



## Wozu eigentlich regenerative Parodontaltherapie ...?



In den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde die regenerative Parodontaltherapie, wie wir sie heute kennen, entwickelt. Ende der 1980er Jahre wurden die ersten klinischen Studien veröffentlicht und es kam die erste noch nichtresorbierbare Membran auf den Markt. In den 1990er Jahren kamen biologisch abbaubare Membranen und Emdogain® dazu. Die Regeneration oder zumindest differenzierte Rekonstruktion des Parodonts ist möglich (siehe Beitrag Prof. Sculean ab Seite 369), wenn auch bisher in begrenzten Indikationen (Knochenaschen, Grad-II-Furkationsdefekte, Rezessionen).

Aber es bleiben Fragen unbeantwortet: Wie funktioniert eigentlich Emdogain® (siehe Beitrag Prof. Deschner ab Seite 379)? Hat regenerative Therapie auch bei horizontalem Knochenabbau Vorteile (siehe Beitrag Prof. Jentsch ab Seite 385)?

Hat sich also unsere tagtägliche parodontale Therapie durch die Einführung der regenerativen Verfahren grundlegend geändert? Nein, am Beginn steht nach wie vor die nichtchirurgische antiinfektiöse Therapie. Mit dieser relativ einfachen und preiswerten Behandlung lassen sich die meisten Parodontitisfälle beherrschen. Die Fälle, in denen dann noch Behandlungsbedarf besteht, können unter der Voraussetzung effektiver individueller oraler Hygiene von chirurgischen Verfahren profitieren. Dazu gehören die regenerativen Verfahren (Membranen und Emdogain®

mit oder ohne Füller). Die Indikationen sind eher selten: Knochenaschen finden sich an etwa 10 bis 15 % aller Zähne und Grad-II-Furkationsdefekte an etwa 25 % aller Molaren bei Parodontitispatienten. Aber nicht alle Grad-II-Furkationsdefekte eignen sich gut für eine regenerative Therapie (siehe Beitrag Prof. Eickholz/Prof. Jepsen ab Seite 391). Schließlich sind regenerative Verfahren chirurgisch anspruchsvoll, also eher etwas für Spezialisten.

Wozu also regenerative Parodontaltherapie? Die klinische Situation (Attachmentverlust, Furkationsgrad) und damit die Prognose von Zähnen mit tiefen Knochenaschen und Grad-II-Furkationsdefekten kann durch regenerative Therapie zum Teil entscheidend verbessert werden. Unter der Voraussetzung regelmäßiger kompetenter Nachsorge (Unterstützende Parodontitistherapie) lassen sich die Ergebnisse regenerativer Therapie langfristig erhalten (siehe Beitrag Dr. Nickles/Prof. Eickholz ab Seite 441). Schließlich können mit regenerativen Verfahren freiliegende Zahnhälse gedeckt werden (siehe Beitrag Dr. Jepsen et al. ab Seite 403). Das sind Gründe genug, sich wieder einmal speziell mit dem Thema „Regenerative Parodontaltherapie“ auseinanderzusetzen. Dieses Themenheft gibt Ihnen dazu ausgiebig die Gelegenheit.

Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt am Main