



Regenerative Therapie



Der Wiederaufbau des zerstörten Zahnhalteapparates ist das ultimative Ziel der PAR-Therapie. Vertikale Knochen- und bestimmte Furkationsdefekte können durch verschiedene Operationsverfahren „regeneriert“ und damit diese Zähne länger erhalten werden:

- a) Implantation von autologem, allogenen und xenogenem Knochen sowie Knochenersatzmaterialien;
- b) gesteuerte Geweberegeneration durch resorbierbare und nicht resorbierbare Membranen ggf. in Kombination mit den unter a) aufgeführten Materialien;
- c) Einsatz von Schmelzmatrixproteinen (ggf. in Kombination mit den unter a) und b) aufgeführten Materialien.

Hinter diesen drei nachweisbar erfolgreichen Verfahren stehen jedoch drei vollkommen verschiedene biologische Konzepte:

- a) Einbringen von „Füllern“ in die Defekte;
- b) Verhindern des Einwachsens von Epithel- und Bindegewebezellen aus der Gingiva in den Wundbereich, damit die Wurzeloberfläche von Zellen des parodontalen Ligaments besiedelt werden kann;
- c) Imitation der Zementogenese durch aus xenogenen embryonalen Zellen gewonnene Schmelzmatrixproteine.

Wie kann es aber sein, dass diese drei so verschiedenen Operationstechniken „funktionieren“? Gibt es für den Praktiker bei der Operation unverzichtbare „Kriterien“, die berücksichtigt werden müssen, damit parodontale Regeneration erfolgreich gelingt?

Die neuere klinische und Grundlagenforschung zeigt, dass unabhängig von den drei genannten biologischen Konzepten folgende Punkte für den ope-

rativen Erfolg einer parodontalen Regeneration erfüllt sein müssen:

- präoperativ entzündungsfreie Verhältnisse;
- ungestörte und ausreichend lange Anhaftung des Blutkoagulums an die Wurzeloberfläche (keine Bewegung im Bereich der Wunde);
- ausreichender Raum für die Regeneration der parodontalen Gewebe;
- primäre Wundheilung des den Defekt bedeckenden Weichgewebes.

Wenn diese 4 Kriterien erfüllt sind, ist eine parodontale Regeneration, d. h. die Neubildung von Wurzelzement, Alveolarknochen und eines in beiden Hartgeweben verankerten Faserapparates, unabhängig vom zusätzlichen Einsatz weiterer Materialien möglich.

Die klinische Situation (Attachmentverlust, Furkationsgrad) und damit die Prognose von Zähnen mit tiefen Knochentaschen und bestimmten Grad-II-Furkationsdefekten kann so durch regenerative Therapie entschieden verbessert werden.

Mit regelmäßiger professioneller Nachsorge (Unterstützende Parodontitistherapie) lassen sich die Ergebnisse regenerativer Therapie langfristig erhalten (siehe Beitrag Nickles & Eickholz ab Seite 441 in dieser Ausgabe). Auch ästhetische Probleme, wie freiliegende Wurzeloberflächen, können mit regenerativen Verfahren erfolgreich behandelt werden (siehe Beitrag Jepsen et al. ab Seite 403 in dieser Ausgabe). Parodontale Regeneration bleibt also weiterhin ein sehr spannendes Thema der modernen Parodontologie.

Ich wünsche Ihnen daher viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Prof. Dr. Heinz H. Topoll, Münster