

Grenzen, Risiken und Komplikationen in der Parodontologie

28. Jahrestagung der NAGP: Interaktives Online-Format zu chirurgischen und nichtchirurgischen Therapien

Prof. Jamal M. Stein (oben links) und Prof. James Deschner (oben Mitte) in Diskussion mit den Referenten PD Dr. Eik Schiegnitz (oben rechts), PD Dr. Raluca Cosgarea (unten links) und Prof. Dr. Patrick Schmidlin (unten rechts) während der Online-Tagung der NAGP.

Screenshot: NAGP



Die Jahrestagung 2020 der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. (NAGP) fand in einem Online-Format statt. Die ursprünglich als Präsenzveranstaltung geplante 28. Tagung „Grenzen, Risiken und Komplikationen in der Parodontologie“ wurde zu einem interaktiven Webinar umorganisiert. Renommierte Referenten hielten zu dem klinisch sehr relevanten Thema spannende Vorträge und beantworteten sowohl live als auch im Chat die zahlreichen Fragen der Teilnehmer.

Der bisherige 1. Vorsitzende der NAGP, **Prof. James Deschner** (Mainz), eröffnete die Tagung mit seinem Vortrag „Der anfällige Patient: Risikofaktoren auf der Wirtseite“. Deschner berichtete über Rauchen, inadäquate Stressbewältigung, genetische und epigenetische Risikofaktoren, Alter und Allgemeinerkrankungen, die einen Einfluss auf die Entstehung, die Progression und den Therapieerfolg der Parodontitis nehmen können. Neben genetischen Polymorphismen und epigenetischen Risiken erläuterte er, dass Patienten mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus ein erhöhtes Parodontitisrisiko aufweisen. Andererseits habe die erfolgreiche Therapie der Parodontitis auch einen positiven Effekt auf die glykämische Einstellung.

Darüber hinaus wurde der Einfluss einer Vielzahl weiterer systemischer Erkrankungen und Zustände (rheumatoide Arthritis, Adipositas und metabolisches Syndrom sowie neurodegenerative Erkrankungen) auf die Parodontitis erläutert.

Prof. Georg Conrads (Aachen) referierte im Anschluss zum Thema „Das orale Mikrobiom und seine Virulenzfaktoren“. Er beschrieb die Komplexität des oralen Mikrobioms und dessen Bedeutung für die Parodontitis und verglich die bakterielle Zusammensetzung der gesunden Sulkus-Mikrobiota mit der pathogenen Mikrobiota bei der Parodontitis. Conrads beleuchtete unter anderem die Bedeutung des Begriffs „Infektion“ und stellte eine solche bei der Gingivitis und (moderater) Parodontitis im Gegensatz zur Periimplantitis, NUG/NUP und schweren Parodontitiden mit Grad C (früher: aggressive Parodontitis) aufgrund des fehlenden Nachweises einer Invasion der Bakterien in Frage. Die Mehrzahl der biofilminduzierten Erkrankungen könne vielmehr als Entzündungen angesehen werden, die mit einer Dysbiose, also einer Störung der Homöostase zwischen Mikrobiota und Wirtsantwort, einhergehen.

Im Anschluss referierte der neu gewählte 1. Vorsitzende der NAGP, **Prof. Jamal M. Stein** (Aachen), über das Thema „Vermeidung von Planungsfehlern: Entscheidungskriterien in der systematischen Parodontistherapie“. Er betonte zunächst die Notwendigkeit der Erkennung der Parodontitis und die Beachtung der Risikofaktoren für die Therapieplanung. Mögliche Ursachen für den Misserfolg der Therapie könnte eine fehlen-

de Nachsorge oder eine „unsystematische“ Parodontistherapie sein.

