

Protokoll der GAK-Veranstaltung mit Pierpaolo Cortellini am 24.10.2007

Parodontale Regeneration von/in intraossären Defekten

Kursschwerpunkte:

Hintergründe, beeinflussende Faktoren, chirurgische Faktoren, Langzeitergebnisse

Von zentraler Bedeutung für den Erfolg: Gleichgewicht zw. Aggressor und Wirtsantwort beachten (Bakterien, Patient)

Defektmorphologie: vertikal, horizontal, interradikulär; für Taschen tiefer 5mm

Ergebnis hängt ab vom intraossären und supraossären Anteil; Regeneration funktioniert nicht, wenn supraossärer Anteil überwiegt oder in Furkationen III.ten Grades

„die klinische Realität ist ein offenes System“ bei „Gesteuerter Geweberegeneration“ (GTR)

Ergebnisse werden diskutiert von offener Pa-Therapie gegenüber GTR, Amelogenine, Eigenknochen, DFDBA, Kombinationen

die Ergebnisse sind nicht für jeden Patienten sicher vorhersagbar

„ Behandlungsoptionen mit Attachmentgewinn und in dieser Größe zu 95% voraussagbar

1. Zugangslappen 1,8mm/1,4 Abweichung zu 95% 1.6-1.9 cal-gain

2. DFDBA 2,8mm/1,6 2.5-3.1

3. EMD (Emdogain) 3,9mm/1,7 3.7-4.1

4. Membranen 3,8mm/1,7 3.7-4.0

5. und Kombinationen wie bio oss und biogide mit ähnlichen Ergebnissen wie EMD

Vorbedingungen: Mundhygiene mit API <15% und BOP < 15%

„sehr wichtig ist das chirurgische Design und die Strategie bei der Regeneration“

Klinische Variablen: a. Patient (Bakterien, Wundheilung) b. Form des Defektes

c. chirurgisches Vorgehen (incisions intrasulcular, mesio-distal-extension je nach

Defektgröße, full-thickness-split thickness, Lappen wenig mobil !)

Wurzelbearbeitung: SRP, „waschen und trockenen der Oberfläche“, pref Gel,

trockene Wurzel, EMD

wichtig: primärer Wundverschluss mit passiv liegenden Nähten

an Papille: vertikale Matratzennaht mit inneren Rückstichnähten zur Aufrichtung

zur Wundrandadaptation: horizontale Matratzennaht mit inneren Rückstichnähten

zur Adaptation auf Unterlage: doppelschichtige, überkreuzte innere horizont. Matratzennähte

Postoperatives Protokoll: systemic antibiotics (tetracycline) for 1 week und Ibuprofen 600

Chx-splg. für 14 Tage; Gel bei freiliegender Membran; enges Recall für 4-6 Monate(14 tägig,

anfangs je nach compliance und Risikogruppe auch 7 tägig; Naht ex spätestens nach 7 Tagen)

Akzeptanz bei Patienten bei EMD am höchsten und bei minimal-invasivem Vorgehen

modified papilla preservation technique (MPPT) bei Papillenbreite >2mm

simplified papilla preservation flap (SPPF) bei Papillenbreite <2mm mit schräger Incision

bei 2- und 3-wandigen tiefen intrabony defects: Emdogain am schonendsten und besten

weit und nicht gestützt: resorbierbare Membran und Füller

eng und gestützt: Resorbierbare Membran oder EMD

Incision mit Periostschlitzung, wenn koronale Verschiebung gewünscht

ohne Periostschlitzung, wenn nur Defektfüllung

gelockerte Zähne (II) vor oder nach regenerativer Therapie verblocken

Mikro-surgery: „to see or not to see“, 4-6 fach, 6900 Microskalpell, mini-after-five-Küretten,

Gore-tex TT-9 CV-8 – bei „modified minimal invasive surgical technique“ (m-MIST)

J Clin Parodont 2007: MIST und EMD - „Prinzip der Stabilisierung des Blutkoagulums“

Entscheidend ist aber, dass die Wurzeloberfläche sauber gereinigt wird

Alle evidenzbasierten multizentrischen Ergebnisse weisen auf die hohe Wertigkeit des chirurgischen Könnens und des richtigen Vorgehens des Behandlers hin (mikrochirurgisch am besten) !!

Mit freundlichen Grüßen Dr. Wolfgang Dirlewanger M.Sc.