

Neues aus Parodontologie und Prophylaxe

Praxisnahe Symposien beim Deutschen Zahnärztetag 2009 in München

Ein Kongressbericht von Dr. Markus Thoma, München

Der Deutsche Zahnärztetag 2009 mit dem Schwerpunkt Perio-Prothetik fand im November in München in Verbindung mit dem 50. Bayerischen Zahnärztetag statt. Dabei wurde deutlich, dass eine moderne Zahnheilkunde ohne fachübergreifende Ansätze nicht denkbar ist.

Auch durch das Altern der Gesellschaft ist die Inzidenz von Parodontalerkrankungen im Steigen begriffen. Dies legt es dem prothetisch behandelnden Praktiker verstärkt nahe, neueste Erkenntnisse und bewährte Standards zur Stabilisierung parodontal vorgeschädigter Zähne in seine Therapie mit einfließen zu lassen. Namhafte internationale Referenten aus den Fächern Parodontologie, Prothetik und Werkstoffkunde präsentierten auf dem Deutschen Zahnärztetag auch im Rahmen verschiedener Symposien den aktuellen Stand der Dinge.

Moderne Parodontologie

Professor Dr. Dr. Anton Sculean, Bern, referierte zum Auftakt des Symposiums „Moderne Parodontologie – Neueste Empfehlungen in der Gewebetechnik und Regeneration von Parodontalgewebe“ über Entscheidungskriterien für den richtigen Zeitpunkt zur Regeneration von Parodontalgewebe. Nach wie vor sei eine akkurate Plaquekontrolle die unbedingte Voraussetzung jeder Regeneration. Eine Taschentiefe von ≥ 6 mm und/oder ossäre Defekte stellten ein ernstzunehmendes Risiko dar. Der Referent wies darauf hin, dass die Wundheilung der verschiedenen Gewebetypen zum Teil durchaus in Konkurrenz zueinander abläuft und betonte den Unterschied reparativer und regenerativer Heilung.

Wann ist ein guter Zeitpunkt zur regenerativen Therapie? Prof. Sculean empfahl ein Gesamtkonzept an ausgesuchten Patienten und warnte vor systemischen Erkrankungen wie Diabetes und schädlichen Gewohnheiten wie dem Konsum von mehr als zehn Zigaretten pro Tag. Im Sinne eines therapeutischen Gesamtkonzepts riet er

Empfehlungen für die Praxis

- Tiefe, schmale Knochentaschen (zum Beispiel dreiwandig ≥ 3 mm)
- EMD
- Tiefe, breite Knochentaschen (ein oder zwei fehlende Wände ≥ 3 mm)
- Autologer Knochen + GTR
- Autologer Knochen + NBM + GTR
- NBM + GTR
- EMD + NBM (schlüsselförmige Defekte)
- EMD + autologer Knochen (schlüsselförmige Defekte)

Abbildung: Sculean

Abb. 1: Empfehlungen für die Praxis (EMD = Schmelz-Matrix-Derivat; NBM = natürliches Knochenmaterial; GTR = Guided Tissue Regeneration)

dringend davon ab, chirurgisch zu beginnen. Ziel jeder chirurgischen Defekttherapie sei – optimales Lappendesign vorausgesetzt – eine primäre Deckung mit dichter, spannungsfreier Naht. Prof. Sculean legt großen Wert auf eine strikte postoperative Infektionskontrolle. Als Knochenersatzmaterialien bieten sich ihm zufolge autologer oder gefriergetrockneter Knochen (in Verbindung mit GTR) sowie der Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen (EMD) wie Straumann Emdogain an (Abb. 1). Bei Furkationsdefekten empfiehlt er Knochenersatzmaterialien in Verbindung mit GTR.

Priv.-Doz. Dr. Stefan Hägewald, Berlin, befasste sich anschließend mit ästhetischen Verbesserungen bei Rezessionsdeckungen und neuesten Langzeitdaten mit Emdogain. Seiner Ansicht nach betrachten die meisten Studien einen zu kurzen Zeitraum. Erfolge in der Deckung von Rezessionen sind, so der Referent, einerseits unabdingbar mit einer spannungsfreien Naht verbunden (zum Beispiel auch via Periost-Schlitzung), andererseits habe auch die Lappendicke (möglichst dünner als 1,1 mm) großen Einfluss. Voraussetzung aller Bemühungen sei eine möglichst atraumatische OP-Technik. Dr. Hägewald bevorzugt monofile

Nähte. Bindegewebstransplantate in Verbindung mit einem Verschiebelappen, wie etwa von McGuire & Nunn beschrieben, wiesen gute Ergebnisse auf, seien aber mit einer hohen Komplikationsrate behaftet. Membrangestützte Techniken zeigten wenig Langzeitstabilität. Die Langzeitergebnisse (\geq sieben Jahre) für EMD machten deutlich, dass sich Stabilität im operierten Gebiet einstellt und das Handling einfacher als bei Transplantaten ist. Eigenen Untersuchungen zufolge wird mit Emdogain ein Gewinn an keratinisierter Gingiva erzielt.

