

Update Parodontitis



Um 25 Prozent haben mittelschwere und schwere Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen und Senioren seit 1997 zugenommen. Das Ergebnis der IV. Deutschen Gesundheitsstudie belegt einen wachsenden Bedarf an parodontalen Therapiemaßnahmen. Gleichzeitig steigt die Zahl der Implantatpatienten – das Periimplantitisrisiko wächst. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Praxis? ANNE BARFÜß

Dr. Thorsten Berg



ist seit 2011 Medical Director Consumer bei der Johnson & Johnson GmbH in Neuss. Er ist seit 2003 im Unternehmen und war bis 2011 u. a. für die klinische- und gesundheitsökonomische Forschung in Europa und dem asiatischen Raum verantwortlich. Er studierte Medizin in Heidelberg und ist Facharzt für Chirurgie. Kontakt: tberg2@its.jnj.com

Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger



leitet die Sektion Parodontologie an der Zahnklinik Freiburg sowie den Studiengang MasterOnline Parodontologie und Periimplantäre Therapie. Zu ihren Schwerpunkten zählen u. a.: Einfluss von Allgemeinerkrankungen auf das Parodont, regenerative und plastische Parodontalchirurgie. Kontakt: petra.ratka-krueger@uniklinik-freiburg.de

Univ.-Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber



war bis zu seinem Ruhestand Ende 2008 als Professor für Parodontologie am Universitätsklinikum Charité Berlin tätig. Zu seinen Schwerpunkten zählen alle Gebiete der Parodontologie, insbesondere die Diagnostik der früh beginnenden Parodontitis sowie die Biochemie des Parodontiums, aber auch die Periimplantitis. Kontakt: bmkleber@gmx.de

PD Dr. Jamal M. Stein



studierte Zahnmedizin in Halle, habilitierte sich 2010 an der Uniklinik der RWTH Aachen und ist als Spezialist für Parodontologie (M.Sc.) in einer Gemeinschaftspraxis mit Dr. C. Hammächer in Aachen tätig. Schwerpunkte: antiinfektiöse, resektive und regenerative Parodontitistherapie sowie die Periimplantitis. Kontakt: j.m.stein@gmx.de

Dr. Steffen Rieger (M.Sc.)



studierte Zahnheilkunde in Tübingen und arbeitet seit 2005 im Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum Stuttgart bei Prof. Dr. Johannes Einweg. Er absolvierte das berufsbegleitende Studium an der Universität Freiburg zum Master of Science Parodontologie & Periimplantäre Therapie (M.Sc.). Kontakt: steffen-rieger@web.de

PD Dr. Stefan Hägewald



studierte Zahnheilkunde in Berlin und ist seit 2005 niedergelassen in eigener Praxis in Berlin und Lehrbeauftragter der Charité Berlin. Arbeitsschwerpunkte: komplexe Parodontalbehandlungen, parodontale Chirurgie, Mukogingivalchirurgie, Implantologie im parodontal geschädigten Gebiss. Kontakt: stefan.haegewald@googlemail.com

Frau Professor Ratka-Krüger, Parodontitis gilt heute als Risikofaktor für eine ganze Reihe von Erkrankungen: Immer mehr Studien und Kongresse befassen sich mit den allgemeinmedizinischen

Auswirkungen oraler Infektionen auf Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen, Arteriosklerose und Pneumonien. Selbst Frühgeburten können durch Parodontitis ausgelöst werden. Überspitzt gefragt: Wie bleibt man trotz Parodontitis gesund?

RATKA-KRÜGER: Wer unter einer Parodontitis leidet, ist zunächst einmal zahnmedizinisch gesehen nicht gesund. Er ist erst dann wieder gesund, wenn eine systematische Parodontitistherapie erfolgreich durchgeführt wurde und er sich dauerhaft in eine Erhaltungstherapie begibt. Viele Studien belegen eine Assoziation zwischen den oben

**1 Thema,
6 Meinungen**
*Wissen aus Praxis,
Hochschule und Industrie*

angegebenen Erkrankungen und einer Parodontitis. In zwei neueren Metaanalysen wurden Parodontalerkrankungen eindeutig mit koronarer Herzerkrankung assoziiert.

