



invasiven Therapieansatzes wieder verstärkt zum Einsatz kommt, langfristig zwar zu einer unmittelbaren Anlagerung von Knochengewebe an den Implantatkörper. Allerdings imponiert das postoperativ neugebildete knöcherne Lagergewebe durch eine außerordentlich lockere trabekuläre Struktur. *Erst die Kombination der Sinusbodenelevation mit der Augmentation des knöchernen Kieferhöhlenbodens resultiert in der Bildung von sehr dichtem periimplantärem Knochengewebe.*

Allogene Knochenersatzmaterialien durchaus sehr potent

Entgegen der in der Vergangenheit teilweise außerordentlich kontrovers geführten Diskussion können auch allogene Knochenersatzmaterialien sehr potent die Ausbildung einer dichten trabekulären Knochenstruktur induzieren. Allogene Knochenersatzmaterialien ermöglichen dadurch häufig den Verzicht auf die chirurgisch mitunter aufwendige Gewinnung von autologem ossärem Spendergewebe.

Implantattherapie bei fortgeschrittenen parodontologischen Defekten

Häufig ergibt sich der Wunsch nach einer Implantattherapie im posterioren Ober- bzw. Unterkiefer auf Grund der fortgeschrittenen Parodontalerkrankung von Molaren. Zur sicheren Indikationsstellung stellt sich dabei die Frage nach dem therapeutischen Alternativen sowie den Erfolgsaussichten. Häufigstes Problem der Behandlung einer parodontalen Erkrankung von Molaren ist zweifellos die dauerhafte Heilung von Furkationsdefekten. Dazu stehen heute neben resektiven vor allem auch regenerative Methoden zur Verfügung.

Resektive Therapieformen zur Furkations- behandlung

Mit den Methoden, Zielen und Erfolgsaussichten der resektiven Therapieformen zur Furkationsbehandlung befaßte sich der Vortrag von *Dr. Weng*. Je nach Stärke der klinischen Ausprägung des Furkationsdefekts können unterschiedliche chirurgische Behandlungstechniken eingesetzt werden. Während zur Behandlung von Furkationsdefekten vom Grad I und II die Indikation zur

sogenannten *Furkationsplastik* gestellt werden kann, kommt bei stärker fortgeschrittenen Defekten vom Grad II oder III die *Tunnelierung* oder die *Wurzeltrennung* in Frage.

Grundsätzlich müssen im Rahmen der Indikationsstellung zur resektiven Therapie von Furkationsdefekten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Neben morphologischen Faktoren, wie der Länge des Wurzelstammes und der Divergenz der Einzelwurzeln, kommt in diesem Zusammenhang vor allem auch der Lockerung des Zahnes sowie der postoperativen Hygienefähigkeit entscheidende Bedeutung zu. Demgegenüber spielen wirtschaftliche Faktoren eine eher untergeordnete Rolle. Eine Feststellung, die bei einem näheren Vergleich der Kosten für eine resektive Behandlung mit einer implantatgestützten Versorgung einleuchtend erscheint. Nach einer Wurzeltrennung sorgt nach einer Modellrechnung von *Dr. Weng* die notwendige prothetische Folgebehandlung nämlich dafür, daß sich die Kosten für beide therapeutischen Ansätze weitgehend die Waage halten.

Regenerative Therapiemethoden in der Behandlung von Furkationsdefekten

Auf die Möglichkeiten der regenerativen Therapiemethoden in der Behandlung von Furkationsdefekten ging *Dr. Heinz* in seinem Vortrag ein. Als Ziel der regenerativen Furkationsbehandlung kann allgemein der komplette oder teilweise Verschluß des Furkationseingangs durch Knochengewebe und die Ausbildung physiologischer parodontaler Strukturen an den erkrankten Wurzelabschnitten definiert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden in der Vergangenheit unter anderem unterschiedliche Barriermembranen eingesetzt. Inzwischen werden darüber hinaus in einem völlig anderen therapeutischen Ansatz auch zelluläre Differenzierungsfaktoren, insbesondere das *Amelogenin*, erfolgreich angewendet. Nach den Erfahrungen einer kürzlich ausgewerteten klinischen Studie ist mit Hilfe dieser Differenzierungsfaktoren postoperativ eine deutlich stärkere parodontale Regeneration anzutreffen als nach Verwendung von Membranen.

Dr. Matthias Folwaczny,

Klinik und Poliklinik für Parodontologie der LMU München