

C. Köttgen

Nachhaltige Nachsorge von PAR-Patienten

Effective aftertreatment of periodontitis patients

Herr Dr. Köttgen, warum sehen Sie die nachhaltige Nachsorge Ihrer PAR-Patienten als einen integralen Bestandteil der Zahnerhaltung an?

Dr. Köttgen: Eine Parodontitis ist eine bakterielle Infektion. Hat man diese mit allen heute möglichen Mitteln und Therapieschritten behandelt, ist der Patient nicht als „dauerhaft gesund“ einzustufen. Er wird für immer das Risiko tragen, einen erneuten aktiven Schub und damit einhergehenden Attachmentverlust zu erleiden. Nach heutigem Wissensstand ist die regelmäßige Keimreduktion in der posttherapeutischen Nachsorge die einzige Möglichkeit, dieses Patientenkontingent auf lange Sicht parodontal stabil zu halten [7].

Nach erfolgter parodontaler Therapie ist eine weitgehende Reduktion der parodontal-pathogenen Mikroflora zu erwarten. Ist eine vollständige Keimelimination möglich?

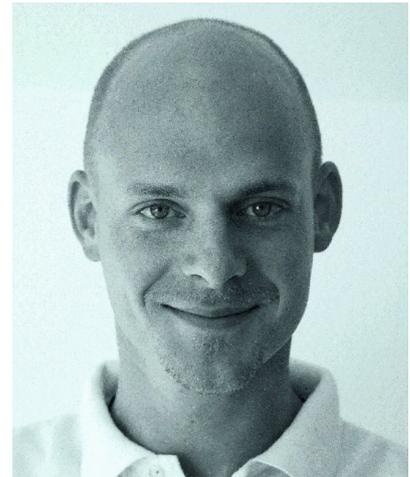
Dr. Köttgen: Nein, leider nicht. Genau hier liegt der Hase im Pfeffer. Eine 100 %ige Keimreduktion ist unmöglich [4]. Jedoch gibt es, wie Sie richtig anmerken, diverse Möglichkeiten, die Keimbelastung stark einzudämmen. Und dies ist, zumindest für die chronischen Parodontitiden, sicherlich ein Schlüsselfaktor für die dauerhafte Gesunderhaltung.

Was verstehen Sie persönlich unter einem „praxistauglichen Recallkonzept“?

Dr. Köttgen: Es ist ein Prophylaxekonzept, das an die individuellen Bedürfnisse der Praxis angepasst ist, dem aktuellen Wissensstand entspricht und vor allem von den Patienten akzeptiert wird. Für mich hat die Grundlage das Recallkonzept von Lang et al. gebildet [6], das ich im Laufe der Jahre immer wieder ein bisschen modifiziert habe. Ich habe es z. B. an die Bedürfnisse und Praktikabilität meiner Mehrbehandlerpraxis, also an die Schwerpunkte Implantologie und Parodontologie angepasst. Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen parodontaler Erhaltungstherapie (PET) und präventionsorientierter Zahnreinigung (PZR).

Wie unterscheidet sich eine parodontale Erhaltungstherapie von einer präventionsorientierten Zahnreinigung?

Dr. Köttgen: In meiner Praxis haben sich diese Begriffe etabliert, um der Therapie einen sinnvollen Namen zu geben. Ein zahn- und parodontal gesunder Patient wird bei uns in ein Prophylaxekonzept einbezogen, welches sich voll auf die Prävention von Krankheiten bezieht. Dies beginnt schon in der Kindheit. Soll heißen, Karies und Parodontitis gar nicht erst entstehen zu lassen. Der bereits therapierte PAR-Patient benötigt ein ähnliches Konzept, welches jedoch teilweise andere Schwerpunkte setzt. Integraler Bestandteil der PET ist die Aufrechterhaltung des gewonnenen apathogenen Keimmilieus, um eine stabile parodontale Situation durch Infektionskontrol-



C. Köttgen

le aufrecht zu erhalten. Sowohl bei der PET als auch bei der PZR erreicht man dieses Ziel durch eine regelmäßige supra- und subgingivale Entfernung des pathogenen Biofilms.

Welche Rolle spielt hier die Mitarbeit des Patienten?

