2 CME-Punkte

Eine konsequent durchgeführte Parodontalbehandlung führt in den meisten Fällen zu einer akzeptablen Remission (Sondierungstiefen ≤ 5 mm) oder Genesung (Sondierungstiefen ≤ 3 mm ohne Bluten auf Sondieren). Die synonym verwendeten Begriffe „Nachsorge" oder „unterstützende Parodontitistherapie" (UPT) unterstreichen mit den Termini „Sorge" und „Therapie" nicht nur die geforderte Langzeitbetreuung, sondern implizieren auch die antizipierten Bemühungen resp. Sorgen und eine gewisse zur Selbstverständlichkeit gewordene dauerhafte Behandlung. Es stellen sich daher in diesem Zusammenhang grundsätzliche Fragen, die wir gerne in dieser kurzen Abhandlung anstoßen möchten.

Dr. Stefanie Gartenmann [Infos zur Autorin]

Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin [Infos zum Autor]

Ivana Votta [Infos zur Autorin]

Literatur

Das „Zero-Pocket-Konzept" im Rahmen der UPT

Eine Zürcher Perspektive

Ivana Votta, Dr. Stefanie Gartenmann, Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin

Parodontitis ist eine multifaktorielle opportunistische Erkrankung, deren primäre Ursache dem subgingivalen Biofilm zuzuschreiben ist. Modifizierende Faktoren wie die individuelle Immunantwort auf den Angriff, Rauchen, systemische Erkrankungen, Medikamente etc. beeinflussen den Schweregrad und Verlauf der Erkrankung.

Erwähnenswert ist dabei der chronische Charakter bei einer Mehrzahl der Fälle, welcher sich nach erfolgter Hygienephase u. a. durch eine rasche Rekolonisierung bereits nach sechs bis acht Wochen bemerkbar macht.[1] Diese Zeitspanne gilt vor allem bei Patienten mit mangelnder Selbstpflege. Bei adäquater Mundhygiene wird die Wiederbesiedlung auch nach sechs Monaten verhindert oder mindestens signifikant reduziert.[2,3] In diesem Kontext rückt der Ruf nach Nachsorge beziehungsweise einer unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) ins Zentrum, welche zum Ziel haben, den Langzeiterfolg einer Parodontitistherapie zu gewährleisten. Dabei erforderlich scheinen die regelmäßige und kontinuierliche posttherapeutische Reevaluation, eine individuelle Risikoeinschätzung und Betreuung.

Diverse Studien belegen die Wirksamkeit der UPT und zeigen, dass eine gute und engmaschige Kontrolle der Zahnpflege die Inzidenz von Karies, Parodontitis und Zahnverlust gering halten und den Erfolg der primären Parodontitistherapie zu gewährleisten vermag.[4–6] Daran gibt es nichts zu rütteln. Dennoch stellen sich grundlegende Fragen.

Wann ist ein Patient bereit für die UPT?

Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint zunächst die Frage, ob das zur Verfügung stehende Armamentarium an möglichen Therapieformen im Rahmen der aktiven Parodontitisbehandlung bereits ausgeschöpft wurde und eine Ausheilung – im Sinn der maximal möglichen Effektivität – bereits stattgefunden hat. Ist diese Frage mit „Nein" zu beantworten und es wurde zum Beispiel noch keine korrektive Phase in Erwägung gezogen, um Resttaschen bei entsprechender Indikation anzugehen, ist es naheliegend, dass Probleme bestehen bleiben.[7] Ob in diesem Fall die UPT bereits Sinn macht oder gar einen zusätzlichen Erfolg bringen kann, ist – in Abhängigkeit der Taschentiefe und der Anatomie – fraglich. Wenn überhaupt, kann höchstens eine weitere Progression verhindert werden.[1]

Welche Restprobleme dürfen nach einer Therapie bestehen?

Plaque, Blutung und Sondierungstiefe sowie anamnestische Risikofaktoren sind die wichtigsten Erhebungen, welche als mögliche Surrogatparameter für den Endpunkt unserer Behandlung im Rahmen der Entscheidungsfindung entscheidend sind!