Stein empfahl, zum Zeitpunkt der Reevaluation nach antiinfektiöser Therapie die Entscheidung über eine eventuell notwendige spätere prothetische Versorgung zu treffen. Für prognostisch fragliche Zähne mit strategischer Bedeutung schilderte er die drei Möglichkeiten: die Überführung in eine sichere Prognose, die Umwandlung vom strategisch wichtigen zum „unstrategischen“ Zahn oder die Extraktion und Implantation. Darüber hinaus beschrieb er die Methoden der Wahl in Abhängigkeit von der Konfiguration des Knochendefekts im Rahmen der korrekativen chirurgischen Therapie. Als Fazit berichtete er über die zentrale Rolle der endgültigen Prognoseeinschätzung (erst) nach der antiinfektiösen Therapie und die Durchführung der korrekativen chirurgischen Therapie, die sich an die prothetische Planung orientiert.

Im darauffolgenden Vortrag mit dem Thema „Möglichkeiten und Grenzen der nichtchirurgischen Parodontistherapie“ berichtete **Prof. Thomas Beikler** (Hamburg). Ausgehend vom aktuellen Pathogenesemodell und der Bedeutung von sogenannten „Keystone“-Pathogenen für die Etablierung einer dysbiotischen Mikrobiota erläuterte der Referent die Möglichkeiten der nichtchirurgischen Eliminierung des Biofilms. Systemische Antibiotika sollten lediglich in seltenen Fällen schwerer Formen der Parodontitis zum Einsatz kommen, wobei die Kombination von Amoxicillin und Metronidazol empfohlen wird.

Neben den klassischen mechanischen Möglichkeiten betonte er das Potenzial der photodynamischen Therapie, wenn auch die Monotherapie den konventionellen Verfahren nicht überlegen ist und als adjuvante Behandlung kurzfristige, allerdings geringgradige Verbesserungen zu erwarten sind. Luft-Pulver-Wasserstrahlgeräte mit niedrigabrasivem Pulver stellten eine vielversprechende Möglichkeit zur Biofilmbremsung, insbesondere während der unterstützenden Parodontistherapie, aber auch für die Periimplantistherapie dar.

Die Grenzen der nichtchirurgischen Therapie sieht Beikler bei persistierenden Sondierungstiefen von mehr als 6 mm und fortgeschrittenen Furkationsbeteiligungen. In diesen Fällen sollten regenerative oder resective Maßnahmen in Betracht gezogen werden.

Über das Thema „Chirurgische Parodontistherapie-Misserfolge vermeiden“ referierte **Prof. Patrick Schmidlin** (Zürich). In

diesem Zusammenhang erläuterte er zunächst die Ziele der chirurgischen Therapie. Diese sieht er in der Depuration unter Sicht, der Beseitigung von Schlupfwinkeln, der Eliminierung der Entzündung und der Regeneration des Zahnhalteapparats, um eine stabile parodontale Situation zu erreichen, die wiederum eine prothetische Versorgung mit Wiederherstellung der Funktion und Ästhetik ermöglicht.

Um Misserfolge zu vermeiden, bedarf es nach Ansicht des Referenten unter anderem einer umfassenden antiinfektiösen Vorbehandlung, gegebenenfalls einer endodontischen Therapie, Schienungs- oder Einschleifmaßnahmen sowie einer strikten Nachbetreuung. Schmidlin betonte, dass der Erfolg nicht zu früh messbar sei, sondern Zeit brauche. Dabei spielen die Compliance des Patienten, Risikofaktoren, die Anatomie und die chirurgische Technik eine ausschlaggebende Rolle.

Über die „Plastische Parodontalchirurgie – Was funktioniert und was nicht?“ referierte **Prof. Petra Ratka-Krüger** (Freiburg). Die Referentin stellte zunächst die Ursachen parodontaler Rezessionen vor und betonte in diesem Zusammenhang vor allem die morphologischen Prädispositionen (Dehiscenzen, gingivaler Phänotyp), traumatisches Putzen und kieferorthopädische Bewegungen als Auslöser. Eine Deckung parodontaler Rezessionen der RT1-Klasse (kein approximaler Attachmentverlust) ist mit sehr guter Prognose möglich, während RT2-Rezessionen weniger und RT3-Rezessionen nicht vorhersagbar zu decken sind.

