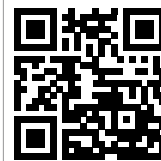


Das nun schon seit einigen Jahren angebotene Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie, Kooperationsprojekt von BDO und DGMKG, lockt immer wieder viele interessierte Kollegen an, die sich auf dem Gebiet der Parodontologie weiterbilden möchten. Und so war die diesjährige Frühjahrstagung, die vom 9. bis 11. März in der Landeshauptstadt von Nordrhein-Westfalen im architektonisch reizvollen Hafenbezirk stattfand, wieder Anziehungspunkt für eine parodontologische Fortbildung auf hohem Niveau. Über die nationalen Grenzen hinaus bekannte Referenten unterstrichen in einer Symbiose von altbewährten Erkenntnissen und neuen Errungenschaften den besonderen Stellenwert der Parodontologie in der interdisziplinären zahnmedizinischen Gesamtschau.

Dr. Maria-Theresia
Peters
[Infos zur Autorin]



Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie

Frühjahrstagung 2018 in Düsseldorf

Dr. Maria-Theresia Peters



Abb. 1: Prof. Dr. Anton Sculean leitete die praktischen Übungen am Schweinekiefer.

Parodontale Regeneration

Kein Gebiet der Parodontologie unterliegt einem schnelleren Wandel als die parodontale Regeneration. Und so konfrontierte gleich zu Beginn des ersten Kurstages Dr. Frank Bröseler, niedergelassener Spezialist der Parodontologie in Aachen, das Publikum mit den neusten Daten in der parodontalen Regeneration. Dabei legte er das Hauptaugenmerk auf neue Optionen zur Verbesserung regenerativer und implantologischer Ergebnisse durch die Anwendung einer kollagenen Matrix zur Weichgewebeunterstützung. Beeindruckende Langzeitergebnisse vorstellend, zeichnete er die Vor- und Nachteile auf, die sich durch die Anwendung von neueren Kollagenmembranen ergeben. Seiner Ansicht nach nimmt mittlerweile die regenerative Parodontalchirurgie in der Praxis den wichtigsten Stellenwert ein mit der

Folge, dass in vielen Fällen ein Zahnverlust mit konsekutiver Implantation vermieden werden kann.

Im Praxisalltag ist gerade bei Parodontitis-Patienten die Entscheidung zwischen Zahnerhalt oder Implantat nicht immer einfach zu treffen. Anhand von aussagekräftigen Patientenfällen stellte Dr. Jochen Tunkel in seiner Eigenschaft als Spezialist für Parodontologie und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für chirurgische Parodontologie im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen, Möglichkeiten der regenerativen Parodontologie dar, die selbst bei hoffnungslosen Zähnen zu einem Erfolg führen können und somit die parodontale Regeneration sehr wohl als ernst zu nehmende Alternative zur Implantation zu sehen ist. Implantatverluste bei Parodontitis-Patienten können drei Phasen zugeordnet werden. In den ersten zwei Jahren sind präzise Augmentationstechniken in der Lage, drohenden Implantatverlusten vorzubeugen. Die Verlustphase im dritten bis fünften Jahr spiegelt die Spätfolge der eigentlichen chirurgischen Implantologie wider. Therapie der ersten Wahl ist in dieser Phase das „augmentative Relining“, das einen weiteren Knochenverlust durch sekundäres Remodeling verhindern soll. Biologische Komplikationen, die ab dem siebten Jahr auftreten, lassen sich durch eine sorgfältige initiale und eine regelmäßige unterstützende Parodontitis-Therapie deutlich abmildern.

Plastisch-ästhetische Oralchirurgie

Der Samstag gehörte ganz und gar dem ebenso aktuellen wie spannenden Thema der plastisch-ästhetischen Chirurgie. In Theorie und Praxis stellte Prof. Dr. Dr. Anton Sculean aus Bern klinische Konzepte und neue Entwicklungen in der plastisch-ästhetischen Chirurgie am Zahn und Implantat vor. In Vorbereitung des am Nachmittag stattfindenden Hands-on-Kurs erfolgte zunächst eine theoretische Einführung in die unterschiedlichen Techniken der plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie mit und ohne Eigengewebe. Auch wenn autolo-

ges Gewebe immer noch der Goldstandard ist, so gibt es bei der Entnahme von Bindegewebsmaterial bzw. freiem Schleimhauttransplantat auch Nachteile zu berücksichtigen, wie eine Erhöhung der Morbidität, der Möglichkeit einer erhöhten Blutung, einer reduzierten Sensibilität der Spenderseite, der begrenzten Menge an soft tissue und eines verlängerten chirurgischen Eingriffes. Nachteile, die zu der Entwicklung von Ersatzmaterialien wie kollagene Membranen geführt haben. Vorge stellt wurden die zurzeit auf dem Markt befindlichen Materialien Mucograft, Mucoderm und Fibro-Gide. Das Hauptanwendungsgebiet von Mucograft sieht Prof. Sculean in der Verwendung als Wundverband, z.B. im Rahmen einer Vestibulumplastik, wodurch die Bildung von keratinisierter Gingiva gefördert wird. Weniger vorteilhaft ist Mucograft für die Rezessionsdeckung. Auch wenn die Vorteile von Mucograft, wie gute Heilungstendenz, kürzere Operationszeit, weniger Morbidität klar auf der Hand liegen, ist autologes Gewebe für die Behandlung von Rezessionen vorzuziehen, da eine gute Keratinisierung und eine vollständige Deckung erreicht werden können.

