

Patientenbezogene Langzeitergebnisse 10 Jahre nach parodontaler Therapie

Sprache: Deutsch

Autoren:

Dr. med. dent. Bernadette Pretzl, Dr. med. dent. Jens Kaltschmitt, Janet Berbig,
Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz,

Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Datum/Veranstaltung/Ort:

17. November 2007

NAGP-Jahrestagung

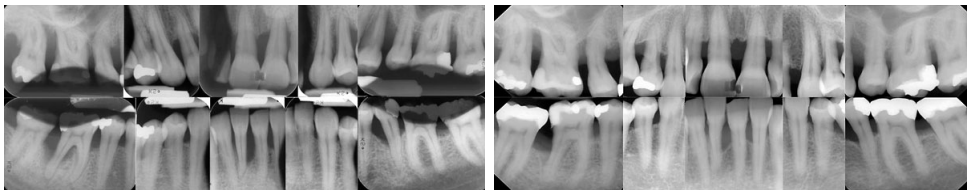
Leipzig

Poster Award

1. Posterpreis 2007

Einleitung

Evaluation von Faktoren auf Patientenebene, die zum Langzeiterfolg systematischer Parodontitistherapie über 10 Jahre beitragen. Das Hauptzielkriterium dieser Analyse war Zahnverlust.



Ausgangsstatus von 1992

Röntgenstatus 10 Jahre nach
Parodontitistherapie

Material und Methoden

Patienten

- 100 Patienten
- antiinfektiöse Therapie vor 10 Jahren durch denselben Behandler ggf. inkl. parodontalchirurgischer Maßnahmen
- Röntgenstatus zu Therapiebeginn

Klinische Untersuchung

- Nachuntersuchung 10 Jahre \pm 6 Monate nach Beginn der ersten Sitzung der antiinfektiösen Therapie, durch dieselbe Untersucherin
- allgemeine Anamnese und erweiterter Gesundheitsfragebogen, Raucheranamnese
- Zahn- und Parodontalstatus
- GBI (Ainamo & Bay 1975) und PCR (O'Leary et al. 1972)
- Test auf Interleukin-1-Polymorphismus (IAI ParoGen-Test, IAI Institut für Angewandte Immunologie, Zuchwil, Schweiz)

Aktenrecherche

- Ausgangsdiagnose
- Zahnverlust
- Regelmäßigkeit der unterstützenden Parodontitistherapie
- Prognoseindex (Checchi et al. 2002)
- Risikoanalyse nach Lang & Tonetti (2003)

Statistische Analyse

- Dateneingabe durch zwei unabhängige Personen
- Vergleich der Daten durch Subtraktion
- Patient als statistische Einheit
- Weisheitszähne wurden von der Analyse ausgeschlossen
- Statistische Auswertung mittels zweier Programme: SPSS 15.0 und SAS
- Poisson-Regressionsanalyse für das Zielkriterium Zahnverlust

Ergebnisse

Von 145 angeschriebenen Patienten erklärten sich 103 dazu bereit, an der Studie teilzunehmen. Somit lag die Responderrate bei 71%. Gründe für das Fernbleiben waren: Adresse unbekannt (13), Tod (4), Gesundheitliche Gründe (5), Terminvereinbarung nicht möglich (11), Persönliche Gründe (9).

Die Daten von 3 Patienten mussten auf Grund von Unvollständigkeit von der Analyse ausgeschlossen werden.

Zahnverlust:

Eine regelmäßige Teilnahme an der UPT, sowie Fehlen des IL-1-Polymorphismus und Nikotinabstinenz wirken sich ebenso protektiv aus wie männliches Geschlecht.

Der mittlere PCR nach systematischer parodontaler Therapie korreliert ebenso mit Zahnverlust. Je höher der PCR während der UPT, desto größer das Risiko für Zahnverlust.

Das Risiko für Zahnverlust steigt mit dem Lebensalter signifikant an.

Prognoseindizes:

Für den Prognoseindex nach Checchi (2002) konnte keine Korrelation mit dem Zielkriterium Zahnverlust festgestellt werden.

Ein hohes parodontales Risiko nach Lang & Tonetti (2003) zu Beginn der UPT korreliert dagegen signifikant mit zukünftigen Zahnverlust. Die Risikoeinschätzung stellt somit einen validen prognostischen Parameter dar.

