

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



© Zahnklinik SFU

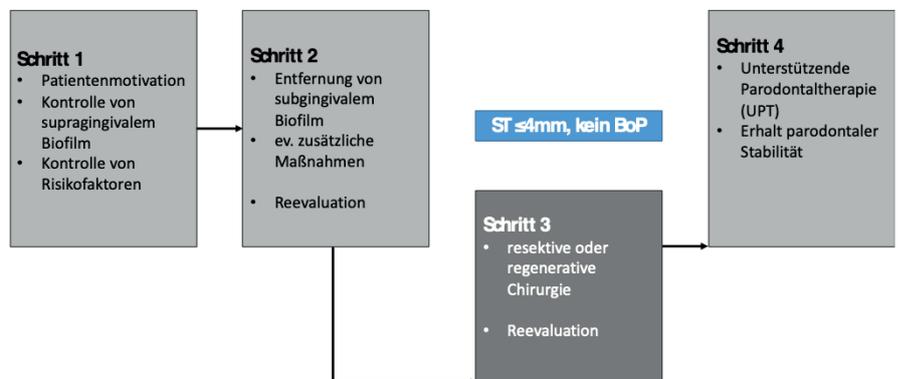
RESEKTIV – REGENERATIV – MINIMALINVASIV PARODONTALCHIRURGIE IM LICHT DER S3 LEITLINIEN

ÖGZMK

Univ.-Prof. Dr. Hady Haririan, PhD, MSc
Leiter Parodontologie, Zahnklinik
Sigmund Freud PrivatUniversität, Fakultät für Medizin
Freudplatz 3, 1020 Wien
hady.haririan@med.sfu.ac.at

Die aktuellen S3 Leitlinien zur Behandlung der Parodontitis Stadium I-III geben es vor: Parodontalchirurgische Maßnahmen als Schritt 3 nach der Hygienephase und konservativer Parodontitistherapie können zu parodontaler Stabilität führen. Wurde früher gleich mal „aufgeklappt“, ist man heute viel zurückhaltender sowohl in der OP-Indikation als auch bei der Gestaltung des Lappendesigns.

Abb. 1. Schrittweise Behandlung der Parodontitis bei Stadium I-III. Schritt 3 sollte eingeschlagen werden, wenn die Ziele einer konservativen Parodontitistherapie (ST \leq 4 mm, kein BoP) aus Schritt 2 nicht erreicht werden konnten.



ZIELE DER KONSERVATIVEN PARODONTITISTHERAPIE

Unabhängig von der Art des Knochenabbaus gehen einer möglichen chirurgischen Parodontitistherapie immer die Schritte 1 und 2 voraus. Dies bedeutet zunächst die Erlangung einer optimalen häuslichen Biofilmkontrolle seitens der Patient*innen mit individueller Mundhygieneinstruktion, insbesondere die Schulung mit Interdentalraumbürstchen. Mit dem subgingivalen Debridement unter Lokalanästhesie durch die Zahnärzt*innen und fallweise adjuvanter systemischer Antibiotikagabe sollten folgende Werte bei Reevaluation erzielt werden, um vormalig instabile Parodontitispatient*innen in stabile Parodontitispatient*innen mit gingivaler Gesundheit (auf einem reduzierten Parodontium) zu überführen:

- Blutung auf Sondierung < 10 % der Stellen
- Geringe Sondierungstiefe von 4 mm oder weniger
- Keine Stellen > 4 mm mit Blutung auf Sondierung
- Keine Stellen \geq 6 mm Sondierungstiefe

Werden diese Ziele durch erneutes subgingivales Debridement der betreffenden Stellen immer noch nicht erreicht, sollten weiterführende Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Wissenschaftlich ausreichend untermauert sind hierbei parodontalchirurgische Maßnahmen, um Zugang zu tiefen Taschen zu erhalten und diese durch

regenerative parodontalchirurgische Maßnahmen zu beseitigen. Dabei wird empfohlen, dass Operationen bevorzugt von Zahnärzt*innen mit zusätzlicher spezifischer Ausbildung respektive von Spezialist*innen durchgeführt werden sollten. Grundvoraussetzung für jeglichen parodontalchirurgischen Eingriff ist eine ausreichende häusliche Plaquekontrolle seitens der Patient*innen.

