

Im Sinne des Patienten

Osteology Symposium in Baden-Baden 2010

Ein Kongressbericht von Dr. Barbara Peleska, Marburg

Das 3. Nationale Symposium der Osteology Foundation fand am 19. und 20. März 2010 statt. Unter dem Motto „Welche neuen Konzepte zur Regeneration von Hart- und Weichgewebe haben eine Bedeutung für die Praxis?“ kamen mehr als 500 interessierte Zahnmediziner nach Baden-Baden. Zusammenfassend ist festzustellen, dass einer minimalinvasiven Zukunft mit einer verminderten Patientenbelastung bei chirurgischen Eingriffen entgegengegangen werden kann – wesentliche Aspekte diesbezüglich sind jedoch bereits Gegenwart.

Fünfzehn Workshops verbanden am Freitag die Theorie mit der Praxis. Die gelungene thematische Fortführung bot sich den Teilnehmern am Samstag mit wissenschaftlichen und klinischen Vorträgen von international angesehenen Referenten.

Aktuelle Trends beim Weichgewebeersatz

Die Möglichkeiten der Weichgeweberegeneration zur Schaffung und zum Erhalt keratinisierter Gingiva waren das Thema des Vortrags von Prof. Dr. Mariano Sanz, Madrid. Gegenübergestellt wurden dem klassischen Schleimhauttransplantat alloplastische Alternativen wie eine humane, aus Leichenhaut gewonnene Hautmatrix sowie ein auf einer 3D-Kollagenmatrix porzinen Ursprungs basierender Weichgewebeersatz. Aktuelle Studienergebnisse zufolge erweist sich die 3D-Kollagenmatrix hinsichtlich Entzündung, Rezessionsbildung und Gewinn an keratinisierter Schleimhaut gegenüber dem klassischen Schleimhauttransplantat und dem koronalen Verschiebelappen nach der Allen-Technik als vielversprechende Alternative und ist diesen in einzelnen Aspekten sogar überlegen. Als Vorteil wurde die deutlich gesenkte Patientenmorbidity durch Entfallen eines zusätzlichen Eingriffs zur Gewinnung des Bindegewebsstransplantates bewertet. Nach Einschätzung von Prof. Sanz wird sich der alloplastische Weichgewebeersatz als Standard in der oralen Rekonstruktionschirurgie durchsetzen.

Einen Überblick über die Möglichkeiten zum Kammernhalt vor der Implantation gab Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Zürich. Grundsätzlich erwähnte er, dass das Einbringen von natürlichen Knochenersatzmate-



Foto: Osteology Foundation

Das 3. Nationale Osteology Symposium war ein Erfolg für alle Anwesenden. Erstklassige Redner präsentierten den Teilnehmern innovative Konzepte und Behandlungsansätze.

rialien den Modellierungs- und Remodellierungsprozess des Knochens nach Extraktion nicht aufhalte, jedoch die de novo-Hartsubstanzbildung speziell im Randbereich der Alveole fördere. So bleibe das Kammprofil erhalten. Eine Aufklappung bei Extraktion sei möglichst zu vermeiden. Hinsichtlich des Komforts stelle die Anwendung von Graftmaterialien bei Extraktion einen Vorteil für den Patienten dar.

Dr. Markus Schlee, Forchheim, befasste sich ebenfalls mit zukunftsweisenden Trends hinsichtlich des Weichgewebeersatzes, insbesondere bei Rezessionsdeckung. Für die Langzeitstabilität betonte er die ausreichende Dicke des Gewebes. Zusätzlich ging er auf die Abhängigkeit der Gingivadicke von der apikalen Basis und der Zahninklination ein. Laut seinen Aussagen ist für ein möglichst vorher-sagbares Ergebnis auf eine komplette Deckung des Transplantates beziehungsweise der eingebrachten Matrix zu achten.

Anhand verschiedener Patientenfälle zeigte Prof. Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt, das Spektrum zwischen Möglichkeiten und Grenzen der Weichgewebechirurgie in der ästhetischen Zone und der angewandten Operationstechniken in Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation auf. Da ein chirurgischer Eingriff immer eine „gewollte“ Verletzung und ein lokales Trauma darstellt, sollten die traumabedingten postoperativen Veränderungen nicht sichtbar, für den Patienten wenig störend und gemessen am Nutzen ethisch vertretbar sein.

Neue Konzepte in der Knochenregeneration

Der unter dem Motto „Neue Konzepte in der Knochenregeneration“ stehende zweite Abschnitt des Tages wurde von Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg, mit dem zukunftsweisenden Thema „Knochenmarkaspirat – Stand der klinischen Anwendung“ eingeleitet. Er bewertete den bisher als Goldstandard angesehenen autologen Knochen hinsichtlich des sich abzeichnenden Potenzials von aus Knochenmarkaspirat gewonnenen Stammzellen in Zusammenhang mit Knochenaugmentationen kritisch. Ziel sei die Gewinnung der Stammzellen über eine klassische Blutentnahme. So werde dem Patienten ein verbesserter Komfort im Vergleich zur Gewinnung autologen Knochens an einer zusätzlichen Entnahmestelle geboten.