Dr. Köttgen: Studien belegen, dass die primäre Ursache für die Manifestation einer Parodontitis in einer Störung des oralen Immunsystems liegt. Tatsächlich gibt es Patienten, die trotz insuffizienter Mundhygiene und ohne Betreuung durch das zahnärztliche Team, aber intaktem Immunsystem, bis ins hohe Alter parodontal gesund bleiben. Dies sollte meines Erachtens jedoch auf keinen Fall dazu verleiten, Patienten nicht mehr intensiv in Mundhygiene zu instruieren. Schon zur Kariesprophylaxe verbietet sich eine Abstinenz der Zahnbürste. Bei einem überwiegenden Teil der Patienten liegt eine geringgradige Störung des oralen Immunsystems vor und somit können Karies und Parodontitis durch eine Kombination aus effektiver häuslicher Mundhygiene und professioneller Betreuung erfolgreich behandelt werden. Dass dieses Konzept Gültigkeit besitzt, haben Axelsson und Lindhe in mehreren Studien belegt [1]. Das größte Problem ist dabei der Patient selbst, oder besser gesagt, dessen dauerhafte Motivation [2]. Spätestens nach drei Jahren ebbt diese meist stark ab. Und gerade die Risikogruppen, die eine hohe Motivation am nötigsten hätten, zeigen meist kein dauerhaftes Durchhaltevermögen.



Abbildung 1 und 2 28-jährige Patientin mit Mundhygienedefiziten durch deformierte Arme bei Glasknochenkrankheit. Es imponieren massive Beläge, die durch fehlende Plaqueentfernung zu massivem Attachmentverlust geführt haben. Eine frühzeitige und regelmäßige Betreuung hätte den Zahnverlust sicherlich verhindern können.

Ist es dabei von Bedeutung, ob es sich um eine chronische oder aggressive Parodontitis handelt?

Dr. Köttgen: Ich denke ja. Zum Glück ist die überwiegende Mehrheit der parodontalen Erkrankungen eine chronische Form, die durch eine Entfernung der Ursache – sprich Biofilm und begünstigende Faktoren wie Konkrementen – gut therapiert werden kann. Diese Situation wird durch die Mitarbeit des Patienten und durch die regelmäßige Betreuung stabil gehalten. Ein Patient mit einer sehr schweren oder aggressiven PAR kann sogar 100 % gute Mundhygiene aufweisen, aber das bedeutet nicht automatisch, dass bei ihm keine Entzündungsaktivität mehr besteht. Diese Patienten stellen eine sehr große Herausforderung an unser gesamtes zahnärztliches Team dar, denn hier spielen noch ganz andere Mechanismen als nur gute Mundhygiene eine Rolle. Ich halte es in diesem Zusammenhang auch für falsch, einem Patienten einen dauerhaften Zahnerhalt zu versprechen, wenn er durch hohe Motivation und regelmäßige Recallbesuche glänzt.

Ist eine subgingivale Reinigung bei der professionellen Betreuung immer notwendig? Und treten bei diesem Therapieschritt durch die Prophylaxeassistenz nicht rechtliche Probleme auf?

Dr. Köttgen: Bei der subgingivalen Reinigung stellt sich kein Problem, sondern die Frage: Darf die Prophylaxeassistenz nur supragingival reinigen – oder müsste sie eigentlich subgingival reinigen, um einen erfolgreichen Job zu machen? Eine rein supragingivale Reinigung macht faktisch wenig Sinn, denn die Beläge auf der Zahnoberfläche sind nicht die Problemfelder. Es sind die Beläge unmittelbar in dem Bereich, an dem das Saumeptithel anhaftet! Für den Patienten hat die supragingivale Reinigung wahrscheinlich den größten mittelbaren Effekt, den Unterschied zu den nun „sauberen“ Zähnen erkennt er. Ob hingegen in der Nähe des



Abbildung 3 Röntgenbefund zu Abb. 1 und 2. Deutlich erkennbare Konkrementen an allen UK-Fontzähnen. Bis auf Zahn 33 sind die restlich verbliebenen Zähne bei einem klinischen Lockerungsgrad III nicht zu erhalten.

Saumeptithels gearbeitet wurde oder nicht, ist ihm sicherlich primär egal. Aber nur dort erhält man den wirklichen parodontal-prophylaktischen Effekt.

