

# Altersgemäße Therapiekonzepte in der Zahnmedizin



DGZMK stellt beispielhaft Erkrankungsformen und Therapieansätze vor

Zahnmedizinische Betreuung reicht von der frühkindlichen Phase bis ins hohe Alter. Bestmögliche Zahngesundheit ein Leben lang – das erfordert spezielle Konzepte für bestimmte Altersgruppen und deren Erkrankungs-Prävalenzen. Auf einer Pressekonferenz in Frankfurt stellte die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) beispielhaft orale Erkrankungsformen in bestimmten Altersgruppen und entsprechende Therapieansätze vor. So ist die frühkindliche Karies ein spezielles Problem, das zwar bei immer weniger Kleinkindern auftritt, dort aber umso heftiger. Ein weiteres altersspezifisches Krankheitsbild stellt die aggressive Parodontitis bei Jugendlichen dar. Nicht nur angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland kommt den parodontalen Erkrankungen im Zusammenspiel mit systemischen eine immer größere Bedeutung zu, am besten erforscht ist die Assoziation von Parodontitis und Diabetes mellitus.

## Frühkindliche Karies – eine unterschätzte Gefahr?

Insgesamt sei Karies auf dem Rückmarsch, erläuterte Prof. Dr. *Anahita Jablonski-Momeni* (Uni Marburg, Abb. 1), für die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ). Bei der Milchzahnkaries stagniert allerdings dieser „caries decline“. Ursache für diese unbefriedigende Situation ist die bereits kurz nach dem Zahndurchbruch auftretende, rasch voranschreitende frühkindliche Karies, die ebenfalls unter dem Begriff „Early Childhood Caries“ bekannt ist. Bei der auch als Nuckelflaschenkaries bezeichneten Erkrankung manifestieren sich neben Plaque, Gingivitis und krei-digweißen (Initial-)Läsionen deutliche kariöse Defekte vornehmlich an den Oberkieferfrontmilchzähnen, die in schweren Fällen auf das Gesamtgebiss übergreifen. Als Risikofaktoren werden

der exzessive Gebrauch der Nuckelflasche mit kariogenen erosiven Getränken nachts, die frühzeitige orale Infektion mit Mutans-Streptokokken und mangelhafte Mundhygiene festgestellt, was insgesamt häufig mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einhergeht.

Die Häufigkeit liegt bei 10–15 %, in sozialen Brennpunkten steigen die Prävalenzen bis auf 40 %. Diese Durchschnittswerte kaschieren allerdings die reale Kariesverteilung. Die verstärkte Polarisierung der Karies führt dazu, dass immer weniger Kinder die Mehrheit der Läsionen auf sich vereinigen. So weisen bei den 3-Jährigen nur 12 % der Kinder 95 % des Kariesbefalls auf.

Zur Prävention von frühkindlicher Karies sollten nur wissenschaftlich positiv evaluierte Maßnahmen, wie regelmäßige Fluoridapplikationen, Putztrainings sowie Eltern- und Multiplikatoren-schulungen, eingesetzt werden. Alleinige Mundgesundheitsaufklärungen sind bei der Vermeidung von frühkindlicher Karies häufig nicht erfolgreich. Aufgrund der Schwere des Problems sind dafür alle möglichen Zugangskanäle auszubauen. Einerseits sollte die zugehende Gruppenprophylaxe in Kinderkrippen ausgebaut werden und explizit der gesetzliche Auftrag dazu von 3 Jahren auf das erste Lebensjahr abgesenkt werden. Da auf absehbare Zeit viele Kinder nicht in eine Krippe gehen werden, sollte auch die Frühprophylaxe beim Zahnarzt von zweieinhalb Jahren auf 6 bis 8 Monate vorgezogen werden, da viele Kinder bisher mit 3 Jahren bereits auf dem OP-Tisch liegen. Dazu bestehen bei Krankenkassen und Zahnärzten aktuell vielversprechende Bemühungen, um dies auch in der Praxis umzusetzen.

## Aggressive Parodontitis im Jugendalter

Bereits im Kindesalter können sich unterschiedliche Formen parodontaler Erkrankungen manifestieren, so Prof. Dr.

