es Ihnen danken – und zwar im Quartals-Recall.

PerioChip® – nie gehört? Na dann wird's aber höchste Zeit.
Infos an unserer gebührenfreien Hotline: 0400 - 244 3742 oder unter www.periochip.de



DEXCEL PHARMA GmbH • Röntgenstraße 1 • 63755 Alzenau

DEXCEL
PHARMA GmbH