Parodontologie-Fortbildung der KZV Berlin

Wertvolle Tipps für die tägliche Praxis

Die systematische Parodontitistherapie erfolgt in vier Phasen: systemische Phase, antiinfektiöse Therapiephase, korrektive Phase und Erhaltungsphase. Zunächst wird eine optimale Plaquekontrolle durch den Patienten etabliert. Hierbei ist von entscheidender Bedeutung, dass der Patient umfassend informiert wird und auf ihn angepasste Instruktionen zur Mundhygiene erhält. Eine Beratung über Rauchstopp und Diabeteseinstellung sollte ebenso berücksichtigt werden wie eine eventuelle Abklärung bezüglich anderer Systemerkrankungen. Diese Schritte dienen zur Beseitigung von Plaqueretentionsfaktoren. Anschließend wird die subgingivale bakterielle Belastung um die Zähne mittels nicht-chirurgischer Methoden beseitigt.

Neue molekularbiologische Erkenntnisse tragen zum Verständnis bei, inwiefern Zusammenhänge zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen bestehen. Es ist bekannt, dass systemische Erkrankungen parodontale Entzündungsreaktionen beeinflussen können. Umgekehrt kann eine systematische Parodontitistherapie zu Veränderungen systemischer Erkrankungsverläufe führen. Folglich besteht eine Wechselbeziehung zwischen der Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus sowie Rheumatoider Arthritis. Klinische Parameter und individuelle Risikofaktoren bilden die Grundlage für die individuelle Einschätzung des Patienten mit anschließender Festlegung der Therapie und der Behandlung. Neben den zahnbezogenen und lokalen Faktoren sind die patientenbezogenen Faktoren von besonderer Bedeutung wie bspw. die Gesamtzahl der residualen Taschen, der parodontale Knochenabbau / Alter, Rauchen und Medikamente, Mundhygiene sowie systemische und genetische Faktoren. Das Patientenverhalten bedingt die Prognose. Die Compliance ist somit entscheidend.

Den Goldstandard bei der Initialtherapie gibt es für Jepsen nicht. Studien zeigen, dass das Ergebnis nach Verwendung des Handinstrumentes genauso gut ist wie bei Schall- und Ultraschall-Geräten. Was die Antibiotika-Behandlung betrifft, empfiehlt Jepsen, diese dann anzuwenden, wenn die Infektion auf diesem Wege schneller beseitigt werden kann als rein mechanisch. Kritisch zeigte sich Jepsen aber gegenüber systemischen Antibiotika.

Foto: KZV Berlin

Professor Dr. Dr. Søren Jepsen, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Bonn: „Problematisch ist, dass die Bakterien immer wieder nachkommen. Sie liegen zumeist nicht im Gewebe, sondern auf der Wurzeloberfläche. Stichwort: Rekolonisation."

Praxistipp: Keine Taschen ≥ 6 mm belassen

Nach Jepsen wird in Deutschland die aktive Phase oft zu früh beendet. Dadurch ist das Risiko deutlich erhöht, dass die Zähne nach zehn Jahren verloren gehen. Dies zeigen Langzeitergebnisse von Studien bei einer Taschentiefe von 6 mm oder 7 mm. Im Recall allein eine professionelle Zahnreinigung (PZR) vorzunehmen bringt keine Verbesserungen. Daher empfiehlt Jepsen, keine Taschen mit mehr als 6 mm zu belassen. Es muss eine Taschentiefe von ≤ 4–5 mm erreicht werden.

Ziele nach der aktiven Therapie sind:

- optimale interdisziplinäre medizinische Situation
- optimal Mundhygiene (Plaque- und Blutungsindex ≤ 15 %)
- Sondierungstiefen ≤ 4–5 mm
- keine Suppuration
- keine harten Beläge
- keine Lockerungen
- gesunde Mundschleimhautverhältnisse

Sofern die ursachengerichtete Therapie nicht ausreicht, obwohl der Patient gut mitwirkt, müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden. Hier setzt die chirurgische Therapie an, deren Ziele sind:

- Wurzelreinigung unter Sicht,
- Beseitigung parodontaler Taschen,
- Eliminierung erkrankter Gewebe (resektiv),
- Förderung der Regeneration,
- Korrektur mukogingivaler Defekte,
- Wiederherstellung der roten „Ästhetik".

