

## Abstract

### Einleitung

Nicht selten zeigen Molaren im Furkationsbereich trotz antiinfektiöser Therapie persistierende Entzündung, insbesondere bei fortgeschrittener Furkationsbeteiligung ( $\geq$ Grad 2). Häufig resultiert dies in einem fortschreitenden Attachmentverlust, was eine langfristig schlechte Prognose für den betreffenden Zahn bedeutet. Um die betreffende Nische in den Griff zu bekommen, stehen dem Behandler verschiedene Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Das chirurgisch resektives Vorgehen hat das Ziel der Eradikation der Furkation. Im Gegenteil dazu soll es bei dem regenerativen Verfahren zu einer knöchernen Defektauffüllung kommen. Ist in Zeiten der modernen Implantologie die Wurzelresektion überhaupt noch zeitgemäß und die Extraktion und Implantation vielleicht die vorhersagbarere Behandlungsmethode? Wie langzeitstabil ist die parodontale Gewebsregeneration im Furkationsbereich? Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich die folgende Arbeit. Aufgrund mangelnder und heterogener Daten konnte keine Meta-Analyse durchgeführt werden.

### Material und Methoden

Zur Vergleichbarkeit der Therapiemethoden wurde die Überlebensrate der Zähne bzw. Implantate als hartes Kriterium gewählt. In der Literatur existieren zur regenerativen Therapie im Furkationsbereich jedoch kaum Langzeitdaten. Daher wurde für diese Therapie die Reduktion der horizontalen Sondierungstiefe als Outcome festgelegt. Es wurde für jedes Verfahren einzeln eine Suche in der elektronischen MEDLINE-Datenbank nach Studien mit Beobachtungszeiträumen von  $\geq 2,5$  Jahren (Ausnahme Regeneration  $\geq 6$  Monate) durchgeführt. Die Verfahren, insbesondere die Implantattherapie, mussten in Patienten mit Parodontitishistorie durchgeführt sein. Fallserien wurden ausgeschlossen. Die regenerative Therapie musste eine Kontrollgruppe besitzen. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 15 Studien zur resektiven Therapie, 30 Studien zur regenerativen Therapie und 11 Studien zur Implantattherapie eingeschlossen. Aus diesen Studien wurden die für die Übersichtsarbeit relevanten Daten extrahiert und in eine Tabelle übertragen und mit Hilfe der Programme „RevMan“ und „Microsoft Excel“ analysiert.

### Ergebnisse

Es existieren viele unterschiedliche Therapieverfahren und -materialien in der regenerativen Parodontitistherapie. Die untersuchten Materialien zeigen sowohl für das GTR-Verfahren mit und ohne Knochenersatzmaterial als auch für biologisch aktive Proteine einen signifikant größeren Gewinn an Attachment oder auch Hartgewebe im Vergleich zum Open-Flap Debridement (durchschnittlicher Therapieeffekt: GTR 1,20mm und biologisch aktive Proteine 0,99mm). Es wurden durchschnittliche Überlebensraten von 79,3% nach 8,2 Jahren Beobachtungszeit für das resektive Verfahren und 94% nach 6,9 Jahren Nachuntersuchungszeit

für die Implantattherapie errechnet. Erfolgsraten konnten aufgrund der heterogenen Datenlage nicht ausgewertet werden. Die Implantation bei Patienten mit Parodontitishistorie hat eine errechnete OR von 1,72 für einen Implantatverlust im Vergleich zu parodontal gesunden Patienten.

### **Schlussfolgerung für die Klinik**

Die Daten zeigen, dass sowohl die Implantattherapie als auch die resektive Therapie von Molaren langfristigen Therapieerfolg bringen kann. Dabei sind jedoch die Überlebensraten der eingeschlossenen Studien zur resektiven Therapie sehr heterogen, was für eine hohe Techniksensitivität und genaue Fallauswahl spricht. Misserfolge wurden häufig aufgrund von Frakturen oder Sekundärkaries angegeben. Einzelne Studien konnte jedoch zeigen, dass bei substanzschonendem Vorgehen und gründlicher Nachsorge in der resektiven Therapie ähnlich hohe Überlebensraten, wie für Implantate erreicht werden können. Zudem ist die Implantattherapie nicht frei von Komplikationen wie Mukositis oder Periimplantitis, insbesondere Patienten mit Parodontitishistorie und schlechter Mundhygiene besitzen ein erhöhtes Risiko. Dazu ist in Zukunft eine einheitlichen Beurteilung der Erfolgskriterien zwingend erforderlich. Die regenerative Therapie kann, unabhängig vom gewählten Vorgehen, durch die Reduktion des Furkationsgrades und der damit verbundenen Nische für eine bessere Prognose des betroffenen Zahnes sorgen, die Indikation bleibt jedoch auf bukkale Furkationen Grad 2 geschränkt.