RIEGER: Die Frage ist in der Tat überspitzt formuliert. Im

Jahre 1998 veröffentlichte die American Academy for Periodontology (AAP) ein Positionspapier, in dem das Vorhandensein einer Parodontitis als mögliche Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen des Allgemeinorganismus, wie oben aufgeführt, beschrieben wurde. Mit diesem Positionspapier wurde eine anhaltende Diskussion ausgelöst, deren Ende bis heute nicht absehbar ist.

Wie sieht die Datenlage aktuell aus?

RIEGER: Die Datenlage ist bis heute unklar. Einerseits reicht die Evidenz aus, um Patienten über mögliche



Abb. 1a, 1b: Gingivavergrößerung bei einem 13-jährigen Jungen unter Phenytoingabe [Fotos: Ratka-Krüger]

Zusammenhänge zwischen einer vorhandenen Parodontitis und anderen Erkrankungen aufzuklären. Andererseits ist die Evidenzlage zu dünn, um z. B. Patienten mit Diabetes mellitus nach erfolgreicher und gegebenenfalls kostenpflichtiger Parodontitistherapie eine Verbesserung ihrer diabetischen Stoffwechsellage zu versprechen.

STEIN: Natürlich führt nicht jede Parodontitis zu systemischen Erkrankungen. Allgemeine Gesundheit ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen ein allgemeines Gesundheitsbewusstsein, gesunde Ernährung, körperliche Betätigung und Verzicht auf Noxen wie Nikotin und Alkohol sowie eine ausgeglichene „Work Life Balance“. Patienten mit langjähriger schwerer Parodontitis und allgemeinmedizinischen Risikofaktoren – Raucher, Hypertoniker, Herzinfarktanamnese et cetera – sollten über diese Zusammenhänge informiert und gegebenenfalls einer allgemeinärztlichen bzw. internistischen, kardiologischen Untersuchung zugeführt werden. Darüber hinaus ist die Parodontitis in den meisten Fällen gut behandelbar. Und: Die Therapie wirkt sich positiv auf die Allgemeingesundheit aus. So kann die antiinfektiöse nichtchirurgische Parodontitistherapie zur Verbesserung der Gefäßfunktionen führen, bei Schwangeren das Risiko für Frühgeburten reduzieren und bei Diabetikern den Blutglukosespiegel senken.

Herr Professor Kleber, welche Auswirkungen hat die Parodontitis auf den Organismus?

KLEBER: Bei Parodontitis handelt es sich um eine chronische Entzündung der Gewebe des Zahnhalteapparats, die durch mikrobielle Auflagerungen auf den Zähnen und Zahnwurzeln, den Biofilm, verursacht, durch unterschiedliche individuelle Bedingungen in ihrer Ausprägung variiert wird und bei Nichtbehandlung im Endeffekt zum Zahnverlust führt. Obwohl klinisch das lokale Geschehen imponiert, hat die chronische Entzündung nachweislich unterschiedliche Auswirkungen auf den Gesamtorganismus. Die Frage „Wie

bleibt man trotz Parodontitis gesund?“ ist also falsch gestellt.

Nicht, wie man *mit* Parodontitis gesund bleibt, sondern wie man Parodontitis vermeidet, steht im Fokus. Nach den Ergebnissen von Studien über lange Zeiträume wissen wir, dass eine gute und auf die individuellen Bedingungen ausgerichtete Prävention die Entwicklung der Parodontitis zu verhindern vermag. Prävention bedeutet die perfekt erlernte Mundhygiene durch den Menschen selbst, die unterstützende regelmäßige professionelle Prävention durch das zahnärztliche Team mit professioneller Zahnreinigung, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Implantatreinigung sowie die allgemeine Aufklärung zu gesunder Lebensführung.

Unbestritten ist die Prävention der beste Ansatz. Doch Parodontitis ist eine Volkskrankheit. Herr Dr. Hägewald, wie helfen Sie Ihren PA-Patienten, gesund zu bleiben?