Zahnverlust

	n	Zahnverlust			
		MW ± SD	Median	Range	
Gesamt	100	1,55 ± 3,29		0-28	
UPT	regelmäßig	53	0,55 ± 0,99	0	0-5
	unregelmäßig	47	2,68 ± 4,44	1	0-28
IL-1 Polymorphismus	negativ	62	1,13 ± 1,74	1	0-10
	positiv	38	2,24 ± 4,82	1	0-28
Moderat chronische Parodontitis	30	0,80 ± 1,45	0	0-5	
Schwer chronische / aggr. Parodontitis	70	1,87 ± 3,78	1	0-28	
Weiblich	59	1,15 ± 1,91	1	0-28	
Männlich	41	1,83 ± 3,98	0	0-10	
Raucher	27	2,22 ± 5,37	1	0-28	
Nichtraucher	73	1,30 ± 2,06	0	0-10	

Poisson Regressionsanalyse

	Schätzer	t	p	Risk ratio
Intercept	- 6,3675	- 8,69	< 0,0001	
Unregelmäßige Teilnahme an derUPT	1,1552	5,05	< 0,0001	3,17
Ausgangsd Diagnose	0,8484	3,63	0,0005	2,34
IL-1-Polymorphismus	0,6255	3,50	0,0007	1,87
Nikotinkonsum	0,5891	2,86	0,0053	1,80
Mittlerer PCR (10% Schritte)	0,4571	5,96	< 0,0001	1,57
Geschlecht	0,3747	2,00	0,00487	1,45
Alter (pro Jahr)	0,0499	5,22	< 0,0001	1,05

Schlußfolgerungen

Einige Kriterien beeinflussen den Zahnverlust. Nach systematischer parodontaler Therapie schützen regelmäßige Teilnahme an der UPT sowie eine effektive Mundhygiene und Nikotinabstinenz vor Zahnverlust.

Die Ausgangsdiagnose "schwere chronische oder aggressive Parodontitis" erhöht das Risiko für zukünftigen Zahnverlust ebenso wie das Vorhandensein des Interleukin-1-Polymorphismus und weibliches Geschlecht.

Patienten mit hohem Parodontitisrisiko (PRA: Lang & Tonetti 2003) verlieren mehr Zähne als Patienten in anderen Parodontitis-Risikogruppen.

Dieses Poster wurde übermittelt von Dr. med. dent. Bernadette Pretzl.

Korrespondenz-Adresse:

[Dr. med. dent. Bernadette Pretzl](#)

Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 400

69120 Heidelberg



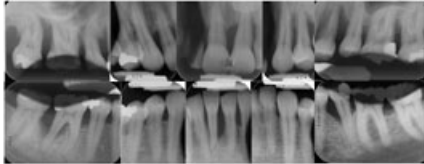
Patientenbezogene Langzeitergebnisse 10 Jahre nach parodontaler Therapie

Pretzl, B.¹, Kaltschmitt, J., Berbig, J., Eickholz, P.²

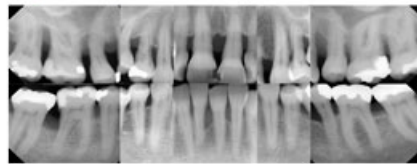
¹Sektion Parodontologie, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg

²Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum); Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Ausgangslage von 1992



Röntgenstatus 10 Jahre nach Parodontaltherapie



Zielsetzung

Evaluation von Faktoren auf Patientenebene, die zum Langzeiterfolg systematischer Parodontaltherapie über 10 Jahre beitragen.
Das Hauptzielkriterium dieser Analyse war Zahnverlust.

Material und Methoden I

- Patienten**
 - 100 Patienten
 - antiinfektiöse Therapie vor 10 Jahren durch denselben Behandler ggf. inkl. parodontalchirurgischer Maßnahmen
 - Röntgenstatus von Therapiebeginn
- Klinische Untersuchung**
 - Nachuntersuchung 10 Jahre ± 6 Monate nach Beginn der ersten Sitzung der antiinfektiösen Therapie, durch dieselbe Untersucherin
 - allgemeine Anamnese und erweiterter Gesundheitsfragebogen, Raucheranamnese
 - Zahn- und Parodontalstatus
 - GBI (Alnimo & Bay 1975) und PCR (O'Leary et al. 1972)
 - Test auf Interleukin-1-Polymorphismus (IAI ParaGen-Test, IAI Institut für Angewandte Immunologie, Zuchwil, Schweiz)
- Aktenrecherche**
 - Ausgangsdiagnose
 - Zahnverlust
 - Regelmäßigkeit der unterstützenden Parodontaltherapie
 - Prognoseindex (Cecchi et al. 2002)
 - Risikoanalyse nach Lang & Tonetti (2003)
- Statistische Analyse**
 - Dateneingabe durch zwei unabhängige Personen
 - Vergleich der Daten durch Subtraktion
 - Patient als statistische Einheit
 - Weisheitszähne wurden von der Analyse ausgeschlossen
 - Statistische Auswertung mittels zweier Programme: SPSS 15.0 und SAS
 - Poisson-Regressionsanalyse für das Zielkriterium Zahnverlust

