

DENTISTA FOKUS

PARODONTOLOGIE

In der Parodontologie ist Bewegung:

Die 18 Jahre alte Klassifikation der Parodontalerkrankungen steht kurz vor der Erneuerung – ein Schritt, der sicher notwendig ist. Prof. Dommisch wurde von uns zum aktuellen Zwischenstand der Überarbeitung interviewt.

Das IQWiG zweifelt am Nutzen der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT), was Zahnärzte in ganz Deutschland verärgert hat. Wir berichten, was zur effektiven UPT dazugehört und wie moderne Patientenmotivation gestaltet werden kann.

Außerdem in diesem Heft: interessante Aspekte zum Thema Parodontitis und Gender. Und was hat die Ernährung mit Parodontalerkrankungen zu tun? Welchen Zusammenhang gibt es mit Diabetes? Und, und, und ...

Viel Spaß bei der Lektüre!



Ihre
Dr. Kristin Ladetzi
Chefredakteurin

Therapie einer generalisierten aggressiven Parodontitis mit zehnjährigem Follow-up Ein Fallbericht

Der zu Behandlungsbeginn 32 Jahre alte Patient stellte sich mit starker Lockerung von Zahn 15 zunächst im Notdienst des ZZMK in Frankfurt a. M. vor. Im Rahmen eines daraufhin vereinbarten Termins in der Sprechstunde unserer Poliklinik berichtete er über regelmäßige Kontrolluntersuchungen und professionelle Zahnreinigungen beim Hauszahnarzt sowie über eine abgeschlossene kieferorthopädische Therapie. Dem Patienten fiel ein anhaltendes Zahnfleischbluten auf. Des Weiteren gab er an, dass seine Mutter und auch sein Bruder unter parodontalen Problemen litten. Die allgemeine Anamnese war unauffällig. Der Patient gab an, Nichtraucher zu sein.

Im Rahmen der Befunderhebung ergab sich das in Abbildung 1 und 2 dargestellte klinische Bild. Bei der durchgeführten mikrobiologischen Diagnostik

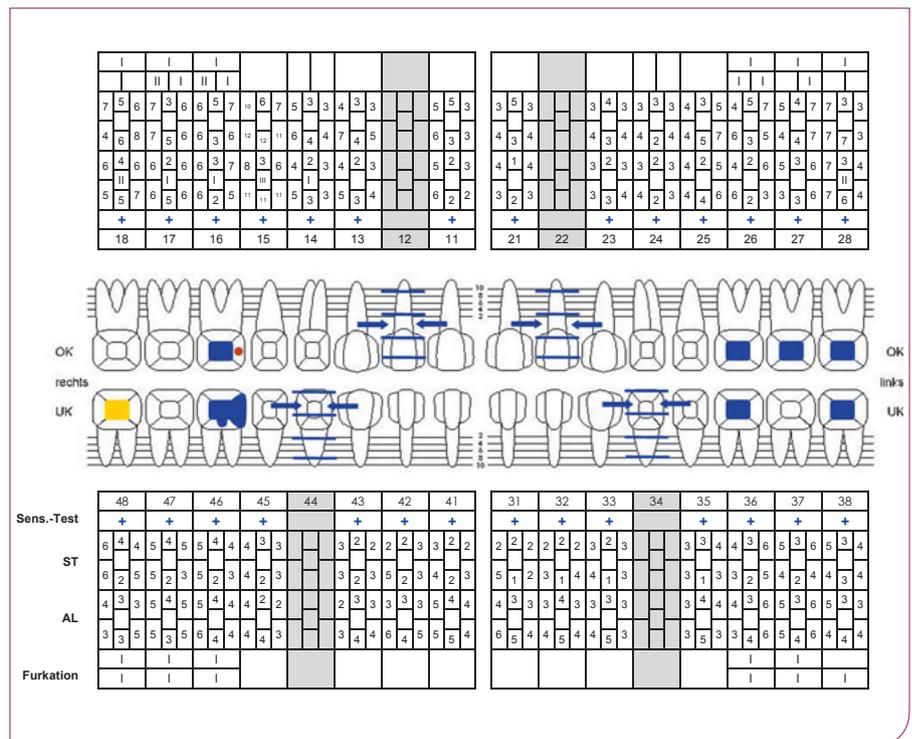


Abb. 1 Befundschema bei Erstvorstellung 2008.

konnte *A. actinomycetemcomitans* nachwiesen werden. Es wurden die Diagnosen generalisierte aggressive Parodontitis, v. a. Paro-Endo-Läsion an Zahn 15 sowie Initialkaries an Zahn 16 gestellt.

Antiinfektiöse Therapie

Nach abgeschlossener Diagnostik und Schienung von Zahn 15 begann 2008 die antiinfektiöse Therapie: Es erfolgte eine parodontale Vorbehandlung, wobei die individuelle Mundhygiene des Patienten optimiert wurde, individuelle Mundhygienehilfsmittel angepasst und professionelle Zahnreinigungen durchgeführt wurden.

Die subgingivale Kürettage aller pathologisch vertieften Taschen unter Lokalanästhesie erfolgte innerhalb von 24 Stunden nach dem Prinzip der Full-Mouth-Disinfection¹⁻³. Aufgrund des mikrobiologischen Ergebnisses wurde die mechanische Reinigung der Wurzeloberflächen mit der unterstützenden systemischen Einnahme von Amoxicillin und Metronidazol kombiniert⁴.