HÄGEWALD: Neben einer konsequenten und fachgerechten Parodontalbehandlung geht es darum, weitere Risikofaktoren zu reduzieren, da schließe ich mich Prof. Kleber an. Die Wahrscheinlichkeit für schwere Allgemeinerkrankungen wird somit deutlich gesenkt. Plaquebeseitigung und eine möglichst entzündungsfreie Mundhöhle spielen natürlich immer eine wesentliche Rolle.

Nennen Sie bitte die konkreten Behandlungsstrategien.

RIEGER: Das sorgfältige Screening sowie die zielgerichtete Behandlung der Parodontitis sind angesichts der unverändert hohen Prävalenz parodontaler Erkrankungen in Deutschland entscheidend, auch im Hinblick auf möglicherweise vorliegende Allgemeinerkrankungen. Dies gilt insbesondere für Patienten mit erhöhtem Bakteriämierisiko. Weiterhin sind eine intensivierte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahn- und Hausärzten sowie die Sensibilisierung der Humanmediziner für die Erkrankungen der Mundhöhle wünschenswert.

SDR verändert die Zahnheilkunde.



"Sehr anwenderfreundlich, exzellent zu verarbeiten – ich kenne kein vergleichbares Material."

Ralf G. Seidemann, Bremen



"Einfache Anwendung bei sehr gutem Ergebnis + Arbeitserleichterung = Super!"

Dr. Michaela Hopfgarten, Dessau



"Exzellente Adaptation an die Kavitätenwände und Selbstnivellierung gewährleisten hervorragende Randschlüsse."

Dr. Stefan Schupp, Tübingen



SDR™

Smart Dentin Replacement



Zahnärzte in der ganzen Welt lieben die einzigartig sichere und einfache SDR-Füllungstechnik. Mehr als 40.000 Zahnärzte weltweit, davon über 20.000 in Europa haben bereits mehr als 7 Millionen Anwendungen gekauft.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Weitere Informationen: www.dentsply.de/SDR
oder DENTSPLY Service-Line 08000-735000 (gebührenfrei).

For better dentistry

DENTSPLY



Abb. 2a: 18-jähriger Patient mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus Typ I (HbA1c = 14 %) und schwerer Parodontitis [Foto: Kürschner]



Abb. 2b, 2c: Deutliche Progredienz des Knochenabbaus in regio 36 nach nur fünf Monaten bei einem 18-jährigen Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus Typ I (HbA1c = 14 %) und schwerer Parodontitis [Fotos: Kürschner]

RATKA-KRÜGER: Patienten mit schwerer Parodontitis müssen das potenziell erhöhte Risiko einer Gefäßveränderung kennen. Der behandelnde Zahnarzt sollte eine Vorstellung beim Hausarzt anraten. Darüber hinaus sollte er auf Risikofaktoren wie Rauchen und ungesunde Ernährung hinweisen und Informationen zur Raucherentwöhnung und Ernährungsschulung geben.

Welche Maßnahmen zur häuslichen Mundhygiene empfehlen Sie Ihren PA-Patienten?

KLEBER: Die Dreifachprophylaxe mit Zahnbürste, Zwischenraumpflege und antibakterieller Mundspülung.

- Putzen sollte man möglichst mit der elektrischen Zahnbürste.
- Die Zwischenraumpflege mit Zahnseide eignet sich eher bei jüngeren Menschen mit geschlossenen Zahnreihen.
- Patienten mit Restaurationen zum Lückenschluss, prothetischem Zahnersatz und Implantaten sowie älteren Menschen mit geöffneten Zahnzwischenräumen rate ich zu Zwischenraumbürstchen.
- Antibakterielle Spüllösung ergänzt die Prophylaxe ohne Nebenwirkungen bei längerer Anwendung.

Dabei sind die Methoden individuell anzupassen. So macht es zum Beispiel wenig Sinn, bei einem jungen Menschen mit geschlossenen Zahnreihen sowie nicht geöffneten Zahnzwischenräumen eine Zwischenraumbürste zu empfehlen. Es ist also wiederum die Aufgabe des Prophylaxeteams, die für den Patienten richtigen Methoden auszuwählen, anzupassen und mit ihm unter Anleitung zu üben.

Wie wichtig sind dabei Patientenschulungen, Überzeugungsarbeit und regelmäßige Kontrollen?