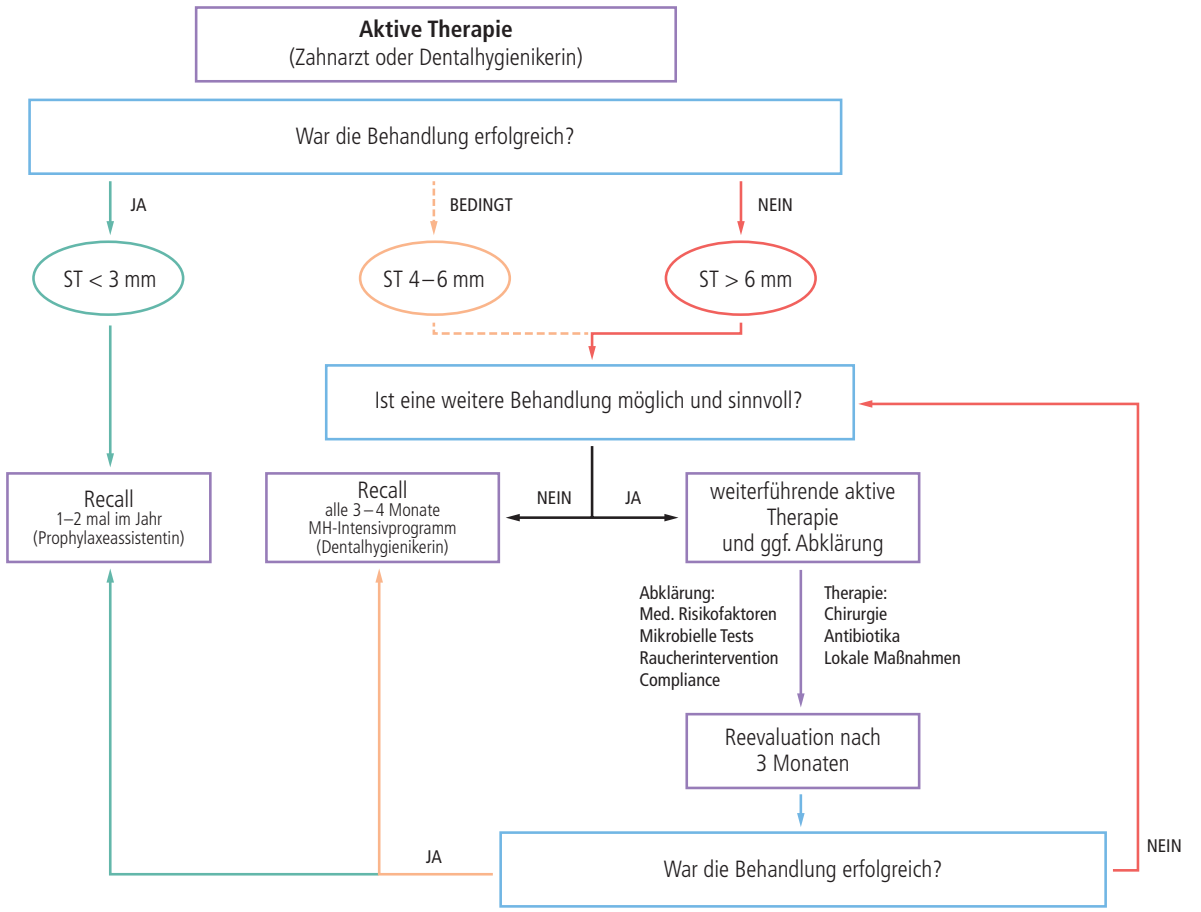

Abb. 1: Entscheidungsbaum für die Recallbeurteilung nach erfolgter aktiver Therapie basierend auf dem PSI. Der Fokus wird auf die möglichen Behandlungsoptionen gelegt.

