

Parodontale Initialtherapie und Folgetherapieoptionen

Dr. Daniel Engler-Hamm



In einer Zeit, in der nahezu jede Praxis ihr eigenes Initialtherapie- sowie Recall-Konzept anbietet, ist es für Patienten deutlich schwieriger geworden, eine adäquate Behandlung von einer unzureichenden zu unterscheiden. In unserer Fachpraxis für Parodontologie stellen sich nahezu täglich Patienten vor, bei denen es trotz Parodontaltherapie zu einer Erkrankungsprogression mit folgendem Attachmentverlust gekommen ist.

Sicherlich liegt dies in den meisten Fällen nicht an dem Phänomen der „Refraktären Parodontitis“, sondern vielmehr an einer unzureichenden Therapie oder aber auch Nachsorge. Jeder kennt die „Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie“ sowie die darin beschriebene Tatsache, dass es zu einer Zunahme der Prävalenz bei der mittelschweren sowie der schweren Parodontitis um ca. 25% seit dem Jahr 1997 gekommen ist. Liegt dies wirklich vorwiegend an der alternden Bevölkerung oder vielleicht auch an einer unzureichenden Therapie bzw. einer Kombination aus verschiedenen Ursachen?

Ein unzureichend therapierter Patient mit Parodontitis verliert ca. 0,2 mm Attachment sowie 0,2 - 0,6 Zähne im Jahr. Im Vergleich dazu verliert ein Patient, der adäquat parodontal therapiert worden ist und sich in einem guten Nachsorgeprogramm befindet, tendenziell kein weiteres Attachment. Gleichzeitig reduziert sich der Zahnverlust pro Patient und Jahr auf ca. 0,055 - 0,17. Die Parameter, die für eine Erkrankungsprogression mitverantwortlich sein können, sind im Wesentlichen folgende: Residualer, nicht entfernter Zahnstein und Biofilm sowie verschiedene lokale (Molaren, offene Kontakte) und systemische Risikofaktoren (IL-1 β , Diabetes etc.). Studien zeigen, dass ab einer Sondierungstiefe von 5 mm in 65% der Fälle beim Scaling und Root Planning die Zahnwurzeln unzureichend gereinigt werden. Genau deshalb steht bei der Initial- sowie bei der Recalltherapie eine gute Kenntnis der Zahnanatomie sowie der Risikofaktoren, die zu einer Erkrankungsprogression führen können, zusammen mit der jeweiligen Folgetherapieentscheidung im Vordergrund. Das Resultat einer sehr guten Initialtherapie ist eine Minimierung der parodontalchirurgischen Therapienotwendigkeit, da eine maximale Entfernung von Zahnstein und Biofilm das Blutungsrisiko und somit die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankungsprogression senkt. Das beste Zeichen für ein stabiles Parodont ist eine auf einer vertikalen Bissflügelaufnahme sichtbare interdentale Lamina Dura (= Lamina Cribriformis).

Umgekehrt erhöht eine unzureichende Entfernung von Konkrement die chirurgische Therapienotwendigkeit. Diverse Studien deuten darauf hin, dass Zähne, die chirurgisch therapiert worden sind, langfristig eine bessere Pfeilerprognose aufweisen als Zähne, die nicht-chirurgisch therapiert worden sind. Bei einem vollbezahnten Patienten mittleren Lebensalters, der noch nie parodontal therapiert worden ist und an einer mittelschweren bis schweren Parodontitis leidet, ist ein minimaler Zeitaufwand von mindestens fünf Stunden bei der Initialtherapie (Vorbehandlung) erforderlich. Natürlich setzt dieser Zeitaufwand ein gutes Know-how bei der Therapieumsetzung voraus. Weniger Zeitaufwand ist gleichbedeutend mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mehr residuales Konkrement zu belassen, was wiederum zu einer erhöhten Gefahr einer Erkrankungsprogression führt. Furkationen sind die Regionen, die bei der Therapie am häufigsten untertherapiert bleiben. Die größte Schwierigkeit bei der parodontalen Behandlung seitens ZMP, DH oder Zahnarzt liegt darin, sich selbstkritisch einschätzen zu können, wann eine Vorbehandlung nicht mehr ausreichend in der Lage war, eine maximale Entfernung von Konkrement und Biofilm zu gewährleisten.

