

Nach Scalen und Kürettieren stellt sich bisweilen die Frage: Schrauben oder Kleben?



Frühjahrstagung der DGParo am 1. und 2. Februar 2013 im historischen Poelzig Bau der Goethe Universität Frankfurt am Main

Schaut man sich das Motto der diesjährigen Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie an, so mag sich der eine oder andere verwundert die Augen reiben und zweifelt im richtigen Film, respektive in der Fortbildungstagung zu sein. Denn das Motto „Implantattherapie heute – die Evolution des Züricher prothetischen Konzepts“ ging über das Feld der reinen Parodontistherapie deutlich hinaus. Doch der parodontologisch tätige Zahnarzt ist gut beraten, für den Fall gewappnet zu sein, in dem ein Zahn nicht mehr zu halten ist.

unterschied sich grundsätzlich von konventionellen Veranstaltungen.

Etwa wenn es um das „Handling von Extraktionsalveolen“ ging, dem Thema von PD Dr. *Ronald Jung* (s. Abb. 1). Drei Möglichkeiten bot er dem aufmerksamen Auditorium an: die Sofortimplantation, die Kieferkammerhaltung und die Spontanheilung. Letztere erweist sich in der Regel als erste Option, obwohl es im ersten Jahr zu einem Volumenverlust um 50 % kommt. Diesen Abbauprozess gilt es zu verhindern. Als erste Möglichkeit bietet sich die Extraktion in Kombination mit der Implantatversorgung an. Aber

nen Füllung kann der Substanzverlust signifikant auf einen Wert von 15 bis 20 % zurückgedrängt werden. Anzumerken ist, dass ein positiver Effekt bereits dadurch entsteht, dass der Lappen komplett geschlossen werden kann. Insgesamt ist, so Dr. *Jung*, die GBR die am besten dokumentierte Technik, Knochen zu erhalten, wenn man eine lange Einheilungszeit in Kauf nimmt. Highlight seiner Präsentation war die Vorstellung der Punch Technik (Soft Tissue Preservation): eine einfache Methode, um die Weichgewebisdicke und -qualität zu verbessern. Sie kann bei der Socket Preservation angewandt werden. Dabei ist primär auf eine knochenschonende Extraktion zu achten.

Danach wird die innere Alveole revidiert und sorgfältig gereinigt. Schließlich wird ein Transplantat mit einer Stärke von 2 mm und einem Durchmesser von 8 mm mit einer Stanze am Gaumen entnommen, das sehr sorgfältig platziert und anschließend vernäht wird. Bei diesem Vorgehen erhält man nach kurzer Zeit eine sehr gute Weichgewebssituation. Komplikationen können allerdings bei fehlender Papille und der damit verbundenen nicht ausreichenden Blutversorgung auftreten.

Was unter „Biomechanische Herausforderungen – Extensionen und kurze Implantate“ erwartet werden darf, zeigte Dr. *Sven Mühlemann* (s. Abb. 1). Aus seiner Sicht sind kurze Implantate solche unter einer Länge von 9 mm.

Anhand der vorgestellten Studien konnte nachgewiesen werden, dass kurze Implantate mit einer Länge von bis zu 8 mm vergleichbare Überlebensraten zeigen wie lange Implantate. Signifikant ist, dass die hohe Verlustrate – in einem Fall waren es 4,5 % – von kurzen Implantaten vor der Belastung darauf hindeute, dass der Einfluss biomechanischer Faktoren, wie z. B. die „Crown-to-Implant-Ratio“ eine eher untergeordnete Rolle spiele. Deshalb steht er Extensionsbrü-



Abbildung 1 DGParo Frühjahrstagung 2013: Gruppenfoto: Referenten und DGParo-Vorstand (von rechts nach links): vorne: PD Dr. Irena Sailer, Dr. Dr. David Schneider, Professor Dr. Mutlu Özcan, PD Dr. Ronald Jung; mittlere Reihe: Dr. Goran Benic, PD Dr. Daniel Thoma, Dr. Filip Klein, Dr. Kai Worch; hinten: Prof. Dr. Thomas Kocher, Dr. Sven Mühlemann, Prof. Dr. Heinz Topoll, Prof. Dr. Peter Eickholz.