Grundsätzlich scheint nach heutigem Kenntnisstand festzustehen, dass beim Vorliegen von Resttaschen von mehr als 6 mm keine positive Veränderung, tendenziell sogar eher eine Verschlechterung der klinischen Situation im Rahmen der UPT (oder trotz UPT) zu erwarten ist.[8,9]

Bezüglich Blutung auf Sondieren konnte gezeigt werden, dass es vor allem bei Patienten, die regelmäßig zum Recall erscheinen und kontinuierlich keine Blutung auf Sondierung aufweisen, kein Attachmentverlust zu erwarten ist.[10] Allerdings sind beeinflussende lokale Faktoren wie Sondierungstiefen, Zahntyp sowie patientenabhängige Faktoren wie Geschlecht[2] oder Tabakkonsum zu berücksichtigen.[11]

Eine konsequente und erfolgreich abgeschlossene aktive Parodontitsbehandlung unter Einbezug aller möglichen Behandlungsvarianten mit Taschentiefen von möglichst unter 5 mm und einer guten Patientencompliance sind aus unserer Sicht die geforderten Grundvoraussetzungen für einen Übertritt in die UPT. Hinsichtlich dieser Parameter sollte man – wenn immer möglich – eine „No-Pocket-Strategy" im Praxisalltag verfolgen und leben, wenn es die Compliance und die Finanzen zulassen!

Wie oft sollte ein Patient zur UPT erscheinen?

Eine konsequente posttherapeutische Betreuung, die lebenslang und in individuellen engmaschigen Abständen vollzogen wird, reduziert oder verhindert eine Progression oder das Neu- bzw. Wiederauftreten parodontaler Erkrankungen. Das Recallintervall ist entscheidend, jedoch vom individuellen Parodontitisrisiko eines jeden Patienten abhängig.[5,6]

In der Risikobeurteilung schätzt man das Risiko einer parodontalen Erkrankung als Ganzes ein und nicht anhand eines einzelnen Zahnes oder einer befallenen Stelle. Dabei haben sich folgende Parameter für die parodontale Risikobeurteilung als hilfreich erwiesen:

- Taschentiefe (Anzahl parodontaler Taschen ≥ 5 mm)
- Bluten auf Sondieren (Anzahl blutender Stellen)
- Knochenverlust (geschätzter Knochenverlust in Bezug auf das Alter)
- Zahnverlust (Anzahl verlorener Zähne)
- Verhaltensfaktoren (v. a. Rauchen)
- systemische Faktoren (HIV, Diabetes mellitus etc.)

Die sogenannte „Berner Spinne" kann hierfür ein Hilfsmittel zur Bestimmung des Recallintervalls sein (www.perio-tools.com/pra/de/). Nach erfolgreicher Behandlung komplexer Fälle sollte allerdings – je nach veränderten Parametern und Behandlungshistorie – durchaus fallspezifisch ein kürzeres Intervall in Betracht gezogen werden. Wir empfehlen nach Abschluss einer aktiven

Parodontitisbehandlung, das Recallintervall zuerst konsequent auf drei Monate festzusetzen. Bei stabilen Verhältnissen im Verlauf der Erhaltungsphase und in Abhängigkeit vom geschätzten Risiko kann später der Zeitabstand immer noch auf vier bis sechs Monate (oder gar länger) ausgedehnt werden.

Abbildung 1 zeigt den Entscheidungsbaum für die jeweilige Recall- oder Behandlungseinschätzung von Patienten nach einer aktiven Parodontitisbehandlung gemäß eines nach dem PSI modifizierten „Zero-Pocket-Konzept". Dabei sollte sich der Behandler grundsätzlich immer die Frage stellen, ob sich ein Patient bei der Konsultation bei einem Kollegen oder einer Kollegin als Gesunder (respektive „Geheilter") oder „Patient" mit Behandlungsbedarf gemäß PSI vor- und darstellen würde.

Es ist klar, dass eine derart konsequent geforderte Behandlung nicht immer realisierbar ist. Dennoch erscheint sie rein konzeptionell und gemäß Erfüllung der Schweizerischen Qualitätsleitlinien erstrebenswert und sinnvoll. Gerade für Patienten, welche jedoch trotz Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten noch immer Probleme aufweisen, sollten die therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der UPT näher beleuchtet werden.

