

Erhalt der geschlossenen Zahnreihe bis zur letzten Sharpey'schen Faser

Kongressnachlese vom ersten Würzburger Symposium für Regenerative Zahnheilkunde

Mit seinem Vortrag zum Würzburger Konzept in der Parodontologie konnte Prof. Schlagenhaut das Symposium für regenerative Zahnheilkunde in einem gut gefüllten Hörsaal der Würzburger Zahnklinik eröffnen.

Da die Patienten erst nach erfolgtem Scaling-Root-Planing (SRP) einen Erfolg gesteigerter Mundhygiene sehen könnten, sollten auch erst nach SRP Hygieneinstruktionen erfolgen, das alte Dogma „ein sauberer Zahn wird nicht krank“ gelte eher umgekehrt. Das Konzept der supragingivalen Zahnreinigung habe keinerlei parodontalprophylaktischen Effekt, von einer regelmäßigen subgingivalen Reinigung und Glättung profitierten vor allem chronisch kranke Patienten deutlich.

In der Behandlung der Aggressiven und der refraktären Parodontitis sei nach wie vor der klassische Winkelhoff-Cocktail erste Wahl. Clindamycin sei weniger gut geeignet. Bei Penicillinallergie könne statt Amoxicillin auf Ciprofloxazin ausgewichen werden. Die Kanzerogenität des Metronidazol sei überbewertet, wenn man die zu Grunde liegende Studie genau lese. Wie neue Studiendaten der Universität Münster belegten, entwickle sich nach Einsatz des van Winkelhoff-Cocktails (Amoxicillin/Metronidazol) schnell eine ausgewogene neue Mundflora – eine reiche bakterielle "Blumenwiese", die die verbleibenden parodontalpathogenen Keime meist gut in Schach halte. An Fallbeispielen über nunmehr 12 Jahre zeigte Prof. Schlagenhaut eindrucksvoll, wie mit dem Konzept des Erhalts einer geschlossenen Zahnreihe - auch bei Taschen über 10mm - allein mit SRP und antiinfektiöser Therapie 80% der als „hoffnungslos“ zu betrachtenden Zähne in einen langfristig stabilen Zustand mit Taschentiefen unter 5mm überführt werden können.

Sein Oberarzt PD Dr. Fickl erläuterte in seinem Vortrag, dass nach erfolgter antiinfektiöser Therapie nur noch residuale vertikale Taschen über 3mm Tiefe als Indikation einer regenerativen chirurgischen PAR-Therapie übrig blieben.

Da in der Chirurgie im Gegensatz zum SRP die Mundhygiene die entscheidende Rolle spiele und auch Raucher eher nicht als Patienten in Frage kommen, sei die Indikation doch sehr eingeschränkt. Auf konventionelle PAR-Behandlung therapieresistente Zähne mit Furkationsbeteiligung sollten vor allem im Oberkiefer eher einem Implantat weichen. Die üblicherweise erfolgenden Reevaluationen nach antiinfektiöser Therapie sollten frühestens nach 6 Monaten die Entscheidung für eine chirurgische Therapie treffen, eher später. Manchmal tue sich nach einem Jahr noch etwas.

OA Fickl ging anhand von Fallbeispielen auf die Vorgehensweise in der regenerativen Taschenbehandlung ein. Den Taschenboden sollte man nicht zu aggressiv curettieren, da von dort aus eine Regeneration erfolge. Bei mehrwandigen Taschen sei eher an den Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen mit oder ohne Auffüllung des Defekts zu denken, bei einwandigen Defekten sei dem mechanischen Ansatz mit Membranen der Vorzug zu geben. Einige Tage präoperativ seien eine erneute Reinigung und der Einsatz lokaler Antibiotika sinnvoll.

Der Nachmittag war den Implantaten vorbehalten. Dr. Schlee, Forchheim wandte sich zunächst der Mukositis zu und hier insbesondere den Möglichkeiten, Muskelzug und einstrahlende Bänder durch Mukogingivalchirurgie zu beherrschen. Er bemängelte, dass bei der Planung oft dieser zusätzliche Aufwand aus Kostengründen nicht berücksichtigt werde. Letztlich sei der Patient zufriedener, wenn er von vornherein wisse, was auf ihn zu kommt. Die möglichen Interventionen bei Periimplantitis sieht Dr. Schlee, auch anhand der Datenlage, wegen der Rezidivhäufigkeit nur als Verschiebung der Indikation zur Explantation an.

Dr. Mihatovic, zeigte als Vertretung für den verhinderten Prof. Becker in mehreren Videosequenzen die Glättung der supracrestalen Implantatanteile in der Periimplantitisbehandlung der Düsseldorfer Zahnklinik. Auch wenn durch die Maßnahmen die Periimplantitis über einen längeren Zeitraum beherrscht werden könne, so ließ die maximale Beobachtungsdauer von 2 Jahren doch noch keine Aussage zu, ob die Glättung der Implantate einer alleinigen Reinigung überlegen sei.

Am Ende des Symposiums resümierte Prof. Schlagenhaut, so hoffnungsvoll der Tag mit den Zähnen begonnen habe, so bitter ende er bei den Implantaten. Auf das erste Symposium werde auf jeden Fall ein nächstes folgen, das hätten die offenen Fragen und intensiven Diskussionen nahe gelegt.

Ulrich Schubert