Mancher Patient ist Raucher. Wie hoch ist hier das Risiko eines Parodontitisrezidivs?

Dr. Köttgen: Das Risiko ist meines Erachtens unglaublich hoch. In den USA ist ein eindeutiger Rückgang von aggressiven Parodontitiden zu verzeichnen, aber nur in der Oberschicht und teilweise der Mittelschicht. Warum? Rauchen ist in den USA inzwischen alles andere als „hip“. Im Gegenteil: Rauchen gilt in diesen Schichten als ungebührlich. Da ist sicherlich eine Korrelation vorhanden. Ein Problem ist z. B. die Vasokonstriktion der peripheren Gefäße. Die Immunantwort am Entzündungsort ist dadurch stark gehemmt. Rauchen zeigt auch schädigende Wirkungen auf die Fibroblasten. Das Risiko eines Parodontitisrezidivs steigt um bis zu 600 % [3]! Meines Erachtens sollten wir unser Personal und auch uns selbst mehr schulen, um unsere Patienten in der Raucherentwöhnung besser zu beraten und zu betreuen. Ich denke auch, dass wir als Zahnärzte gute Chancen haben, einen Teil der Raucher eventuell zur Entwöhnung zu bewegen.

Wie kombinieren Sie für den Patienten den ästhetischen und gesundheitlichen Aspekt bei der PET?



Abbildung 4 Zustand einer Patientin nach PAR-Therapie in dreimonatlicher PET bei starker Plaquebildung. Da keine Konkremente und kein Zahnstein vorhanden waren, erfolgte die Entfernung nur mit Glycinpulver, um das gesunde Saumepithel nicht zu irritieren.



Abbildung 5 Zustand zwei Tage nach Glycinpulver-Behandlung. Es sind keine Blutung oder pathologischen Sondierungstiefen vorhanden. Die Ursache für die Blutung in Abbildung 4 ist in einer gingivalen Blutung durch Gingivitis zu vermuten. (Abb. 1-5: C. Köttgen)

Dr. Köttgen: Wir versuchen, unsere Patienten bei ihrer Eitelkeit zu packen. Was interessiert denn die meisten? Der ästhetische Effekt! Und den geben wir ihnen – und paaren das mit dem gesundheitlichen Effekt. Ich nenne das immer Wellness für die Zähne. Ästhetik und Gesundheit gehen hier Hand in Hand. Eines meiner Praxisziele ist doch, dass ich meine mühevoll hergestellten prothetischen und implantologischen Arbeiten lange gesund erhalte, um zufriedene Patienten zu generieren. Nur zufriedene Patienten sind treue Patienten, und die sind mein bestes Aushängeschild.

Worauf ist bei der Instrumentierung von Zähnen ohne parodontal aktive Tasche zu achten?

Dr. Köttgen: Das Dogma beim Instrumentieren parodontal inaktiver Taschen lautet: keine scharfen Hand- oder maschinellen Instrumente beim supragingivalen Reinigen der Wurzeloberfläche einsetzen! Das Saumepithel darf auf keinen Fall zerstört werden! Hier haben sich Schall- (z. B. Sonicflex, KaVo Dental GmbH, Biberach) und Ultraschallscaler (z. B. Piezon Master, EMS Electro Medical Systems GmbH, München) auf dem Markt etabliert, die bei druckloser Anwendung schneller, aber genauso effektiv arbeiten wie Handküretten oder Scaler.

Um den subgingivalen Biofilm zu entfernen, setze ich Pulver-Wasserstrahl-Geräte mit Glycinpulver ein (Pe-

rioflow, EMS Electro Medical Systems GmbH, D-München; CleanPro Prophypowder, 3M Espe, Seefeld). Glycin ist ja ein körpereigener Baustoff und macht keine Probleme, falls ein Rest davon in der Tasche zurück bleibt. Mit dieser in der Fachwelt anerkannten Methode [8] kann der Biofilm bis zu 5 mm Taschentiefe ohne Beschädigung der Wurzeloberfläche entfernt werden.

Und wie gehen Sie vor, wenn die Tasche tiefer als 5 mm sondiert wird und eine Blutung auftritt?

