

Update Parodontologie 2020

Gemeinschaftstagung: 25. Jahrestagung der Aachener Fortbildung für Zahnärzte e.V. in Zusammenarbeit mit der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. in Aachen



Prof. Dr. James Deschner (Mainz)

Mit zahlreichen Teilnehmern hat die diesjährige Jahrestagung mit dem Thema „Update Parodontologie“ der Aachener Fortbildung für Zahnärzte e.V. in Zusammenarbeit mit der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP) e.V. noch vor den gravierenden nationalen und internationalen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Aachen erfolgreich stattfinden können. Der 1. Vorsitzende der NAGP, Prof. Dr. James Deschner (Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung; Universitätsmedizin Mainz), und der 2. Vorsitzende der NAGP, Prof. Dr. Jamal M. Stein (Praxiszentrum für Implantologie, Parodontologie und Prothetik; Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, Uniklinikum der RWTH Aachen), hielten die Aufmerksamkeit des Publikums mit ihren interessanten und informativen Vorträgen über den gesamten Tag hoch.

Systemische Wechselwirkungen, Diagnostik und Klassifikation

Der Vorsitzende der Aachener Fortbildung für Zahnärzte, Dr. Sven Wenzel, eröffnete die Tagung, begrüßte das Publikum und stellte die zwei renommierten Referenten vor. Die Tagung wurde mit einem Überblick über die Parodontitisentstehung von Deschner eingeleitet. Er erläuterte dabei aktuelle Aspekte des mikrobiellen Biofilms, wie zum Beispiel die polymikrobielle Synergie und Dysbiose, und stellte insbesondere Rauchen, Vererbung, systemische Erkrankungen, Stress sowie okklusale Fehl- oder Überbelastungen als Risikofaktoren für die Parodontitis heraus (**Abb. 1**).

Danach gab Prof. Dr. James Deschner eine Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen. Der Referent betonte, dass Patienten, die an einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus leiden, ein höheres Risiko für eine parodontale Erkrankung aufweisen. Umgekehrt kann eine erfolgreiche Parodontitistherapie den HbA_{1c}-Wert bei Typ-II-Diabetes um ca. 0,4 Prozentpunkte senken. Weiterhin ist Parodontitis mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall assoziiert. Eine durch zahlreiche Studien abgesicherte Assoziation besteht auch zwischen Parodontitis und Adipositas. Des Weiteren weisen parodontal-erkrankte Schwangere ein ca. dreifach erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit oder Untergewichtigkeit von Neugeborenen auf. Deschner erwähnte auch, dass durch eine Parodontitistherapie die Aktivität der rheumatoiden Arthritis gesenkt werden kann.

Dem ersten Vortragsblock folgte eine kurze Präsentation über die Diagnostik und die neue Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände (**Abb. 2**). Hierbei wurde im Detail und an Fallbeispielen die Klassifikation von Parodontitiden entsprechend dem Stadium, Grad und der Ausdehnung oder dem Verteilungsmuster erklärt. Deschner teilte auch mit, dass es keine Unterscheidung zwischen chronischer und aggressiver Parodontitis mehr gibt. Ferner wies er darauf hin, dass nun auch eine neue Klassifikation für Rezessionen existiert und der Begriff „biologische Breite“ durch „suprakrestales Gewebeattachment“ ersetzt worden ist.

ne Parodontalchirurgie auskommt, nicht selten Gründe für mögliche Misserfolge darstellen. Die Trias aus kausaler, korrekativer (chirurgischer) und unterstützender Parodontitistherapie (UPT) stellt nach wie vor ein etabliertes und empfehlenswertes Konzept dar.

Während die Bedeutung der Mundhygiene für die Parodontitisätiologie kontrovers diskutiert werden kann, führt die antiinfektiöse Therapie im Sinne der Entfernung des subgingivalen Biofilms zu einer voraussetzenden Eliminierung/Reduktion der Infektion, die auch für eine gegebenenfalls folgende chirurgische Therapie eine wichtige Voraussetzung darstellt.



Prof. Dr. Jamal M. Stein (Aachen)