Mucoderm liefert im Rahmen der Rezessionsdeckungen bessere Ergebnisse als Mucograft, jedoch ist es immer noch dem eigenen Gewebe unterlegen. Zu beachten ist, dass Mucoderm, ein relativ hartes Material, vor dem Einsatz für ein paar Minuten hydriert werden muss, um eine ausreichende Geschmeidigkeit zu erreichen. Für die Tunneltechnik eignet sich Mucoderm besonderes gut. Generell gilt, dass bei der Verwendung von kollagenen Membranen eine vollständige Abdeckung notwendig ist.

Nicht ganz so bekannt wie Mucograft und Mucoderm ist das porcine Ersatzmaterial Fibro-Gide. Da es mit rund 6mm ziemlich dick ist, ist es für Rezessionsdeckungen ungeeignet. Es bietet sich vielmehr für den Einsatz im Rahmen von Weichteilaugmentationen an.

Periimplantitis

Den Worten folgten so dann die Taten. An ausgewählten Schweinekiefern



Abb. 2: Am Schweinekiefer wurde u.a. die Tunneltechnik ausprobiert.

konnten die Teilnehmer die zuvor erläuterten Operationstechniken, allen voran die Tunneltechnik, ausprobieren.

Ein weiteres parodontologisches Teilgebiet, welches in seinen Behandlungsoptionen eng an den aktuellen Kenntnisstand gebunden ist, ist die Periimplantitis, die linear zur Menge der inserierten Implantate an Bedeutung gewinnt. Unter dem Titel „Chirurgische Therapie periimplantärer Läsionen“ referierte Dr. Sebastian Becher aus Düsseldorf über die aktuellen Therapiemöglichkeiten und brachte in gut strukturierter Form Licht ins Dunkle dieser doch so schwierig in den Griff zu bekommenden periimplantären Erkrankung.

Einleitend wurden die ätiologischen und morphologischen Unterschiede von Parodontitis und Periimplantitis erläutert. Das Infektionsgeschehen am Zahn und am Implantat ist nicht identisch. Dem periimplantären Gewebe fehlen parodontale Blutgefäße und es gibt deutlich mehr Fibroblasten. Setzt eine Infektion ein schreitet diese schneller voran als im Parodont eines natürlichen Zahnes. Periimplantitis assoziierte Faktoren sind neben Implantatfaktoren, Behandler und Patienten bezogene Faktoren. Bis heute gibt es keine einheitliche Klassifikation der Periimplantitis. Der aktuelle Trend besagt, dass bei Vorliegen eines krestalen Knochenabbaus von mehr als 2 mm eine Periimplantitis vorliegt. Bei einer unbe-

handelten Periimplantitis ist mit einem Knochenverlust von 0,4 mm pro Jahr zu rechnen. Die Periimplantitis ist keine typische Spätkomplikation. Sie kann bereits innerhalb der ersten drei Jahre auftreten und sich dann beschleunigen. Je früher biologische Komplikationen auftreten, umso ungünstiger ist die Prognose für den Implantaterhalt.

Das Therapiespektrum gliedert sich in eine nichtchirurgische und chirurgische Periimplantitis Therapie. Nachteil der konservativen Therapie, die in erster Linie ein mukogingivales Biofilmmanagement betreibt, ist eine obligatorische Wiederholung der Therapie in regelmäßigen Intervallen, empfehlenswert alle drei Monate.

Die chirurgischen Therapieoptionen sind rekonstruktiver oder resektiver Natur oder beides zusammen. Bei flachen Knochendefekten (2–4 mm) zeigt die resektive Therapie bessere Langzeitergebnisse, bei Knochendefekten größer als 4 mm ist eine rekonstruktive Therapie angezeigt. Dabei können als augmentative Materialien autologer oder allogener Knochen oder xenogene Materialien mit oder ohne Membran zur Anwendung kommen. Der Nutzen des zusätzlichen Einsatzes einer Membran ist jedoch fraglich. Bei fehlender keratinisierter Gingiva ist eine Weichgewebschirurgie in Form einer Vestibulumplastik mit einem Bindegewebs-Transplantat indiziert. Der große Vorteil bei Verwendung eines autologen Trans-

plantates im Gegensatz zu xenogenen Transplantaten, z.B. Mucograft, liegt in der gleichzeitigen Transplantation genetischer Information (Induktion der Keratinisierung). Generell gilt, dass eine Reosseointegration im Sinne einer Restitutio ad integrum nicht vorhersehbar ist.

Ausblick

Sollte Lust auf mehr geweckt worden sein, so können alle interessierten Kollegen sich für das kommende Curriculum für operative und ästhetische Parodontologie, welches vom 9. bis 11. November 2018 in Hamburg stattfinden wird, bereits jetzt anmelden. Informationen hierzu sind der BDO-Webseite zu entnehmen: www.oralchirurgie.org

Kontakt

Dr. Maria-Theresia Peters

Hobsweg 14
53125 Bonn
maria-theresia-peters@t-online.de

BDO – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e.V.

Bahnhofstraße 54
54662 Speicher
www.oralchirurgie.org