Dr. Daniel Thoma, Zürich, berichtete über den Einsatz von Wachstumsfaktoren zur lokalisierten Knochenregeneration. Vielversprechend bewertet er die Kombination von rhBMP-2 oder rhPDGF (osteoinduktive Wachstumsfaktoren) mit mechanisch stabilen, osseokonduktiven Blocktransplantaten wie DBBM und Allografts, wobei derzeit klinische Studien fehlen, die die Kombination von rhBMP-2 mit entsprechenden Trägermaterialien wie Allografts und DBBM – vor allem als Blocktransplantate – in anspruchsvolleren Defekten evaluieren.

Periimplantitis erfolgreich therapieren

Anschließend gab Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf, eine Übersicht über die diagnostischen Verfahren zur Prävention der Parodontitis und Periimplantitis, wobei das Augenmerk auf die Einschätzung des diagnostischen Nutzens der jeweiligen Verfahren gelegt wurde. So ergeben sich viele Risikofaktoren bereits aus der Anamnese des Patienten. Eine Keimbestimmung in den periimplantären und parodontalen Taschen bestätigte nur die Existenz gramnegativer Anaerobier. Eine Periimplantitis zeichne sich durch klinische Entzündungszeichen, Suppuration, Schmerzfreiheit und einen typischen kraterförmigen, meist zirkulären Knochenverlust aus. Da die Implantate bei Periimplantitis meist nicht gelockert sind, hält Mombelli den Gebrauch von mechanischen Diagnostika wie Periotest für obsolet. Er empfiehlt ein periimplantäres Sondieren im Rahmen der Verlaufskontrollen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung einer Periimplantitis.

Eine Übersicht über die Therapiekonzepte in der regenerativen Parodontaltherapie zeigte Prof. Dr. Anton Sculean, Bern. Er forderte eine humanhistologische Evidenz für die Anwendung von Materialien,

vor allem hinsichtlich der parodontalen Regeneration, die für alloplastische Materialien wie etwa Biogläser bisher nicht vorliege. Die Behandlungsstrategie bei intraossären Defekten ≥ 4 mm sieht zunächst eine kritische Auswahl der Patienten als Nichtraucher mit Plaqueindex < 15 Prozent vor. Zu behandeln sind einwandige bis dreiwandige Knochentaschen in ästhetisch und/oder funktionell wichtiger Lokalisation. Als zu verwendende Materialien und Methoden kommen autogener Knochen, DFDBA (Deminerализed Freeze-Dried Bone Allograft), NBM (natürliches Knochenersatzmaterial), EMD (Schmelz-Matrix-Proteine) und die GTR in Betracht. In Abhängigkeit vom Defektdesign der Knochentaschen empfiehlt Sculean bei engen, begrenzten Taschen EMD, bei weiten, zirkulären Defekten EMD in Kombination mit autogenem Knochen, NBM oder DFDBA. Zur weiteren Behandlung des Fehlens einer Knochenwand nicht begrenzter Defekte kann die GTR in Kombination mit autologem Knochen, NBM oder mit einer Mischung aus autologem Knochen und NBM erfolgen. Als Behandlungsoption bei Furkationsdefekten Grad II stehen die GTR und die Anwendung von EMD zur Verfügung. Eine Kombination der GTR mit Knochenersatzmaterialien ist einer alleinigen GTR vorzuziehen. Als Kontraindikation zur chirurgischen Intervention sind Furkationsdefekte Grad III und horizontale Knochendefekte definiert.

Den Abschluss fand das wissenschaftliche Programm mit dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz, Düsseldorf. „Aktuelle Therapiekonzepte für die Periimplantitis“, wie sie in der Düsseldorfer Universitätszahnklinik angewendet werden, waren sein Thema. Ergebnisse zeigen, dass die nichtchirurgischen Maßnahmen zur Behandlung einer Periimplantitis (Laser und Kürette) in Kombination mit antibiotischer Therapie wegen ausbleibender Knochenneubildung und Reossifikation hinsichtlich eines dauerhaften Behandlungserfolgs nicht als effektiv zu bewerten sind. Die Wahl der chirurgischen Intervention erfolgt nach Einstufung in die Klasse mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko. Berücksichtigung finden systemische und lokale Faktoren. Die Reinigung der Implantate erfolgt mit Kunststoffküretten, Wattepellets und Kochsalzlösung. Als weiterführende Therapieoptionen nannte Schwarz die Implantatplastik für den in etwa 80 Prozent der Fälle bestehenden suprakrestalen Defektanteil, die Augmentation bei intraossärem Defektanteil sowie die zusätzliche Anwendung des Lasers bei supraossärem Defektanteil ≥ 1 mm mit bukkalem Dehiszenzdefekt oder zirkumferentem intraossärem Knochendefekt.