Zwölf Wochen nach der antiinfektiösen Therapie wurde die Reevaluation der klinischen Situation vorgenommen: Es kam zu einer deutlichen Reduktion der Sondierungstiefen. *A. actinomycetemcomitans* war nach antiinfektiöser Therapie nicht mehr nachweisbar. Es verblieben lediglich zwei Zähne mit Resttaschen von



Abb. 2 Klinische Situation bei Erstvorstellung 2008.

5 mm, die nochmals geschlossen nachkürettiert wurden. Die Sensibilitätsprobe an Zahn 15 war weiterhin positiv.

Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie wurde der Patient in ein Recall eingliedert. Die Parodontitisrisikoabschätzung erfolgte nach dem von Lang und Tonetti⁵ vorgeschlagenen Schema, wobei der Patient in ein mittleres Risiko fiel – es wurde demnach ein halbjährli-

ches Recallintervall empfohlen⁶. In der Erhaltungsphase kam es bei den Kontrollterminen (Remotivation und Reinstruktion) zu einer effektiven individuellen Mundhygiene sowie zu professionellen Zahnreinigungen. In regelmäßigen Abständen wurden orale Befunde, Zahn- und Parodontalstatus, sowie Vitalitätsproben erhoben. Persistierende Taschen mit 4 mm Sondierungstiefe und BOP (Bleeding On Probing) sowie Taschen von 5 mm und größer wurden subgingival gereinigt. Die Praktikabilität und Effektivität der Interdentalraumbürsten wurde überprüft und ggf. angepasst. 2008 und

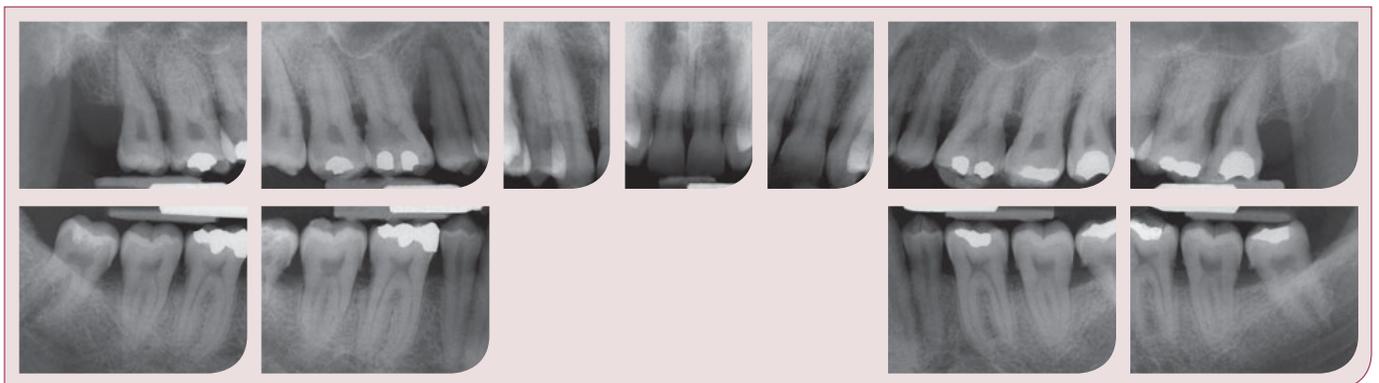
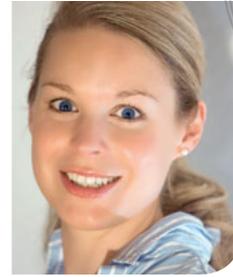


Abb. 3 Röntgenstatus bei Erstvorstellung 2008.

- Kieferheilkunde (DGZMK). Dtsch Zahnärztl Z 2003;58:263–265.
5. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Oral Health Prev Dent 2003;1:7–16.
 6. Petsos H, Dannewitz B, Eickholz P. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Risikofaktoren und Intervalle. Parodontologie 2017;28:45–56.
 7. Pretzl B, Kaltschmitt J, Kim TS, Reitmeir P, Eickholz P. Tooth loss after active periodontal therapy. 2. Tooth-related factors. J Clin Periodontol 2008;35:175–182.
 8. Eickholz P. Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Teil 2: Individuelles Parodontitisrisiko und Bestimmung der UPT-Intervalle. Parodontologie 2007;18:239–245.
 9. Eickholz P, Kaltschmitt J, Berbig J, Reitmeir P, Pretzl B. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patientin-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. J Clin Periodontol 2008;35:165–174.
 10. Eickholz P, Walter C, Dannewitz B. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Inhalte, Nutzen, Effekte. Parodontologie 2017;28:7–17.
 11. Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Brägger U, Zwahlen M, Lang NP. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol 2008;35:685–695.
 12. Nickles K. Therapie einer generalisierten aggressiven Parodontitis – Was ist ein hoffnungsloser Zahn? Parodontologie 2011;22:31–47.



Dr. Katrin Nickles, M. Sc.

ZFA Angelika Schmieder-Karg

Beide:

Poliklinik für Parodontologie, ZZMK,
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt a. M.

E-Mail: nickles@med.uni-frankfurt.de