*Petra Ratka-Krüger* (Uni Freiburg, Abb. 2). Davon beschränken sich die meisten Veränderungen auf das Zahnfleisch. Nur bei einer kleinen Gruppe junger Patienten besteht eine entzündliche Erkrankung des gesamten Zahnhalteapparates mit bindegewebigem Verlust des Zahnfleisches und Rückgang des Kieferknochens.

Die aggressive Parodontitis geht mit einem rasch fortschreitenden Zahnfleisch- und Kieferknochenverlust einher. Man unterscheidet zwischen der lokalisierten und der aggressiven Parodontitis. Die lokalisierte aggressive Parodontitis tritt vor allem an den ersten Molaren und mittleren Schneidezähnen auf; an mindestens 2 bleibenden Zähnen, davon einem ersten Molaren, ist Rückgang des Zahnfleisches zwischen den Zähnen nachweisbar; nicht mehr als 2 weitere Zähne (keine ersten Molaren oder mittleren Schneidezähne) sind zusätzlich betroffen. Die Erkrankung beginnt während der Pubertät. Die generalisierte aggressive Parodontitis ist durch einen generalisierten Rückgang des Zahnfleisches zwischen den Zähnen gekennzeichnet; mindestens 3 Zähne (keine ersten Molaren oder mittleren Schneidezähne) sind zusätzlich betroffen. Die Erkrankung verläuft schubweise. Sie beginnt meistens vor dem 30. Lebensjahr.

Die Behandlung einer aggressiven Parodontitis basiert auf einer frühzeitigen und gründlichen Diagnostik, einer Reduktion oder Elimination der pathogenen Mikroflora und einer unterstützenden Antibiotikatherapie. Bei parodontal anfälligen Patienten besteht auch nach der korrektiven Phase ein hohes Risiko für eine erneute Infektion. Deswegen hängt der langfristige Erfolg einer Parodontitisbehandlung neben den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch ganz entscheidend von der Qualität der unterstützenden Therapie ab. Durch engmaschige Kontrollen soll eine Reinfektion und ein Weiterfortschreiten der Erkrankung ver-



**Abbildung 1** Prof. Dr. Anahita Jablonski-Momeni berichtete über Frühkindliche Karies und deren unterschätzten Gefahren.



**Abbildung 2** Über die aggressive Parodontitis im Jugendalter referierte Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger.

mieden werden mit dem Ziel des möglichst langfristigen Zahnerhalts.

**Diabetes und Parodontitis – ein Problem der alternden Gesellschaft?**

Seit längerer Zeit wird vermehrt über die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und systemischen Erkrankungen berichtet. Die Assoziation zwischen Parodontitis und Diabetes ist dabei am besten untersucht und es liegt hohe eine Evidenz für einen kausalen und bidirektionalen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes vor, erklärte Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen (Uni Bonn, Abb. 3).

Parodontitis kommt bei Diabetikern häufiger als bei Personen ohne Diabetes vor. Bei Diabetikern ist die Parodontitis stärker ausgeprägt und schreitet schneller voran. Dabei hängt das Risiko für die Entstehung und Progression einer Parodontitis von der glykämischen Einstellung des Diabetes ab.

odontitis von der glykämischen Einstellung des Diabetes ab.

Andererseits kann durch eine Behandlung der Parodontitis die metabolische Einstellung eines Diabetes verbessert werden: So haben mehrere Meta-Analysen gezeigt, dass durch Parodontistherapie der HbA1c-Wert klinisch signifikant um ca. 0,4 Prozentpunkte reduziert werden kann.

Aus diesen Interaktionen zwischen Parodontitis und Diabetes ergeben sich eine ganze Reihe von Konsequenzen für die zahnärztliche Praxis. Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizinern und Internisten/Diabetologen ist für die erfolgreiche Behandlung von parodontal-erkrankten Diabetikern von entscheidender Bedeutung. Eine S2k-Leitlinie dazu wird von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der DGZMK erarbeitet.

M. Brakel, Düsseldorf



**Abbildung 3** Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen erläuterte die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Parodontitis sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die zahnärztliche Praxis.

(Abb. 1–3: DGZMK/M. Spillner)