Neben dem residualen Konkrement müssen bei der Folgetherapieentscheidung folgende mit Zahnverlust assoziierten Parameter berücksichtigt werden: Sondierungstiefe, Furkationsbeteiligung, parafunktionale Habits ohne Schienentherapie, inadäquates Recall (und Compliance) bzw. Mundhygiene, Rauchen, prozentualer Knochenverlust sowie Zahnmobilität. Um das Risiko einer Erkrankungsprogression sowie eines Zahnverlustes maximal zu reduzieren, sollten diese Parameter bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Folgender fiktiver Patientenfall soll die praktische Vorgehensweise verdeutlichen: Eine Patientin stellt sich mit einer generalisierten leichten bis mittelschweren und lokalisiert schweren chronischen Parodontitis vor. Zahn 23 hat eine palatinale Sondierungstiefe von 10 mm und einen Frühkontakt. Der Frühkontakt wird festgestellt, indem der/die Behandlerin die Fingerkuppe des Zeigefingers flach auf den Zahn legt, und der Zahn bei Schließbewegungen eine erhöhte Beweglichkeit aufweist. Röntgenologisch zeigt sich ein lokaler Knocheneinbruch von mehr als 50 Prozent. Der Zahn hat eine schlechte Prognose vor Therapiebeginn. In Folge dessen wird der Zahn durch Einschleifen aus dem Okklusionstrauma genommen und im Anschluss wird von der DH bzw. dem Zahnarzt eine Phase I Therapie (Vorbehandlung) durchgeführt. Zwei Monate später wird bei der Reevaluation parodontale Gesundheit bei lokalisierter mittelschwerer Gingivitis diagnostiziert. Zahn 23 hat noch immer eine blutende Tasche von 7 mm. In

→

→

Folge dessen wird eine chirurgisch-regenerative Therapie durchgeführt. Der Patient bekommt innerhalb des ersten halben Jahres post-Op alle 3 Wochen eine regional fokussierte Zahnreinigung (PZR). Anschließend wird bis zum Zeitpunkt der chirurgischen Erfolgsbewertung, die frühestens 1 Jahr post-Op stattfinden soll, alle 2 Monate eine regional fokussierte PZR durchgeführt. Bei der röntgenologischen und klinischen Reevaluation ein Jahr post-Op wird eine Knochendefektfüllung von 70% sowie das Vorhandensein einer blutenden 5 mm Tasche festgestellt. Die Prognose des Zahnes hat sich von schlecht zu gut-mittelmäßig verbessert. Aufgrund des lokalen Progressionsrisikos wird das parodontale Nachsorgeprogramm auf vier Zahnreinigungen im Jahr einschließlich einer zahnärztlichen Kontrolle mit Erhe-

bung eines Parodontalstatus festgelegt. Wenn im Recall > 3 mm Sondierungstiefen vorliegen, wird ein lokales, atraumatisches Scaling und Root planning durchgeführt, bei Bedarf natürlich unter Lokalanästhesie. Bei guter Patientencompliance ist davon auszugehen, dass der Patient keine Erkrankungsprogression vorweisen wird.

Weitere Informationen sowie Fachliteratur sind über den Autor erhältlich.

Dr. Daniel Engler-Hamm, Diplomate of the American Board of Periodontology, Spezialist für Parodontologie der DGP, Externer Lehrbeauftragter, Abteilung Parodontologie, Universität Witten/Herdecke
Frauenplatz 11, 80331 München, Engler@fachpraxis.de