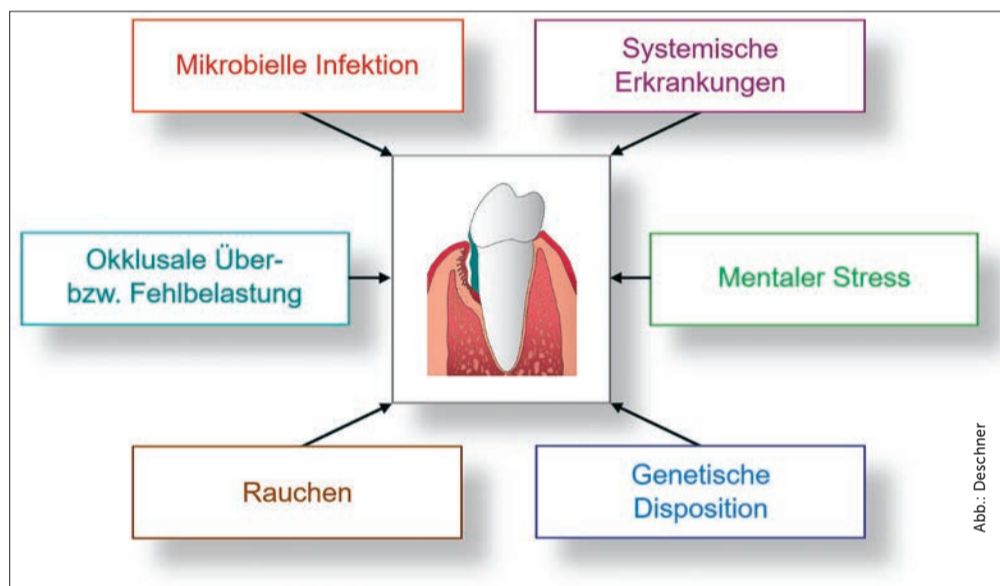


Abb. 1: Risikofaktoren für Parodontitis

Antiinfektiöse Therapie der Parodontitis

Den anschließenden Vortragsblock übernahm Prof. Dr. Jamal M. Stein. Er referierte über das Thema „antiinfektiöse Therapie“. Er begann mit grundsätzlichen Überlegungen zur Etablierung eines zeitgemäßen parodontologischen Behandlungskonzepts. Dazu gehören neben einer systematischen Erfassung des parodontalen Behandlungsbedarfs (Screening) die Analyse des Risikoprofils der Patienten, die Anwendung eines effizienten Biofilmmangements und die Sicherstellung der langfristigen Betreuung der Patienten. So können eine fehlende Nachsorge oder ein Behandlungskonzept, das oh-

Zum Thema „manuelle und maschinelle Wurzeloberflächenbearbeitung“ gab der Referent an, dass die maschinelle Reinigung einen Zeitvorteil im Vergleich zu manuellen habe, allerdings keinen Unterschied in der Effektivität zeige. Die Menge der abgetragenen Substanz sei abhängig von Zeit, Kraft, Winkel und Geräteeinstellung im Rahmen der Instrumentierung. Im Vergleich zum Ultraschall führt die Instrumentierung mit Küretten zu einer glatteren Wurzeloberfläche. Darüber hinaus berichtete Stein, dass die Kühlung mit einer Mischung aus Wasser und desinfizierender Mundspüllösung, etwa Chlorhexidin mit Wasser, keinen relevanten Vorteil im Vergleich zur alleinigen Wasserkühlung zeigt. Weiterhin betonte Stein



Abb. 2: Parodontale Tasche

die Vorteile einer „Full Mouth Disinfection“ im Vergleich zum quadrantweisen Debridement, welche häufig aufgrund von Fehlinterpretationen der zugrunde liegenden Studien negiert wurden.

Zum Thema „photodynamische und Lasertherapie“ referierte nachfolgend Deschner. Er wies darauf hin, dass zahlreiche Studien gezeigt haben, dass die photodynamische Therapie, wenn sie adjuvant zum nichtchirurgischen subgingivalen Debridement eingesetzt wird, zu einer weiteren signifikanten Verbesserung der Sondierungstiefenreduktion und des Attachmentgewinns führt. Allerdings müssten zukünftige Studien zeigen, ob diese zusätzliche Verbesserung der klinischen Parameter auch über drei Monate hinaus zu beobachten ist. Die alleinige Anwendung verschiedener Laser als Ersatz zum subgingivalen Debridement zeigt keine Vorteile. Adjuvant können Laser zwar unter Umständen die Sondierungstiefenreduktion durch die subgingivale Instrumentierung weiter verbessern, allerdings nur kurzzeitig. Zudem fehlt der positive Effekt auf den Attachmentgewinn.

Zu den Themen Antibiotikatherapie sowie Trends und Perspektiven in der antiinfektiösen Therapie referierte sodann Stein. Ziel der adjuvanten antibiotischen Therapie sei die Eliminierung von gewebeinvasiven parodontalen Mikroorganismen. Diverse Konzepte stünden dem Behandler zur Verfügung. Aus alleiniger klinischer Beurteilung heraus erscheint es probat und leitliniengerecht, eine kalkulierte Antibiose zu verabreichen.