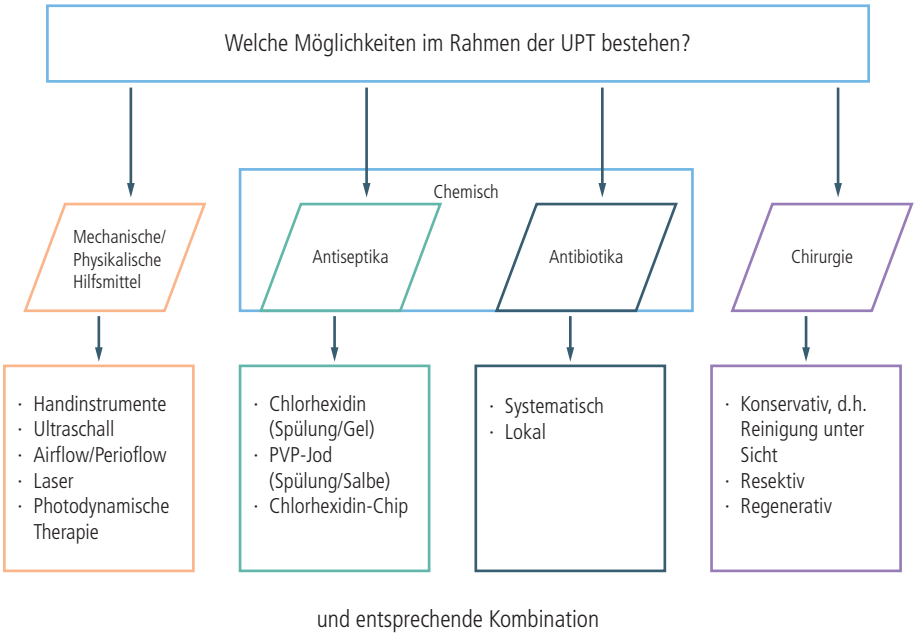

Abb. 2: Übersicht über mögliche Therapiemittel.

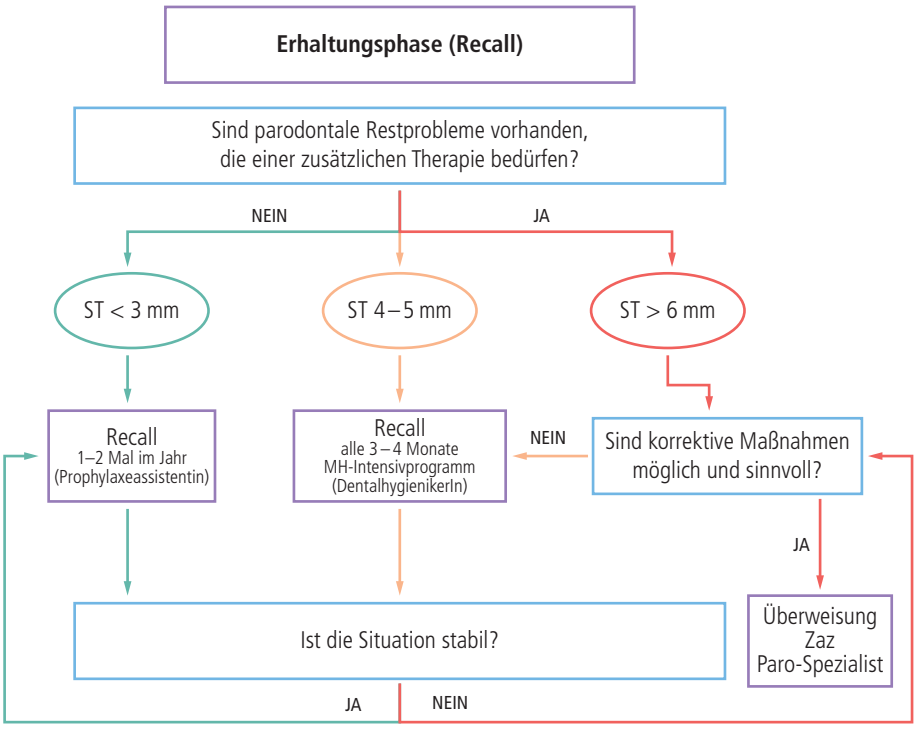

Abb. 3: Entscheidungsbaum im Recall. Man sollte sich dabei regelmäßig die Frage nach dem Behandlungserfolg und möglichen Triageoptionen stellen.

Welche prophylaktischen und therapeutischen Möglichkeiten bestehen im Rahmen der UPT?