RATKA-KRÜGER: Das ist letztlich der Dreh- und Angelpunkt. Patienten müssen von der Notwendigkeit einer effektiven Mundhygiene überzeugt und geschult werden. Der Rhythmus einer PZR sollte risikoorientiert festgelegt werden.

HÄGEWALD: Das sehe ich genauso. Die individuelle, situationsbezogene Beratung und Demonstration bildet die Basis funktionierender häuslicher Mundhygiene. Der Patient muss mit den Hygienehilfsmitteln zurechtkommen. Um den adäquaten PZR-Rhythmus festlegen zu können, muss der Patient anhand fester Mundhygieneparameter beobachtet und kontrolliert werden.

RIEGER: Neben einer guten Putztechnik mit einer Hand- oder Schallzahnbürste hat die sorgfältige Reinigung der Interdentalräume mit individuell angepassten Interdentalbürsten eine entscheidende Bedeutung. Auch die Zungenreinigung halte ich für wichtig. Je nach Risiko beläuft sich das Recall-Intervall auf ein bis vier Termine pro Jahr, bei aggressiven Erkrankungsformen und direkt nach einer Therapie auch häufiger.

Herr Dr. Berg, welchen Stellenwert haben ätherische Mundspülungen in diesem Zusammenhang?

BERG: Gerade bei betroffenen und gefährdeten Menschen ist eine optimale Mundhygiene besonders wichtig. Optimal ist eine Dreifach-Prophylaxe, bestehend aus Zahnbürste, Zwischenraumpflege und einer antibakteriellen Mundspülung wie Listerine.

Belegen Studien den Erfolg?

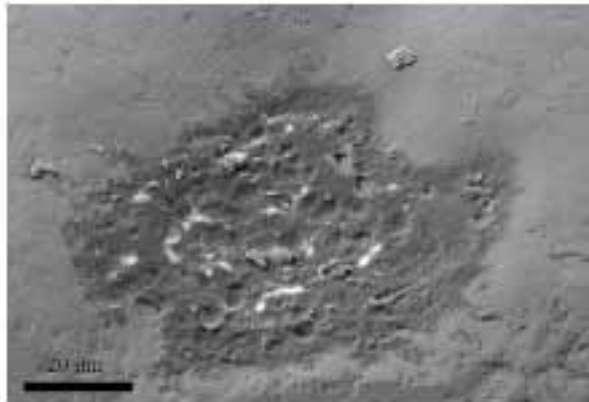
BERG: Ja, die Verwendung von Listerine reduziert den Plaqueindex nachweislich um 56,8 Prozent, verglichen mit einer reinen Verwendung von Zahnbürste und Zahnseide. Weitere Studien belegen, dass auch bei täglicher Langzeitanwendung von Listerine keine bakteriellen Resistenzen entstehen und die Mundschleimhaut nicht verändert wird. Auch eine Verfärbung der Zähne ist nicht zu beobachten.

Welche PZR-Rhythmen empfehlen Sie ?

KLEBER: Bei einem kariesresistenten und parodontal gesunden Menschen mit sehr guter Mundhygiene sind PZR-Abstände von einem Jahr und mehr denkbar.

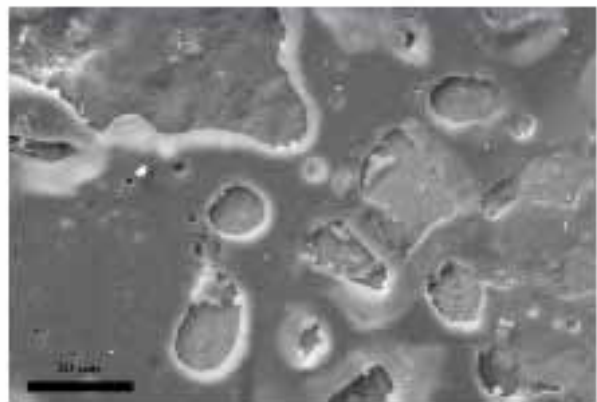
Biorepair® im Vergleich zu fluoridhaltiger Zahnpasta

Doppelblinde klinische In-vivo-Studie



Zahnschmelz nach acht Wochen Behandlung mit
Fluorid-Zahnpasta:

