



Die Paro-Endo-Läsion

Ein Patientenfall

Die Parodontologie gehört nicht zu den Lieblingsdisziplinen der Studenten, da der Stoff sehr vielschichtig ist, die praktischen Therapiemöglichkeiten während des Studiums aber scheinbar eintönig sind. Wer entfernt schon gerne Edding, oder Nagellack von Kunststoffzähnen?

Zu einem schlüssigen Behandlungskonzept, beispielsweise vor großen Versorgungen mit Zahnersatz oder Implantaten, gehört aber auch die Parodontaltherapie. Im Rahmen des Curriculums Parodontologie der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) habe ich die Parodontologie zu schätzen gelernt. Das Curriculum erfordert u. a. die ausführliche Dokumentation parodontologischer Patientenfälle. Einen besonders interessanten Fall stelle ich im Folgenden vor.

Die sogenannte Paro-Endo-Läsion ist ein Spezialfall. Sie erfordert das Zusammenspiel von Parodontologie und Endodontie, denn die Ursache der Läsion kann in der Pulpa, im Zahnhalteapparat oder in einer Kombination aus beidem liegen.

AUSGANGSITUATION

Der 69-jährige Patient mit guter Mundhygiene befand sich im regelmäßigen Recall zur professionellen Zahnreinigung (PZR). Der Patient war Nichtraucher und seine Allgemeinanamnese unauffällig. Bei der PSI-Messung (PSI = Parodontaler Screening Index) fielen stark erhöhte Sondierungstiefen, besonders im vierten Quadranten auf. Abbildung 1 zeigt, wie die Skalierung einer PCP-12-Sonde (diese ist bis 12 mm markiert) sogar vollständig in der Zahnfleischtasche distal am Zahn 45 verschwindet. Die Zähne 45 und 47 reagierten negativ auf die Sensibilitätsprüfung mit Kälte. Beide Zähne zeigten keine Perkussionsempfindlichkeit und keine Lockerung.

Der Parodontalstatus wurde mit dem Programm der Universität Bern (www.parodontalstatus.ch) erstellt. Die vertikalen Knochendefekte an 45 und 47 bei ansonsten unauffälligen Sondierungstiefen sind in der schematischen Darstellung des Parodontalbefundes deutlich erkennbar (Abb. 2). Ein daraufhin angefertigtes Orthopanthogramm

(OPG) bestätigte den Verdacht eines vertikalen Knochendefektes (Abb. 3). Im Zusammenhang mit den klinischen Befunden bestand der Verdacht auf das Vorliegen einer Paro-Endo-Läsion an 47 und 45.

THERAPIE

Therapeutisch wurde an den beiden Zähnen zunächst eine Wurzelbehandlung begonnen (maschinelle Aufbereitung, elektrometrische Längenmessung), hochvolumig mit Natriumhypochlorid (NaOCl) gespült und die Zähne mit Kalziumhydroxid (Ca[OH]₂) als medikamentöse Einlage für vier Wochen versorgt. Beide Zähne wurden in dieser Zeit mit Füllungskunststoff verschlossen. Nach zwei Wochen wurde das Medikament erneuert, sowie eine erneute ausführliche Spülung mit NaOCl durchgeführt. Schließlich wurden die beiden Zähne mit einer Wurzelfüllung und anschließender adhäsiver Kunststofffüllung versorgt (Abb. 4). Der Patient gab in den darauffolgenden Wochen an, schmerzfrei zu sein. Vier Wochen nach der Wurzelfüllung wurde eine geschlossene Parodontaltherapie durchgeführt, da auch in anderen Regionen erhöhte Taschentiefen festzustellen waren.

PROGNOSE

Im nächsten halben Jahr wird sich herausstellen, ob die Läsionen allein aufgrund der geschlossenen Therapie in Kombination mit der endodontischen Versorgung eine Heilungstendenz zeigen. Falls nicht, ist ein chirurgisches Vorgehen angezeigt. Da beide Zähne keinerlei Lockerung aufweisen, ist die Prognose als vorsichtig positiv zu sehen. Bei Zahn 47 muss die Prognose aufgrund des Furkationsbefalls der Wurzel (= entzündlicher Knochenabbau im Furkationsbereich mehrwurzeliger Zähne) und der größeren Defektausdehnung allerdings kritischer beurteilt werden als an Zahn 45 (s. Abb. 2).

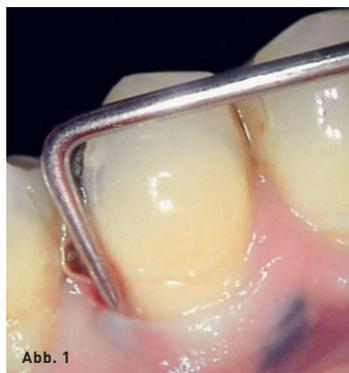


Abb. 1

Furkation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Bluten auf Sondieren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Plaque	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Margo Gingivae Sondierungstiefe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Bluten auf Sondieren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Furkation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Abb. 2

Abb. 1 Sondierung an Zahn 45: distale Taschentiefe > 12 mm.

Abb. 2 Ausgangssituation: Ausschnitt aus dem Parodontalbefund.

Abb. 3 OPG-Ausschnitt: vertikale Knochendefekte an 45 und 47.

Abb. 4a und b Endodontische Versorgung von 47 (a) und 45 (b) vor dem Legen der Aufbaufüllung.

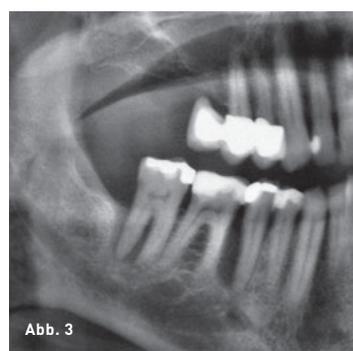


Abb. 3



Abb. 4a



Abb. 4b



MORITZ BOCK

Dr. med. dent.
Elisenhof Zahnärzte, München
E-Mail: praxis.dr.bock@gmail.com