Bei der korrektiven Phase gibt es zwei Möglichkeiten vorzugehen: die regenerative Chirurgie und die resektive Chirurgie. In den letzten 20 Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt zunehmend auf ein regeneratives Vorgehen. Aber was ist sinnvoll? Entscheidend sind hier wieder die Patientenfaktoren wie Stress, Rauchen, Diabetes und Compliance. Wesentlich ist auch der anatomische Faktor. Liegt ein tiefer, vertikaler Knochendefekt vor, ist die regenerative Therapie die bessere Lösung. Bei flachen, horizontalen Knochendefekten empfiehlt Jepsen die resektive Therapie.

Postoperativ muss die Stabilisierung des Wundbereichs gewährleistet sein. Damit dieser entlastet wird, also keine Spannung auf der Gingiva liegt, empfiehlt Jepsen, einen kieferorthopädischen Knopf am Zahn zu befestigen und um diesen einen OP-Faden zu legen, der die Schleimhaut in Richtung Schmelz-Zement-Grenze zieht. Auf die Verschreibung von schmerzstillenden und abschwellenden Medikamenten sowie strikte Plaquekontrolle mittels Chlorhexidinspülung (Jepsen rät zu einer Anwendung immer von zwei Wochen) sollte geachtet werden. Bei der lokalen Antibiotika-Behandlung sieht Jepsen kein Problem, was die Resistenzwirkung betrifft.

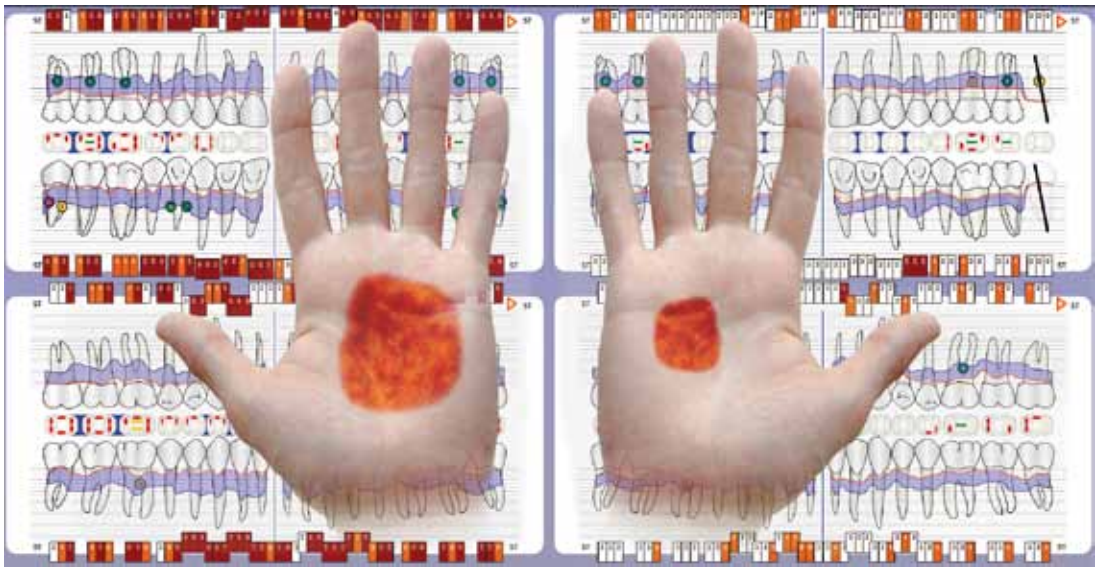

Foto: parostatus.de

Die parodontale Befunderhebung veranschaulichte Professor Dr. Dr. Søren Jepsen mittels PISA-Score (Periodontal inflamed surface area – www.parostatus.de) – PA-Vergleich mit Visualisierung der Gesamtentzündungsfläche, hier: Parodontitis_b – chronische_PA-Status-Vergleich1717

Nach Regeneration oder Augmentation ist in den ersten sechs Wochen eine atraumatische Reinigung durch den Patienten notwendig. Sondierungen sollten in diesen Bereichen nicht vor Ablauf von sechs Monaten durchgeführt werden. Das Resultat der resektiven Parodontalchirurgie kann bereits nach ca. acht Wochen reevaluiert werden. Während dieser postchirurgischen Phase muss eine regelmäßige PZR erfolgen. Bei ineffizienter Plaquekontrolle ist ansonsten ein weiterer Attachmentverlust zu erwarten.