Es entsteht nur eine rudimentäre Schicht



Zahnschmelz nach acht Wochen Behandlung
mit **Biorepair®** Zahnpasta:

**Zink-Carbonat-Hydroxylapatit bildet
eine deutliche Schutzschicht aus künst-
lichem Zahnschmelz**

(Beweis durch Elementar-Analyse*)



**Biorepair® Zahncreme mit
20 % künstlichem Zahnschmelz**

*Biorepair® ist bei Zahnärzten und in Apotheken sowie
in Drogeriemärkten und -abteilungen erhältlich.*

**Neue Sorte: Biorepair® mild. Mentholfrei und milder
Geschmack**

*Autoren: Prof. Dr. Angelo Pulignano (Universität Marche, Ancona) und Prof. Dr. Norberto Roveri (Universität Bologna). Publikation J Dent Res 90 (Spec Issue) # 2621, 2011 (www.dentalresearch.de)
Remineralization/repair of enamel surface by biomimetic Zn-carbonate-hydroxyapatite-containing dentifrice



Abb. 3a: 13-jähriger Patient mit Gingivavergrößerung. Zustand nach Nierentransplantation und Einnahme von Amlodipin



Abb. 3b: Schwangerschaftsgingivitis bei einer 30-jährigen Patientin in der 17. SSW [Fotos 3a, 3b: Kürschner]

Bei Patienten mit behandelter Parodontitis, bei Patienten mit umfangreicher prothetischer Rehabilitation oder bei Implantatpatienten dürfen die Abstände kürzer sein. Junge Patienten mit aggressiven Formen der Parodontitis sollten nach der unmittelbaren Therapie in sehr kurzen Abständen zur Kontrolle des Therapieerfolgs sowie zur Vermeidung eines Rezidivs einbestellt werden.

Kommen wir zur Periimplantitis: Rund eine Million Implantate wurden im vergangenen Jahr nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) inseriert. Wird das Vermeiden von Periimplantitis die Herausforderung in der Oralprophylaxe?

STEIN: In der Tat ist der Behandlungsbedarf der Periimplantitis groß und wird in Zukunft mit zunehmender Anzahl an gesetzten Implantaten weiter steigen. Die Daten der Konsensuskonferenz des 6. European Workshop on Periodontology zeigen, dass die Prävalenzen periimplantärer Infektionen zwischen 28 und 56 Prozent liegen, während eine Mucositis bei etwa 80 Prozent der Patienten mit Implantaten vorzuliegen scheint.

RATKA-KRÜGER: Nicht nur das Vermeiden, sondern die Therapie der Periimplantitis wird die Herausforderung der Zukunft sein. Während das Keimspektrum der Periimplantitis dem der Parodontitis sehr ähnelt, zeigen parodontales und periimplantäres Gewebe deutliche Unterschiede hinsichtlich Vaskularisation und Kollagenstruktur.

Bei beiden Erkrankungsformen geht es primär um die Biofilamentfernung, was an Implantatstrukturen deutlich schwieriger und bis zum heutigen Tage nicht vollständig realisierbar ist. In Zukunft gilt es, evidenzbasierte Therapiekonzepte zu erstellen, die derzeit noch ausstehen.

RIEGER: Periimplantitis ist die Hauptursache für Spätverluste von zahnärztlichen Implantaten. Aufgrund der steigenden Anzahl inserierter Implantate ist in Zukunft mit einer weiteren Zunahme postimplantologischer Komplikationen, insbesondere periimplantärer Entzündungen, zu rechnen. Die

Vermeidung von Periimplantitis wird also tatsächlich eine der ganz großen Herausforderungen der Oralprophylaxe.

Herr Dr. Stein, inwieweit ähneln sich Parodontitis und Periimplantitis?

STEIN: Die Mikrobiologie periimplantärer Infektionen zeigt zwar Ähnlichkeiten zur Parodontitis, allerdings spielen auch weniger mit Parodontitis assoziierte Keime wie Staphylokokken, Candidaspezies sowie Enterokokken bei der Periimplantitis eine bedeutende Rolle. Die Periimplantitis verläuft florider als die Parodontitis, da ein Wurzelzement und parodontales Ligament fehlen. Das entzündliche Infiltrat geht am Implantat deutlich schneller in den periimplantären Knochen über. Da das Risiko für Periimplantitis bei Patienten mit Parodontitis deutlich steigt, kommt der Behandlung der Parodontitis eine wichtige Rolle zu.