HORIZONTALER KNOCHENABBAU

Liegt ein horizontaler Knochenabbau vor und können die Sondierungstiefen durch konservative Maßnahmen nicht \leq 6 mm reduziert

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

werden – dies ist oft im Molarenbereich mit Furkationsbeteiligung der Fall – sollte an eine Zugangs- und resektive Parodontalchirurgie gedacht werden. Dabei ist zu beachten und aufzuklären, dass eine Gingivarezession nach erfolgter OP mit evtl. Hypersensibilität der Zähne zu erwarten ist. Bei Furkationsdefekten Grad III und maxillären interdentalen Defekten Grad II kann ein Open Flap Debridement, Tunnelierung, Wurzelseparation oder Wurzelresektion in Betracht gezogen werden. Details zu resektiver Parodontalchirurgie mit ZFP-Punkten unter <https://www.oegzmk.eu/home/images/oegzmk/newsletter/pdfs/oegzmk-nl2103-zfp-oegzmk-artikel5.pdf>

VERTIKALER KNOCHENABBAU

Bei intraossären Defekten von 3 mm oder mehr sollte eine regenerative Parodontalchirurgie in Betracht gezogen werden. Hierfür sollten entweder Barrieremembranen oder Schmelzmatrixderivate mit oder ohne Zugabe von Knochentransplantaten verwendet werden. Das bevorzugte Lappendesign ist die Papilla Preservation Technique bzw. Minimally Invasive Surgical Technique (MIST). Bei diesen Techniken wird ein Zugang zum zahntragenden Knochen bei gleichzeitiger maximaler Schonung der interdentalen Gingiva gewährleistet. Furkationen Grad II an Unterkiefermolaren und bukkale Furkationen Grad II an Oberkiefermolaren sollten mit parodontal regenerativer Chirurgie behandelt werden. Die Regeneration der Furkation kann mit Schmelzmatrixderivat allein oder mit Knochentransplantat mit oder ohne resorbierbare Membranen durchgeführt werden. Laut einer rezenten Metaanalyse (Stavropoulos et al. 2020) sind alle regenerativen OP-Methoden hinsichtlich des klinischen Attachmentlevelgewinns dem alleinigen Open Flap Debridement jedenfalls überlegen.

THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI REZESSIONEN

Je nach Angebot keratinisierter Gingiva liegt eine Vielzahl von chirurgischen Techniken vor, mit welchen sich singuläre oder multiple

Rezessionen decken lassen. Vom koronalen Verschiebelappen bei ausreichend keratinisierter Gingiva apikal der Rezession bis zu verschiedenen Tunneltechniken reicht das Spektrum. Dabei kann man sich beispielsweise an folgenden Kriterien orientieren, um die geeignete OP-Technik auszuwählen:

Singuläre Rezessionen bei dickem Phänotyp: koronaler oder lateraler Verschiebelappen, modified coronally advanced tunnel (Zucchelli und De Sanctis)

Singuläre Rezessionen bei dünnem Phänotyp: koronaler oder lateraler Verschiebelappen, modified coronally advanced tunnel sowie laterally closed tunnel (Sculean und Allen) in Kombination mit einem Bindegewebsstransplantat (Abb. 2)

Multiple Rezessionen bei dickem Phänotyp: modifizierter koronaler Verschiebelappen, modified coronally advanced tunnel

Multiple Rezessionen bei dünnem Phänotyp: modifizierter koronaler Verschiebelappen, modified coronally advanced tunnel jeweils mit Bindegewebsstransplantat (Zucchelli und De Sanctis)

Periimplantitis

Bei der chirurgischen Behandlung der Periimplantitis gibt es noch keine vorhersehbare Standardtherapie, auch hier ist zwischen horizontalen und intraossären Defekten zu unterscheiden. Vor chirurgischer Intervention sollten immer eine Hygienephase und konservative Vorreinigung erfolgen.

Nach derzeitiger Evidenz kann man durch eine zusätzliche systemische Antibiotikagabe keine klinische Verbesserung erwarten, was jedoch derzeit individuell abgewogen werden sollte. Neueste Ansätze sehen die Anwendung einer Elektrode zur Dekontamination der Implantatoberfläche während eines augmentativen Verfahrens von Vorteil (Abb. 3).



Abb. 2. beim „laterally closed tunnel“ (nach Sculean und Allen), wird das benachbarte Gewebe zur Rezession weit mobilisiert und nach Einzug eines Bindegewebsstransplantats nach coronal mittel Umschlingungsnähten fixiert. (Haririan)

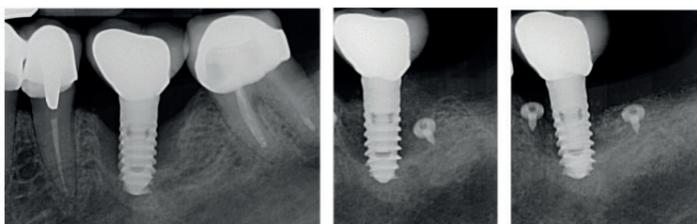


Abb. 3. Intraossäre Komponente bei einem tiefen periimplantären Defekt. Nach konservativer Vortherapie und chirurgischer Entfernung des Granulationsgewebes erfolgte eine Dekontamination der Implantatoberfläche unter Einsatz einer Elektrode (Galvo Surge®) und Augmentation mittels Eigenknochen/Knochenersatzmaterial + Membran (Haririan/Hof). Prä- und postoperative Röntgenbilder (prä-OP – OP-Tag – 6 Wochen post-OP)