

wissen kompakt 2021 · 15:1–2
<https://doi.org/10.1007/s11838-020-00122-0>

© Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) und Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



J. M. Stein^{1,2}

¹ Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

² Praxiszentrum für Implantologie, Parodontologie und Prothetik, Aachen, Deutschland

Operative Parodontaltherapie – wann, wie und mit welcher Zielstellung?

Wann ist ein Parodontitispatient eigentlich fertig behandelt? Diese Frage erscheint bei dem chronischen Charakter der Parodontitis durchaus gerechtfertigt und könnte spontan mit „eigentlich niemals“ beantwortet werden, wenn die Parodontitis beispielsweise mit einem Diabetes mellitus verglichen wird. Nicht nur ätiopathogenetisch gibt es interessante Zusammenhänge zwischen beiden Erkrankungen, sondern auch in der langfristigen Betreuung der Patienten. Geht es bei der Behandlung des Diabetes mellitus v. a. darum, Patienten in ihrer Stoffwechsellage gut einzustellen und Folgeerkrankungen zu vermeiden, so haben wir nach einem entzündlich bedingten Attachmentverlust bei Parodontitispatienten ein vergleichbares Ziel. Auch wenn eine echte Restitutio ad integrum in diesen Fällen vermutlich nicht erreicht werden kann, sollte die Herstellung eines stabilen Zustands und das Vermeiden einer weiteren Progression angestrebt werden. Doch was bedeutet das konkret? Hierzu wurden in einem aktuellen systematischen Review von Loos und Needleman [1] Endpunkte der parodontalen Therapie diskutiert und konkludiert, dass das Vorliegen von *flachen Taschen mit ≤ 4 mm Sondierungstiefe ohne Sondierungsblutung* (Bleeding on Probing, BOP) bei Patienten mit einem *BOP-Anteil unter 30 %* mit Stabilität („stabiler Parodontitispatient“) assoziiert ist und somit als Ziel unserer parodontalen Behandlung angesehen werden kann.

Erst im letzten Jahr wurden S3-Leitlinien von der European Federation of Pe-

riodontology (EFP) veröffentlicht, die ein Stufenkonzept zur systematischen Therapie der Parodontitis des Stadiums I–III aufzeigen [2]. Neben der ursachengerichteten nichtchirurgischen Therapie (Stufe 1 und 2), die jeder weiterführenden Intervention vorausgehen sollten, bieten ergänzende Therapien (Stufe 3) die Möglichkeit, die beschriebenen parodontalen Endpunkte zu erreichen, um im Anschluss im Rahmen einer unterstützenden Parodontistherapie (Stufe 4) das erzielte Ergebnis zu sichern und die Stabilität aufrechtzuerhalten.

» S3-Leitlinien der EFP zeigen ein Stufenkonzept zur Therapie der Parodontitis des Stadiums I–III auf

Die ergänzenden Maßnahmen der Stufe 3 haben ihre Indikation, wenn bestimmte Parodontien auf die vorausgegangene nichtchirurgische Therapie nicht ausreichend ansprechen. Dies wird in den aktuellen S3-Leitlinien mit einer Persistenz von *Stellen mit ≥ 4 mm Sondierungstiefen und BOP* bzw. das Vorhandensein von *Taschen mit ≥ 6 mm Sondierungstiefen* beschrieben [2]. Definitionsgemäß umfassen die ergänzenden Maßnahmen neben der Wiederholung der subgingivalen Instrumentierung (mit oder ohne adjuvante Therapien) die Durchführung von Zugangslappen-Operationen (Access Flaps) sowie regenerative und resektive parodontalchirurgische Eingriffe.

Die unterschiedlichen Möglichkeiten der chirurgischen Therapie der Parodontitis stehen im Fokus des vorliegenden Schwerpunkthefts von *wissen kompakt*. Hierbei werden zunächst Grundlagen zur operativen Parodontaltherapie vermittelt, die u. a. die Wahl unterschiedlicher Lappendesigns für klassische und moderne Zugangslappen-Operationen, Nahttechniken und einen Überblick über den Einsatz der dazu benötigten Instrumente beinhalten. Der Thematik der regenerativen und resektiven Parodontaltherapie sind im Folgenden 2 separate Beiträge gewidmet, in denen der aktuelle Stand der Differenzialindikation, die Durchführung und Limitationen regenerativer und resektiver Maßnahmen an ein- und mehrwurzeligen Zähnen umfassend und praxisnah erläutert wird. Diese Beiträge befassen sich u. a. sowohl mit der Behandlung tiefer infraalveolärer Defekte mittels Knochenersatzmaterialien, gesteuerter Geweberegeneration (GTR, Guided Tissue Regeneration) und biologischen Faktoren als auch mit Techniken zur Eliminierung flacher infraalveolärer Defekte sowie unterschiedlicher Möglichkeiten der Therapie von Furkationsdefekten und deren kritischer Bewertung. Abgerundet wird dieses Heft durch einen Beitrag zur plastischen Parodontalchirurgie. Dieser Artikel gibt einen umfassenden aktuellen Überblick über den Einsatz bewährter (insbesondere autolog), aber auch neuer (u. a. xenogener) Materialien, chirurgische Techniken und klinische Entscheidungsparameter zur Deckung singulärer und multipler parodontaler Rezessionen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen dieses Hefts und würde mich freuen, wenn die Beiträge die eine oder andere Anregung für Ihre tägliche Arbeit bieten können.

Jamal M. Stein

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. J. M. Stein, M.Sc.
Klinik für Zahnerhaltung,
Parodontologie und
Präventive Zahnheilkunde,
Universitätsklinikum RWTH
Aachen
Pauwelsstraße 30,
52074 Aachen, Deutschland
jstein@ukaachen.de

Interessenkonflikt. J. M. Stein gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Loos BG, Needleman I (2020) Endpoints of active periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 47:61–71
2. Sanz M, Herrera D, Kerschull M et al (2020) On behalf of the EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 47:4–60