Sämtliche infrage kommenden Konzepte sollten neben hoher Effizienz keine oder minimal negative Auswirkungen auf das Weich- und Hartgewebe aufweisen. Eine gezielte, effiziente und schonende Eliminierung des supra- und subgingivalen Biofilms sowie des Zahnsteins ist essenziell. Die im Rahmen der UPT zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Die gewählte Anwendung sollte sich jeweils auf die notwendigen Fall- und Site-spezifischen Maßnahmen beschränken, um Schaden zu vermeiden. Vor allem bei der Instrumentierung von Stellen von ≤ 3 mm sollten dabei folgende Regeln gelten: Es sollte nur sichtbarer oder tastbarer Zahnstein gezielt mit Kürette, Scaler oder Ultraschallinstrument entfernt werden. Blutende Stellen sollten vorwiegend mit Ultraschall und/oder Pulverstrahlgerät (Perioflow; mit entsprechend niedrigabrasiven Pulvern, z. B. Glycin) behandelt werden.

Jeder Patient – v. a. bei Vorliegen persistierender tieferen Taschen (≥ 6 mm) – sollte regelmäßig neu evaluiert werden und eine chirurgische (Re-)Intervention in Erwägung gezogen werden. Sowohl chemische, physikalische als auch die mechanischen Hilfsmittel kommen im Recall an ihre Grenzen.

2 CME-Punkte

CME-Fortbildung

Das „Zero-Pocket-Konzept" im Rahmen der UPT

Ivana Votta, Dr. Stefanie Gartenmann,
Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/de/cme-fortbildung/92844

Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

Eine Überweisung zum Zahnarzt oder Spezialisten ist eine Möglichkeit, Taschen erneut und gezielt anzugehen, um diese zu eliminieren. Abbildung 3 zeigt ein Flowchart zur Entscheidungsfindung im Rahmen der Erhaltungsphase (Recall) basierend auf dem PSI.

Die Parodontologie ist gefordert, Konzepte zu erforschen und zu etablieren, welche die parodontale Ökologie und Immunologie derart dauerhaft verändern, dass Dysbiosen und Entzündungen kein Thema mehr sind. Dass eine UPT eines Tages nicht mehr nötig sein wird oder in einem deutlich anderen Umfang, ist ohne „Zero-Pocket-Approach" leider immer noch eine Wunschvorstellung und Dentalhygiene im Rahmen der Erhaltungsphase bleibt immer noch sehr therapielastig.

Kontakt

Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin
Fachbereichsleiter Parodontologie und peri-implantäre Erkrankungen
Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
Plattenstr. 11
8032 Zürich, Schweiz
Tel.: +41 44 6343417
patrick.schmidlin@zzm.uzh.ch

ANZEIGE

AJONA®
Medizinisches Zahncremekonzentrat
für Zähne, Zahnfleisch und Zunge

Ajona wirkt – das fühlt und schmeckt man.

Alle häufigen Zahn- und Zahnfleischprobleme werden durch schädliche Bakterien verursacht. Ajona wirkt dem intensiv und nachhaltig entgegen und beseitigt die Ursache dieser Probleme, bevor sie entstehen.

Ajona beseitigt schnell und anhaltend schädliche Bakterien wie z.B. S. mutans (Leitkeim für Karies) und A. actinomycetem comitans (Leitkeim für Parodontitis).

- ✔ antibakterielle Wirkung durch natürliche Inhaltsstoffe
- ✔ entzündungshemmende Wirkung, z.B. durch Bisabolol
- ✔ remineralisierende Wirkung durch Calcium und Phosphat

Das Ergebnis der Zahnpflege mit Ajona:
Gesunde, saubere Zähne, kräftiges Zahnfleisch, reiner Atem und eine lang anhaltende, sehr angenehme Frische im Mund.

Optimale Dosierung für elektrische Zahnbürsten

Jetzt Proben anfordern:
Bestell-Fax: 0711-75 85 779 71

Bitte senden Sie uns
☐ kostenlose Proben
☐ Terminzettel/-blöcke

Datum/Unterschrift

Praxisstempel/Anschrift

Dr. Liebe Nachf.
D-70746 Leinfelden
www.ajona.de • bestellung@ajona.de

pr. Journal Okt. 17