

Zeitgemäße Parodontologie

Praktischer Leitfaden für eine patientengerechte Parodontalbehandlung

Ein Kursbericht von Dr. Udo Schaller, Naila

Als Fachzahnarzt für Parodontologie und Hochschul-lehrer in Düsseldorf stellte Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann im Rahmen des Fortbildungsprogramms der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH (eazf) in Nürnberg einen praktischen Leitfaden für eine patientenge-rechte Parodontalbehandlung vor.

Grundlage einer patientengerechten Behandlung ist die Berücksichtigung des Patientenwunsches nach Gesundheit, Ästhetik und Behandlungskomfort. Die wirtschaftliche Einbindung der Parodontalbehandlung in das Praxisangebot setzt die Einführung eines systematischen Behandlungsablaufes voraus. Das Fundament hierzu ist Beratungs- und Therapiesicherheit des Zahnarztes zusammen mit Fachwissen des Praxispersonals zur Motivation, Vorbehandlung und Nachsorge: Parodontalbehandlung ist Teamarbeit!

Medizinische Therapie

Der erste Baustein einer erfolgreichen Parodontaltherapie ist die *Grunduntersuchung*, aus der sich Diagnose und Therapieplanung ergeben. Hierzu zählen der PAR-Befund pro Zahn mit Sondierungstiefen an vier Flächen einschließlich der Beurteilung des Furkationsbefalls. Die Anamnese der Grunderkrankungen, der aktuellen Medikation und der allergischen Disposition ist wegen der klinischen Bedeutung für den Behandlungsverlauf von großer Wichtigkeit, insbesondere bei Endokarditis, Endoprothesen, Organtransplantationen mit Immunsuppression, Diabetes mellitus Typ I und II und Patienten mit oralen Implantaten. Die Aufklärung des Patienten über die Ursachen seiner Erkrankung ist ebenso unverzichtbar wie die familiäre Anamnese und die Frage nach Nikotin und Stressfaktoren. Auch nach therapielevanten Medikamenten wie Antihypertensiva, Cortison und Immunsuppressiva ist zu fragen.

Die anschließende *Initialtherapie* umfasst zwei Sitzungen (sieben- bis zehntägiger Abstand) mit Mundhygieneinstruktion und Hygienisierung des supragingivalen Bereichs in der ersten Behandlung, Remotivation, Reinstruktion und subgingi-



Abbildung: Buchmann

Abb. 1: Systematik im Behandlungsaufbau ist die wichtigste organisatorische und inhaltliche Grundvoraussetzung für eine zeitgemäße Parodontalbehandlung.

valer Nachreinigung in der zweiten Sitzung. Bei aggressiver Parodontitis ist eine bakterielle Zielkeimbestimmung (*A. actinomycetemcomitans*) für die therapieunterstützende Antibiose sinnvoll. Nach Erhebung des PAR-Status folgt die medizinische Therapie in zwei Sitzungen (rechte Seite/linke Seite) mit Scaling und Root Planing innerhalb von sieben Tagen (Abb. 1). Als Indikationen für die medizinische Therapie (geschlossene Kürettage) gelten ein gleichmäßiger horizontaler Knochenabbau, Sondierungstiefen bis 6 mm und Furkationsbefall Grad I sowie eine nicht vorhandene oder funktions-tüchtige prothetische Versorgung.

Nach zwei Wochen erfolgt in einer Kontrollsituation die Überprüfung des Behandlungserfolgs. Nach circa sechs Wochen wird das Ergebnis erneut beurteilt. Knochenschäden an wichtigen Zähnen (erste Molaren, Unterkieferfront) werden bei günstigen anatomischen Voraussetzungen mikrochirurgisch weiter-versorgt, andere Resttaschen im Recall durch ständige Nachkürettage (Privatleistung) kontrolliert. Gute Langzeitergebnisse sind nur in Verbindung mit einem *konsequent durchorganisierten Recallsystem* und bei Patienten mit medizinischer Motivation und präventiver Lebensführung zu erwarten.

Parodontale Mikrochirurgie

Trotz guter Primärbehandlung ist bei funktionell oder für die Gesamtplanung wichtigen Zähnen

ein weiteres mikrochirurgisches Vorgehen notwendig. Voraussetzungen für eine erfolgreiche zeit- und kostenintensive mikromedizinische Therapie sind anatomische Detailkenntnisse der Defektmorphologie und eine perfekte Nahttechnik. Der Patient sollte den Eingriff verstehen, aktiv mitarbeiten, nicht rauchen und solvent sein.

Die *Parodontalchirurgie im Seitenzahnggebiet* hat folgende Indikationen:

- Singuläre vertikale Knochendefekte;
- Sondierungstiefen > 6 mm;
- Erhalt einer vollständigen Zahnreihe und prothetisch wichtiger Pfeilerzähne.