Neben dem koronalen Verschiebelappen, der mit Bindegewebstransplantaten oder Emdogain sehr gute Resultate zeige, hob Ratka-Krüger die Vorteile tunnelierender Verfahren heraus. Diese quasi inzisionsfreien und damit minimal-invasiven Techniken zeigen ein breites Indikationsspektrum für singuläre und multiple Rezessionen mit sehr guten Langzeitergebnissen. Kollagene Ersatzmaterialien seien mittlerweile vielversprechende Alternativen für Bindegewebstransplantate, sind Letzteren allerdings noch unterlegen.

Privatdozent Eik Schiegnitz (Mainz) sprach im Anschluss zum Thema „Periimplantitistherapie – was ist vorhersagbar?“. Nach einer Erörterung der Charakteristika der periimplantären Mukositis und Periimplantitis erläuterte der Referent den klinischen Workflow der Therapie periimplantärer Entzündungen. Für die nichtchirurgische Therapie stehen konventionelle Maßnahmen mittels mechanischer De-

kontamination und Mundspüllösungen, die adjuvante Anwendung lokaler Antibiotika, die Anwendung von Lasern und photodynamischer Therapie sowie das Air-Polishing zur Verfügung. Wenn die nichtchirurgische Therapie nicht zum Erfolg führt, sollten zeitnah – je nach Defektkonfiguration – chirurgische (resective oder regenerative) Maßnahmen zum Einsatz kommen.

Für tiefe mehrwandige intraossäre Defekte empfahl Schiegnitz eine regenerative Therapie unter Einsatz von autologem Knochen oder allogenen/xenogenen/alloplastischen Knochenersatzmaterialien. Als Take-home-message betonte er die Bedeutung einer reinigungsfähigen Implantatprothetik sowie eines regelmäßigen Screenings und Recalls.

Das Thema „Neue Aspekte in der Parodontaltherapie“ wurde abschließend von **Privatdozentin Raluca Cosgarea** (Bonn) behandelt. Sie berichtete über Innovationen in der adjuvanten Antibiotikagabe und Lasertherapie im Rahmen der nichtchirurgischen Therapie sowie über die Minimal-invasivität bei der Wurzeloberflächendekontamination während der chirurgischen Therapie. So stelle die systemische Gabe von Amoxicillin und Metronidazol über sieben Tage die erste Wahl bei der Antibiotikagabe bei schweren Parodontitiden dar. Vielversprechende Ergebnisse neuerer Studien deuten darauf hin, dass eine verkürzte Einnahmedauer von nur drei Tagen ähnliche Ergebnisse erzielen könnte.

Die adjuvante Anwendung von Lasern in der Parodontistherapie hingegen zeige Vorteile aufgrund der bakteriziden Wirkung sowie der Möglichkeit der selektiven Entfernung von subgingivalem Zahnstein. Dabei sollten allerdings die hohen Kosten sowie eine mögliche thermische Schädigung der Wurzeloberfläche berücksichtigt werden. Bezogen auf die minimal-invasive Wurzeloberflächendekontamination zeigten neue Daten, dass die Anwendung von Erythritol-Periopolishing eine wertvolle Alternative zur mechanischen Instrumentierung darstellt.

Ein Großteil der Vorträge der erfolgreichen Online-Tagung der NAGP ist im „Dental Online College“ auf bit.ly/2ZKkKMS abrufbar.

Die Jahrestagung 2021 der NAGP findet am 16. Oktober in Mainz rund um das Thema „Biofilm-Management 2021“ statt. Weitere Informationen über die NAGP gibt es auf www.nagp.de

**Dr. Anna Damanaki,
Prof. Dr. Jamal M. Stein**