Lehnt der Patient chirurgische Maßnahmen ab, kann der Zahnarzt nur nachinstrumentieren. Das Ergebnis ist aber in den meisten Fällen nicht zufriedenstellend. „Wenn beim ersten Mal richtig gescaled wurde, ist beim zweiten Mal keine große Änderung zu erwarten", betont Jepsen. Im Ergebnis: Die chirurgische Therapie ist unumgänglich. Die Photodynamische Therapie zeigt im Vergleich zur konventionellen Therapie mit Scaling und Rootplaning (SRP) nur kurzzeitige Effekte. Mittel- und langfristige Effekte können aufgrund der aktuellen Daten nicht vorhergesagt werden. Die Laser-Therapie zeigt im Vergleich zur konventionellen Therapie (SRP) einen positiven adjuvanten Effekt. BoP (Bleeding on Probing) kann durch die Anwendung von Laser verbessert werden.

Risikobestimmung im Rahmen der UPT

Die Behandlung von Patienten mit Parodontalerkrankungen besteht nicht nur aus der primären antiinfektiösen Therapie mittels Vorbehandlung und subgingivaler Instrumentierung im Sinne von Scaling und Root Planing, sondern auch in der Organisation und Durchführung eines effektiven und vor allem risikoorientierten Erhaltungsprogramms. So soll ein Rezidiv frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Zur langfristigen Überwachung bereits identifizierter Parodontitispatienten hat sich die sogenannte Berner Spinne bewährt – das Hexagon nach Lang und Tonetti (Berechnungstool nach Ramseier: *www.perio-tools.com/pra/de/)*. Sie ermöglicht eine umfassende Beurteilung des Patienten mit seiner Erkrankung. Auf der Grundlage dieses befunddiagnostischen Verfahrens lässt sich ein sinnvolles Behandlungsintervall für die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) bestimmen.

In Bezug auf die patientenbezogenen Risikofaktoren wurden insgesamt sechs verschiedene Einflussgrößen der Parodontitis festgelegt, die miteinander in Korrelation gebracht werden:

- Blutung nach Sondieren (BOP),
- Residualtaschen > 4 mm,
- Zahnverlust,
- Attachmentverlust bezogen auf das Alter,
- systemisch/genetische Einflüsse und
- das Rauchen.

Entscheidend ist aber, dass der Patient bereit ist, den langen Therapieweg mitzugehen und die Kosten zu tragen. Der überwiegende Teil der Kosten wird zwar von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, die Kosten für die UPT aber nicht.

Exkurs: Mukositis und Periimplantitis

Im Unterschied zur Mukositis, die sich auf das Weichgewebe bezieht, ist bei der Periimplantitis der Knochen betroffen. Daten aus 2015 zeigen, dass die Prävalenz von Mukositis und Periimplantitis häufig ist. Einer neuen Studie aus Schweden zufolge hatten 45 Prozent von insgesamt 600 Patienten eine leichte Periimplantitis, jeder siebente Patient eine schwere Periimplantitis. Problematisch sieht Jepsen, dass es nach 30 Jahren, in denen Implantate gesetzt werden, immer noch keine Therapiekonzepte bei der Periimplantitis gibt. Daher empfiehlt er dringend, konsequent auf Prävention zu setzen. Sobald sich im Recall Anzeichen ergeben: sondieren! Sein Praxistipp: Die Sonde ist das verlängerte Auge eines jeden Parodontologen.

In der Literatur gibt es keinen Hinweis darauf, dass eine regenerative/rekonstruktive Therapie bei der Periimplantitis wirksamer ist als bloßes Aufklappen.

Sein Schlusswort: Es gibt gute Möglichkeiten, Zähne zu erhalten – auch parodontal geschädigte Zähne. Implantate sind nach Jespen nur dann eine gute Lösung, wenn Zähne aus anderen Gründen verloren gegangen sind.

Vanessa Hönighaus