Eine andere Möglichkeit wäre die gezielte Antibiose, bei der das Ergebnis eines mikrobiologischen Tests die Antibiotikatherapie diktiert. Dies scheint jedoch vor dem Hintergrund der aktuellen S3-Leitlinie über den adjuvanten Einsatz systemischer Antibiotika in der Parodontitistherapie nicht mehr die Methode der Wahl zu sein, da die Mehrheit der Studien keinen klinischen Vorteil der gezielten (testbezogenen) Antibiose gegenüber der kalkulierten Antibiose nachweisen konnte. Eine dritte Möglichkeit bestünde darin, die antiinfektiöse Therapie zunächst ohne Antibiose durchzuführen und, im Falle des Ausbleibens eines Therapieerfolgs, das Debridement mit adjuvanter systemischer Antibiose zu wiederholen (Göteborg-Konzept). Die lokale Antibiose oder antimikrobielle Therapie mittels Doxycyclin oder Chlorhexidin-Chips kann vor allem bei der unterstützenden Parodontitistherapie hilfreich sein. Ein Trend in der antiinfektiösen Therapie könnte in der adjuvanten Anwendung von Probiotika und/oder der lokalen (nichtchirurgischen) Appli-



Abb. 3: Intraossärer Defekt

Foto: Stein

Buchtipp: Apollonia

Wege in die Selbstständigkeit: Abenteuer Praxisgründung

Für jeden Münsteraner ist es ein Wink, mal wieder in den Dom zu gehen und die Heilige Apollonia in ihrem Winkel zu bestaunen. Auch sie bewies Mut und Leidenschaft als christliche Märtyrerin. Womit wir bei wichtigen Eigenschaften aktueller zahnärztlicher Praxisgründungen angekommen sind. Es kann durchaus ein Abenteuer sein – das aber in dem vorliegenden Buch von all den Befragten in unterschiedlichster Art und Weise in der Verschiedenheit von Standorten und fachlichen Schwerpunkten bestanden worden ist.

Eine lebendige, authentische Welt eröffnet sich dem Leser: Neugierde und Lust werden geweckt bei denen, die den Schritt in die Selbstständigkeit eines freien Berufs noch vor sich haben; Wiedererkennen unzähliger Ereignisse bestätigt sich bei denen, die die Existenzgründung hinter sich haben. Die Autoren verstehen es, die unterschiedlichsten Charaktere der Praxisgründer in einer subtilen Befragung einzufangen.

Da finden wir Zielstrebige, Zögerer, Gezwungene, Selbstbewusste und Trotzige, Spätberufene, professionell Begleitete, Kämpfer, Kinderliebe und Partnerschaftliche. Irgendwie ist das Ende der zehn Interviews bedauerlich, man will mehr, ja man findet sich plötzlich zwischen all den Kollegen, die den Schritt in die freiberufliche Selbstständigkeit gewagt haben, wieder. Die Erlebniswelt der Praxisgründer ist so nah und lebendig, sie spiegelt sie nicht nur den ökonomischen Aspekt einer Unternehmensgründung „Zahnarztpraxis“, sondern

sie spannt den Bogen erfüllten Berufslebens von der persönlichen Zufriedenheit bis zum persönlichen Lebensglück, begleitet von einem hohen Sicherheitsanspruch.

Damit trifft es den Lebensnerv der Generation Y. Die Unsicherheit, in der freiberuflichen Praxisgründung diese Lebensinhalte nicht zu finden, verführt die junge Zahnärztergeneration zur vermeintlichen Sicherheit in Angestelltenverhältnissen. Mit diesem Irrtum räumt die „Apollonia“ gründlich auf: „Das Buch will sich dem Trend der Entfremdung von der freiberuflichen zahnmedizinischen Tätigkeit entgegenstemmen und sowohl Mut machen als auch eine motivierende Entscheidungsgrundlage auf dem Weg in den Berufseinstieg geben“, so die Autoren.

Die Glaubwürdigkeit der Interviews, die Handlungsempfehlungen und die möglichen Kardinalsünden in der Niederlassungsplanung, Checklisten für eine anonyme Selbstanalyse und als anspruchsvolle Ab rundung medizinethische Betrachtungen im Widerspruch von „Ethik und Monetik“ gestalten dieses Buch zu einem Muss für die junge Zahnärztergeneration, das spätestens zum bestandenen Staatsexamen auf dem Geschenktisch liegen sollte.

Dr. Klaus Befelein, M. A., Sprockhövel,

Marie Christine Carrillo, Dr. Karl-Heinz Schnieder, Dr. Caroline Teschmer: *Apollonia – Mut, Leidenschaft und das Abenteuer Praxisgründung. Klappenbroschur, 24,90 Euro, ISBN 978-3-947206-06-3*

kation von Schmelzmatrixproteinen zu sehen sein.

Chirurgische Parodontitistherapie – was ist voraussagbar, was nicht?