Ergebnisse I

Von 145 angeschriebenen Patienten erklärten sich 103 dazu bereit, an der Studie teilzunehmen.
Somit lag die Responderrate bei 71%.
Gründe für das Fernbleiben waren: Adresse unbekannt (3), Tod (4), Gesundheitliche Gründe (5).
Terminvereinbarung nicht möglich (11), Persönliche Gründe (9).
Die Daten von 3 Patienten mussten auf Grund von Unvollständigkeit von der Analyse ausgeschlossen werden.

Ergebnisse II

Zahnverlust:
Eine regelmäßige Teilnahme an der UPT, sowie Fehlen des IL-1-Polymorphismus und Nikotinabstinenz wirken sich ebenso protektiv aus wie männliches Geschlecht.
Der mittlere PCR nach systematischer parodontaler Therapie korreliert ebenso mit Zahnverlust, je höher der PCR während der UPT, desto größer das Risiko für Zahnverlust.
Das Risiko für Zahnverlust steigt mit dem Lebensalter signifikant an.
Prognoseindizes:
Für den Prognoseindex nach Cecchi (2002) konnte keine Korrelation mit dem Zielkriterium Zahnverlust festgestellt werden.
Ein hohes parodontales Risiko nach Lang & Tonetti (2003) zu Beginn der UPT korreliert dagegen signifikant mit zukünftigen Zahnverlust.
Die Risikoabschätzung stellt somit einen validen prognostischen Parameter dar.

Ergebnisse III

Zahnverlust	n	Zahnverlust MW ± SD	Median	Range
Gesamt	100	1,55 ± 3,29		0 - 28
UPT regelmäßig	53	0,55 ± 0,99	0	0 - 5
UPT unregelmäßig	47	2,68 ± 4,44	1	0 - 28
IL-1 Polymorphismus negativ	62	1,13 ± 1,74	1	0 - 10
IL-1 Polymorphismus positiv	38	2,24 ± 4,02	1	0 - 28
Moderat chronische Parodontitis	30	0,80 ± 1,45	0	0 - 5
Schwer chron./agg. Parodontitis	70	1,87 ± 3,78	1	0 - 28
Weiblich	59	1,15 ± 1,91	1	0 - 28
Männlich	41	1,83 ± 3,98	0	0 - 10
Raucher	27	2,22 ± 5,37	1	0 - 28
Nichtraucher	73	1,30 ± 2,06	0	0 - 10

Ergebnisse IV

Poisson Regressionsanalyse

	Schätzer	t	p	Risk ratio
Intercept	-6,3675	-8,69	<0,0001	
Unregelmäßige Teilnahme an der UPT	1,1522	5,05	<0,0001	3,17
Ausgangsdiagnose	0,8484	3,63	0,0005	2,34
IL-1-Polymorphismus	0,6255	3,50	0,0007	1,87
Nikotinkonsum	0,5891	2,86	0,0053	1,80
Mittlerer PCR (10% Schritte)	0,4571	5,96	<0,0001	1,57
Geschlecht	0,3747	2,00	0,00487	1,45
Alter (pro Jahr)	0,0499	5,22	<0,0001	1,05

Schlussfolgerungen

Einige Kriterien beeinflussen den Zahnverlust. Nach systematischer parodontaler Therapie schützen regelmäßige Teilnahme an der UPT sowie eine effektive Mundhygiene und Nikotinabstinenz vor Zahnverlust.
Die Ausgangsdiagnose „schwere chronische oder aggressive Parodontitis“ erhöht das Risiko für zukünftigen Zahnverlust ebenso wie das Vorhandensein des Interleukin-1-Polymorphismus und weibliches Geschlecht.
Patienten mit hohem Parodontitisrisiko (PRA: Lang & Tonetti 2003) verlieren mehr Zähne als Patienten in anderen Parodontitis-Risikogruppen.

Korrespondenzadresse

Dr. Bernadette Pretzl bernadette.pretzl@med.uni-heidelberg.de
Tel: 06221 54-6016 Fax: 06221 54-5074
Sektion Parodontologie der Poliklinik für ZEH, Im Neuenheimer Feld 400, D-69120 Heidelberg

Danksagung

Die Studie wurde unterstützt vom Institut für angewandte Immunologie (Zuchwil/Schweiz).