



temische Antibiose mit dem Winkelhoffcocktail. Sie wirkt natürlich nur in Verbindung mit einer mechanischen Therapie. Wobei hier immer die *konservative Methode mit scaling und rootplanning* zum Einsatz kommt. Nach systematischen Reviews der Literatur gibt es im Behandlungsergebnis keinen Unterschied zwischen konservativer und chirurgischer Behandlung. Damit ist natürlich der schonenderen Form der Vorzug zu geben. Nach Erfahrung des Referenten ist gerade bei aggressiven Parodontopathien die chirurgische Behandlung oft die mit der größeren Misserfolgsrate behaftete.

Konservative oder chirurgische Therapie?

Wird bei einem neuen Patienten die Diagnose „Parodontitis“ gestellt, kommt sowohl bei der chronischen als auch bei der aggressiven Form zunächst eine konservative Therapie zum Einsatz. Erst wenn sich therapie- und recallresistente Parodontien feststellen lassen, kann eine *chirurgischen Behandlung* geraten erscheinen. Diese wird *aber immer auf einzelne Stellen begrenzt* bleiben und damit ein wesentlich geringeres Trauma darstellen, im Vergleich zur heutzutage obsoleten generellen chirurgischen Erstbehandlung. Die Therapie sollte dem Motto folgen: „Gib der Natur eine Chance zur Regeneration“.

Entscheidend ist die *Reevaluation nach erfolgter konservativer Behandlung*. Erst hier lässt sich definitiv der aggressive Fall erkennen. In einem solchen Fall kann dann auch eine lokale Antibiose sinnvoll sein. Doxycyclin hat sich hier aufgrund der Applikationsform bewährt. Von Vorteil ist hierbei die Vermeidung der systemischen Nebenwirkungen.

Scaler oder Ultraschall?

Wie aber soll die konservative Therapie erfolgen? Grundsätzlich ist das gut, was funktioniert. Ausschlaggebend ist, dass Konkremente und Bakterien möglichst vollständig entfernt werden. Die These, dass ein poliertes Konkrement belassen werden kann, ist nicht zu halten. Ultraschalltherapie dauert meist länger, als die Behandlung mit dem Scaler. *Eine Kombination beider Instrumentarien scheint sinnvoll*. Der Zugang zur Tasche ist mit Schallinstrumenten gut möglich. Weit apikal hat der Scaler Handlingvorteile.

Wann Parodontaltherapie, wann Extraktion?

Grundsätzlich kann diese Frage nur im Zusammenhang der Gesamttherapie entschieden werden. Handelt es sich um einen Patienten, der keinen Zahnersatz als Folgebehandlung erhält, kann grundsätzlich die maximale Zahnerhaltung angestrebt werden. Also sollte auch bei Risikozähnen ein Behandlungsversuch gestartet werden. Ist aber speziell festsitzender Zahnersatz geplant, dann wird die Indikation zur Extraktion eher gestellt werden müssen. Denn eine zwar mögliche, aber mit schlechter Prognose belegte Parodontaltherapie eines strategischen Pfeilers macht keinen Sinn, wenn damit die neue Konstruktion stark gefährdet wird. Hier ist dann das Implantat die sichere Lösung. Zumal die Implantologie bei entsprechender Planung eine optimale Prognose bietet. Dagegen kann beim herausnehmbaren Zahnersatz schon wieder etwas mehr Mut angebracht sein. All diese Er- und Abwägungen sollten natürlich immer in Absprache und mit entsprechender Risikoaufklärung des Patienten erfolgen.

Wann ist Regeneration sinnvoll?

Regenerative Therapien sind auf ausgewählte Einzelfälle beschränkt. Hier hat sich der *autologe Knochen in Verbindung mit Schmelz-Matrix-Proteinen* bewährt. Der absolut dichte Nahtverschluss ist das Erfolgskriterium. *Dünne Nahtmaterialien* helfen hier enorm weiter. Als Zugang hat sich im vorderen Bereich der *Access-Flap* mit möglichst wenig vertikalen Entlastungen und im distalen Bereich der *modifizierte Widman-Flap* bewährt.

Plastische Parodontalchirurgie

Der Referent stellte die gängigen klassischen Techniken vor. Das subepitheliale Bindegewebestransplantat in Verbindung mit dem Verschiebelappen hat sich dabei als die Methode mit der sichersten Prognose durchgesetzt. Ausschlaggebend für den späteren Erfolg ist die Gewinnungsmöglichkeit am Gaumen, sowie eine ausreichende Höhe.

Dr. Ralph Heel,
Meitingen