Das offene Vorgehen ist abhängig von der Defektanatomie: Sind die Knochentaschen zwei- bis dreiwandig und schmal, so hat sich die Applikation von Emdogain oder antiinflammatorisch wirkenden pastösen Anwendungen bewährt. Ein- bis zweiwandige Defekte sind am besten durch autogene Knochenchips aus Nachbarregionen zu therapieren. Aufgrund von Zeit- und Zugangsproblemen wird in der Praxis häufig auf alloplastisches Material zurückgegriffen. Zusätzlich ist auf die Beseitigung fehlender Kontaktpunkte bei prothetischen Versorgungen als funktionelle Ursache zu achten. Misserfolge sind vorprogrammiert, wenn bei der Papilla-Preservation-Schnittführung der Mindestabstand von 2 mm nicht eingehalten werden kann und daraus eine sekundäre Heilung mit Zusammenbruch und Schrumpfung des Interdentalgewebes resultiert.

Die Entscheidung zur Extraktion und Implantation ist indiziert bei einem horizontalen Knochenabbau von ≥ 50 Prozent im Oberkiefer, subgingivaler Wurzelkaries, endodontischen Misserfolgen und Furkationsbefall Grad III.

Im *Frontzahnbereich* sind mikrochirurgische Maßnahmen mit Zurückhaltung anzuwenden, da trotz perfekter Papilla-Preservation-Schnittführung und gutem interdentalen Knochenangebot mit einer postoperativen Gingivaretraktion von ± 1 Millimeter, gegebenenfalls auch unter Papillenverlust, zu rechnen ist. Dies ist im Frontzahnbereich nicht akzeptabel.

Kosmetische Chirurgie

Die Therapie der roten Ästhetik, also der mikromedizinische Aufbau von fehlender oder dünner Gingiva sowie die Volumenvermehrung aus funktioneller oder ästhetischer Notwendigkeit heraus durch *plastisch-rekonstruktive Chirurgie* haben in

Abhängigkeit der Gewebedicke und der Vaskularisation *und* unter Beachtung der Operationsindikationen eine gute Prognose bei:

- Miller-Klasse I und II mit vollständigem Erhalt der Interdentalpapille;
- gingivalem Phänotyp I mit hohem kollagenen Faseranteil und derber, vaskulierter Gingiva mit ausreichender Neoangiogenese.

Unter den gegenwärtig verfügbaren Verfahren gewinnt die Tunneltechnik aufgrund der geringeren Schmerzhaftigkeit und besseren Ästhetik zunehmend an Bedeutung. Im zweiten Kursteil wurde ausführlich die Kostenstruktur einer PAR-Behandlung besprochen. Berechenbare GOZ- und GOÄ-Positionen, eventuell anfallende Materialkosten und zeitintensive Therapieschritte machen deutlich, dass die moderne Parodontaltherapie im Rahmen der GKV nur dann wirtschaftlich ist, wenn Kernaufgaben an weitergebildetes Fachpersonal übertragen und Angebote aus der Industrie sinnvoll in die Gesamtplanung integriert werden.

Im praktischen Teil der Fortbildung wurden ausgewählte Techniken für die parodontale Mikrochirurgie erläutert, demonstriert und unter Anleitung von den Kursteilnehmern am Tierpräparat nachvollzogen. Ohne mikrochirurgische Instrumente (Instrumentenliste) und Lupenbrille sind diese Techniken nicht umsetzbar! Hier wurden zunächst verschiedene Nahttechniken in Erinnerung gerufen, wie die Matratzennaht mit Rückstichttechnik und die fortlaufende Naht. Mit der speziellen Schnittführung für die Entnahme eines freien Bindegewebestransplantats wurden diese Nahttechniken dann wieder angewendet. Die Papillenerhaltungstechnik wurde intensiv von den Kursteilnehmern mit Schnitt-Technik und Verschluss mittels Kreuznaht für die Lappenbasis und Matratzennaht für den Papillenbereich geübt. Die Handhabung des Knochenschabers mit Knochenspanentnahme zur Defektauffüllung und die Anwendung resorbierbarer Kollagenmembranen schlossen diesen interessanten und praxisbezogenen Vortrag ab. Die den Teilnehmern zur Verfügung gestellte CD mit veröffentlichten Artikeln von Priv.-Doz. Dr. Buchmann gibt die Möglichkeit, sich profunder in diese Materie einzulesen.

Am 19.2.2010 und 17.7.2010 bietet die eazf in Nürnberg erstmals PAR-Teamkurse für den Zahnarzt und sein Fachpersonal an. Weitere Informationen unter www.eazf.de