Dr. Köttgen: Hier gelangen die besagten Pulver-Wasserstrahl-Geräte an ihre Grenzen. Bei Sondierungstiefen über 5 mm muss mit maschinellen Scalern oder mit Handküretten instrumentiert werden. Ich führe solche Behandlungen im Anschluss an die PET oder in einer separaten Folgesitzung durch, eine lokale Anästhesie ist hierfür manchmal vonnöten.

Wie gehen Sie mit einer rezidivierenden, aktiven Tasche um, für die sich als Ursache kein Konkrement detektieren lässt?

Dr. Köttgen: Hier kann der Einsatz der Photodynamischen Therapie oder die Applikation von lokalen Antibiotika oder Antiseptika sinnvoll sein. Bei der

Photodynamischen Therapie, wie sie vom Kollegen Dr. Hahn in Tübingen propagiert wird, wird ein Gel (Photosensitizer) in die Tasche eingebracht und dort von den Bakterien aufgenommen. Licht einer bestimmten Wellenlänge aktiviert diesen Photosensitizer und zerstört dadurch die Bakterienzellwände (PACT, Cumdente, Tübingen). Ich glaube, die Methode hat großes Potenzial, die Laborversuche zeigen sehr gute Ergebnisse und vielleicht ist es ja der richtige Weg, um eine systemische Antibiotikatherapie zukünftig zu ersetzen. Ich würde mir nur wünschen, dass die Photodynamische Therapie durch klinische Studien besser abgesichert ist.

Welche Sonderstellung nehmen Implantate beim Instrumentieren ein?

Dr. Köttgen: Ich habe vorhin schon den Einsatz von Pulver-Wasserstrahl-Geräte mit Glycinpulver erwähnt. Auch zur Reinigung von Implantaten sollten nur diese niedrig abrasiven Medien eingesetzt werden. Die periimplantäre Mukosa und die Implantatoberfläche bleiben dadurch unbeschädigt [5]. Metallküretten sind hier fehl am Platz. Sie verkratzen und schädigen die Oberflächen der Abutments und Implantatschultern. Diese Kratzer wiederum bilden ideale Retentionsstellen für Plaque. Auch Schall- und Ultraschallansätze sind bei falscher Anwendung schädlich für die Oberflächen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte *Dorothee Holsten*.

DZZ

Korrespondenzadresse:

Dr. Christopher Köttgen
Welschstr. 2
55131 Mainz
Tel.: 0 61 31 / 5 39 86
praxis@drkoettgen.de
www.drkoettgen.de

Literatur

1. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J: The long term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years. *J Clin Periodontol* 31, 749–757 (2004)
2. Bakdash B: Oral hygiene and compliance as risk factors in periodontitis. *J Periodontol* 65(5 Suppl), 539–44 (1994)
3. Danielsen B, Manji F, Nagelkerke N, Fejerskov O, Baelum V: Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. *J Clin Periodontol* 17, 159–164 (1990)
4. Greenstein G: Periodontal response to mechanical non-surgical therapy: A review. *J Periodontol* 63, 118–130 (1992)
5. Kwan JY, Zablotsky MH, Meffert RM: Implant maintenance using a modified ultrasonic instrument. *J Dent Hyg* 64, 422–430 (1990)
6. Lang NP, Brägger U, Tonetti MS, Hämmerle C: Supportive Periodontal Therapy (SPT). In Lindhe J, Karring T, Lang NP (Hrsg.). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Copenhagen: Munksgaard, 1998
7. Lindhe J, Nyman S: Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 11, 504–514 (1984)
8. Petersilka GJ, Tunkel J, Barakos K, Heinecke A, Häberlein I, Flemmig TF: Subgingival plaque removal at interdental sites using a low-abrasive air polishing powder. *J Periodontol* 74, 307–311 (2003)

Oral Implantology



Gehören Sie zur Elite!

- Sichern Sie Ihren Erfolg in schwierigen Zeiten
- Schärfen Sie das Profil Ihrer Praxis

Staatlich
anerkannt

Der Master of Science in Oral Implantology

- Akademischer Grad als Namenszusatz
- Volle Anrechnung des DGI-Curriculums



in Kooperation mit



Informationen:

DGI e.V. · Bismarckstraße 27 · 67059 Ludwigshafen
Tel.: 0621-68124452 · Fax: 0621-68124466
info@dgi-master.de · www.dgi-master.de