Am Nachmittag referierten Deschner und Stein abwechselnd zum Thema „Grenzen der nichtchirurgischen Therapie und chirurgische Verfahren“. Bezüglich der Frage, wann eine konventionelle und wann eine chirurgische Parodontitistherapie erforderlich sei, wurde anhand von Studien dargelegt, dass chirurgische Verfahren bei tieferen Resttaschen (Sondierungstiefe ≥ 6 mm) oder stärkerem Furkationsbefall angezeigt sein könnten (Abb. 3). Der Erfolg regenerativer chirurgischer Maßnahmen hängt von zahlreichen Faktoren ab. Patientenfaktoren wie Rauchen, Compliance, Stress sowie systemische Erkrankungen beeinflussen das Behandlungsergebnis. Dazu kommen außerdem lokale Faktoren, wie zum Beispiel die Art des Defekts sowie die eingesetzten Materialien. Schmelzmatrixproteine führen insbesondere bei tiefen schmalen dreiwandigen Knochendefekten zu guten Ergebnissen. Furkationsdefekte mit Grad II weisen oftmals gute Heilungschancen bei regenerativen Therapieverfahren auf. Als resektive Verfahren stehen klassische Methoden wie Gingivektomie, Widman Flap sowie der apikale Verschiebelappen mit Osteotomie und Osteoplastik zur Verfügung.

Im letzten Vortragsblock befassten sich die Referenten mit der Entscheidungsfindung bei der parodontalen Behandlung sowie der nachfolgenden unterstützenden Parodontitistherapie (UPT). Stein erörterte sodann die Behandlungsoptionen bei prognostisch fraglichen Zähnen. Diese können in Abhängigkeit von der prothetischen Wertigkeit einerseits entfernt oder andererseits mittels regenerativer oder resektiver Maßnahmen in eine sichere Prognose überführt werden. Die dritte Lösung könnte darin bestehen, diese Zähne in „nicht strategische“ Zähne zu überführen, sodass sie trotz fraglicher Prognose erhalten und in das Gesamtkonzept integriert werden können. Die end-

gültige Prognoseentscheidung sollte stets erst nach der antiinfektiösen Therapie erfolgen.

Bezüglich der UPT betonte Deschner, dass die Reevaluation der parodontalen Situation acht bis zwölf Wochen nach der antiinfektiösen Therapie erfolgen sollte. Bei noch erhöhten Sondierungstiefen, insbesondere in Kombination mit Sondierungsblutung, müssen die Taschen erneut behandelt werden. Dies kann in Abhängigkeit von der speziellen Situation entweder durch eine Wiederholung der nichtchirurgischen subgingivalen Instrumentierung, eventuell in Kombination mit einer lokalen oder systemischen Antibiose oder photodynamischen Therapie, oder durch einen parodontal-chirurgischen Eingriff erfolgen. Für die Bestimmung der Recall-Intervalle kann die parodontale Risikobeurteilung (Periodontal Risk Assessment, PRA) nach Lang und Tonetti herangezogen werden. Ein alternativer und praxisbezogener Ansatz besteht darin, mit einem Recall-Intervall von drei Monaten zu beginnen. Sollte der parodontale Zustand über einige UPT-Termine stabil bleiben, kann der Abstand sukzessive auf bis zu sechs Monate ausgedehnt werden. Bei einer Verschlechterung der parodontalen Situation nach zunächst erfolgreicher Therapie ist eine Verkürzung des Recall-Abstands sinnvoll. Abschließend referierte Stein zum Thema Rezessionsdeckung. Er erläuterte, dass der Erfolg von diversen Faktoren abhängig sei. Dazu zählen einerseits patientenbezogene Faktoren wie Rauchen, Dicke der Gingiva und Höhe der interdentalen Papille, andererseits aber auch behandlerbezogene Faktoren wie Spannung des Lappens, Positionierung der Gingiva und chirurgisches Trauma.

Insgesamt bot die diesjährige Jahrestagung der Aachener Fortbildung für Zahnärzte e.V. in Zusammenarbeit mit der NAGP e.V. ein spannendes Update im Bereich Parodontologie und blieb glücklicherweise noch von den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie verschont.

Dr. med. dent. Anna Damanaki, Mainz

DER GOLDSTANDARD DER WASSERHYGIENE



BLUE SAFETY

Die Wasserexperten

Mit SAFEWATER und rechtssicherer Wasserhygiene:

Geld sparen, Rechtssicherheit gewinnen, vor Infektionen schützen.



I ♥ 💧

JETZT 10 JAHRE BLUE SAFETY 2010-2020 #ilovewater

Jetzt Ihren persönlichen Beratungstermin vereinbaren:

Fon **00800 88 55 22 88**

☎ **0171 991 00 18**

📺 **Vor Ort oder per Video-Beratung**

www.bluesafety.com/Goldstandard

BLUE SAFETY Premium Partner DEUTSCHER ZAHNARZTTAG für den Bereich Praxishygiene

Hinweis: Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.