(Abb. 1: DGParo)

Vorgestellt wurden bei dieser Veranstaltung Anfang Februar eine Reihe junger Wissenschaftler aus Zürich, die man in dieser Besetzung, wenn überhaupt, noch nie zu hören bekommen hat. Auch die Art der Fragestellungen

auch hier stellt sich ein Knochenverlust von 50 % in einem vergleichbaren Zeitraum ein. Die nächste Option ist die Verbindung der Implantation mit einer gesteuerten Geweberegeneration (GBR). Erst bei der Verbindung mit einer inter-

cken auf kurzen Implantaten gelassen gegenüber.

Angemerkt wurde, dass kurze Implantate im Oberkiefer eine signifikant höhere Misserfolgsrate aufweisen als im Unterkiefer. Empfohlen wurde bei spongiosen Knochen ein angepasstes chirurgisches Protokoll. Auch die Oberflächenbeschaffenheit spielte mit signifikanten Unterschieden von glatter zu rauer Oberfläche eine wesentliche Rolle: die Misserfolgsrate von rauen Oberflächen lag um 29 % signifikant niedriger als die der glatten.

Festsitzende Rekonstruktionen – aktuelle Konzepte auf Zähnen und Implantaten

Mit Spannung erwartet wurde der Vortrag von PD Dr. *Irena Sailer* (s. Abb. 1) zur Frage: „Vollkeramik oder Metallkeramik?“ oder heute: „konventionell oder CAD/CAM?“ Sie machte gleich zu Anfang deutlich, dass metallkeramische Versorgungen auch heute keinesfalls passé sind. Sie stünden zwar nicht mehr an erster Stelle, seien aber trotzdem noch sehr aktuell.

Bei der Entscheidungsfindung für einen festsitzenden Zahnersatz müssen heute eine Vielzahl von Kriterien berücksichtigt werden. Ein Kriterium ist die Langlebigkeit der festsitzenden Versorgung. Ebenso wichtig ist eine Wiederherstellung für höchste ästhetische An-

sprüche. Hier sieht Dr. *Sailer* einen Wechsel der Behandlungskonzepte und zwar durch eine Änderung im Denken, im Anspruch und in der Art, wie eine Behandlung heute angegangen wird und dabei biomimetischen Grundsätzen folgt: „Eine Rekonstruktion muss nicht zwingend aus dem stabilsten Material hergestellt werden, sondern aus einem Material, das am besten mit den mechanischen, biologischen und optischen Eigenschaften der verbleibenden natürlichen Zahnschubstanz harmoniert!“

Biologische Mediatoren zur Optimierung der Hart- und Weichgeweberegeneration

PD Dr. *Daniel Thoma* (s. Abb. 1) gab einen Ausblick auf Methoden, die in der Zukunft eine wichtige Rolle spielen könnten: Hier stehen xenogene Knochenersatzmaterialien, wie das rekombinate humane morphogenetische Knochenprotein rhBMP-2 (Bone Morphogenetic Protein 2), im Vordergrund.

Ihm wird die Eigenschaft zugeschrieben, die Bildung von Knochengewebe einzuleiten. Eine weitere Möglichkeit ist der Platelet Derived Growth Factor (PDGF) und seine Wirkung auf das Knochenwachstum, die auch in diese Überlegungen einbezogen wurde. Gezeigt wurde, wie rhBMP-2 und rhPDGF ein substanzielles Potenzial für eine lokalisierte Knochenregeneration darstel-

len. Beide Materialien sind allerdings in Europa für die klinische Anwendung bislang nicht zugelassen. Hinzu kommt, dass vor allem rhBMP-2 sehr teuer ist. Genannt wurden Kosten von über 3.000 € pro Anwendung.

So bot sich bei dieser Tagung ein spannender Reigen durch die aktuellen Entwicklungen in der Zahnmedizin, bei denen der Bezug zum Fachgebiet nie aus den Augen verloren wurde. Durch die Konzentration auf wenige Referenten, denen dafür wesentlich mehr Zeit als sonst bei Kongressen üblich zur Verfügung stand, bot sich den Rednern die Möglichkeit, ihre Aussagen durch eine breite Vielfalt dokumentierter Fälle darzulegen – sehr zur Freude der Praktiker, die damit voll auf ihre Kosten kamen.

Als nächste Großveranstaltung der DGParo steht die Jahrestagung vom 19. bis 21. September 2013 in Erfurt zum Thema „Parodontologie beim älteren Patienten“ an, gefolgt vom nächsten Frühjahrskongress am 8. und 9. Februar 2014 in Berlin. DZZ

Korrespondenzadresse

Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e. V.
Neufferstr. 1
93055 Regensburg
Tel.: 0941 942799-0
Fax: 0941 942799-22
kontakt@dgparo.de
www.dpgaro.de