Professor Dr. Heinz H. Topoll, Münster, widmete sich der Behandlung vertikaler Knochendefekte in der ästhetischen Zone mit Straumann Emdogain und Knochenersatzmaterialien. Der Referent verglich Bindegewebstransplantate inklusive Knochenersatz mit und ohne Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen. Er kam zu dem Schluss, dass EMD günstig für die Weichgewebsentwicklung sind und gute langfristige Ergebnisse aufweisen. Prof. Topoll gab zu bedenken, dass bei Membran-OPs der primäre Wundverschluss oftmals zu wünschen übrig lässt und hier besonders für seltener operierende Kollegen Probleme entstehen können: Gerade die Dichtigkeit einer Naht sei für den Erfolg eines Eingriffs mit entscheidend. In diesem Zusammenhang forderte der Referent eine straffe Patientenführung: Was nicht operabel ist, sollte nicht operiert werden!

Professor Dr. Dr. Søren Jepsen, Bonn, gab zum Abschluss des Symposiums einen Überblick über Therapiemöglichkeiten von intraossären Defekten und Furkationen unter Verwendung bioaktiver Substanzen. Prof. Jepsen fasste eingangs zusammen: Alle Schlüsselgewebe profitieren vom Einsatz von EMD, auch bei aggressiven Formen von PA-Erkrankungen. Nach einer Übersicht bioaktiver Substanzen legte der Referent seinen Fokus auf Emdogain. Er empfahl dringend, nach einer OP frühestens nach einem halben Jahr zu sondieren und die erste Röntgenaufnahme erst nach einem Jahr anzufertigen. Für den Erfolg eines Eingriffs sind für ihn ein guter primärer Nahtverschluss und die Compliance des Patienten in der postoperativen Plaque-Kontrolle entscheidend wichtig. Membranen seien wohl noch Goldstandard, wiesen aber eine höhere Komplikationsrate als OPs mit Emdogain auf. Sämtliche OP-Techniken, auch bei Furkationsbeteiligung, hätten mit EMD bessere Ergebnisse erzielt.

Prophylaxe – nur PZR?

Beim Symposium „Prophylaxe – nur PZR?“ skizzierte Dr. Alexander Welk, Greifswald, in seinem Vortrag einen Paradigmenwechsel von der Plaque zum (unterschätzten) Biofilm und beschrieb die resultierenden therapeutischen Konsequenzen. Die orale Flora des Biofilms sei ein lebendes ökologisches System mit dynamischen Interaktionen, Stoffwechselkooperationen und der Plaque als Nahrungsreservoir. Ganz besonders zeichnen den Biofilm die zum Teil sehr ernsten systemischen Auswirkungen auf den Gesamtorganismus aus. Dr. Welk drückte es scherzhaft aus: „Unterschätzen Sie die cleveren Überlebensstrategien der Bakterien nicht! Die waren schon Millionen Jahre vor uns da.“ Nach wie vor sei die mechanische Entfernung der Plaque der beste Weg zur Beherrschung des Biofilms – man dürfe aber auf keinen Fall die teilweise eingeschränkten kognitiven beziehungsweise motorischen Fähigkeiten mancher Patienten zur Mundhygiene vergessen. Dies gelte besonders im Hinblick auf demografische Faktoren: Die Lage in manchen Pflegestationen sei sehr verbesserungsfähig. Chemische Ansätze hätten ihre Indikationen, aber auch immer das Problem der Substantivität und meist von Nebenwirkungen. Trotz aller Neuerungen in der Kontrolle des Biofilms gebe es zur Zeit keine Alternative zu einem effektiven individuellen Recall.

Professor Dr. Bernd-Michael Kleber, Berlin, sprach sich für eine Prävention durch die Analyse von Suchtgewohnheiten und der Raucherentwöhnung aus. Sein Anliegen: Der Zahnarzt solle dem Patienten gegenüber verstärkt als oraler Mediziner auftreten und in Sachen Tabak und Mund aufklären, da vielen Menschen die Fülle der negativen Auswirkungen des Rauchens nicht bekannt sei, obwohl die allgemeine Schädlichkeit Allgemeinwissen ist. Andererseits seien viele Zahnärzte nicht darüber informiert, ob ihre Patienten überhaupt rauchen oder nicht. Besonders die vaskulären Schäden durch Rauchen sind für Parodontalerkrankungen ursächlich – der Zahnarzt darf sich nicht davon täuschen lassen, dass Raucher mit Parodontitis beim Sondieren kaum bluten. Parodontitiden steigern unter anderem das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Apoplex, juvenilen Formen der Diabetes, Adipositas sowie Früh- und Fehlgeburten. Der Zahnarzt sollte über Methoden der Raucherentwöhnung und medikamentöse Hilfsmittel informiert sein: Ohne professionelle Unterstützung seien die Erfolgchancen eines Ausstiegs gering.