Welche Behandlungsstrategien lassen sich daraus für den Praxisalltag ableiten?

RIEGER: Die Periimplantitis steht ätiologisch, ähnlich wie die Parodontitis, in engem Zusammenhang zum submukosalen Biofilm. Die mikrobiologische Flora ist bei Parodontitis und Periimplantitis vergleichbar, wobei in periimplantären Läsionen auch *Staphylococcus aureus* vorkommen kann, der häufig Fremdkörper wie Hüftgelenke aus Titan besiedelt. Bei der Therapie periimplantärer Erkrankungen ist somit das Entfernen der bakteriellen Plaque essenziell.

Zur Dekontamination der strukturierten Implantatoberfläche werden in der Literatur verschiedene Verfahren wie mechanische Therapieansätze, Lasertherapie oder die photodynamische Therapie beschrieben.

Welche Therapien sind am effektivsten?

RIEGER: Die zurzeit vorhandene Evidenz erlaubt noch keine Aussage darüber, von welchem Therapieansatz die höchste Effektivität zu erwarten ist. Dies unterstreicht die Bedeutung der Periimplantitis-Prophylaxe! So sind insbesondere die



Qualität,
die begeistert.

Der Zweite von vorne ist übrigens gemacht.
Oder war es der
daneben?

Ästhetik, die begeistert. Mit den Filtek™ Compositen von 3M ESPE.

Die ideale Zahnrestauration ist nur auf eine Art sichtbar: unsichtbar. Um diesen Anspruch zu erfüllen, sind Sie gefragt! Und die 3M ESPE Composite mit Nanofüller-Technologie:

Filtek™ Supreme XTE mit lebens echter Ästhetik, 36 Farben und 4 Opazitäten, dauerhafter Glanzbeständigkeit und einem Verschleiß vergleichbar mit dem von Zahnschmelz. Für Zahnrestauration der Spitzenklasse durch Nanotechnologie der zweiten Generation. **Filtek™ Z500**, die Weiterentwicklung der Z-Linie (Z100™ MP, Filtek™ Z250, Filtek™ Z500) mit einfachem Handling durch reduzierte Klebrigkeit in 8 Universalfarben und einer Opak-Farbe.

3M ESPE. Qualität, die begeistert.

www.3MESPE.de/Fotowettbewerb



Filtek™
Fotowettbewerb
Jetzt ONLINE mitmachen
und **GEWINNEN!**



3M ESPE

3M ESPE AG - ESPE Division - 42229 Sieddorf - Heesfeld 0900-2 75 0773 - Marketing@3mespe.com - www.3mespe.de
3M ESPE, Filtek und Z 500 sind Marken von 3M oder 3M ESPE AG. © 3M 2011. Alle Rechte vorbehalten.

Therapie einer eventuell vorliegenden Parodontitis vor Implantation und eine engmaschige Erhaltungstherapie zwingend erforderlich.

Sollte die Periimplantitisbehandlung in die systematische PA-Behandlung integriert werden?

STEIN: Ja, dafür plädiere ich! Ein evidenzbasiertes Schema zur Periimplantitistherapie ist bislang nicht etabliert. Außerdem sind die Erfolge einer nichtchirurgischen Therapie der Periimplantitis sehr bescheiden. Dennoch empfiehlt sich analog der Parodontitistherapie eine antiinfektiöse Behandlung vor der chirurgisch korrektiven Therapie.

HÄGEWALD: Die Keimbeseitigung ist ein entscheidender Faktor, insbesondere da die Bakterienflora bei beiden Erkrankungen sehr ähnlich ist. Im Unterschied zur Parodontitis liegen für die Behandlung der Periimplantitis leider zu wenige klinische Langzeitstudien vor, so dass noch keine gesicherte Therapieform empfohlen werden kann. Antibakterielle Kombinationstherapien scheinen aber der richtige Ansatz zu sein, jedoch entsteht durch die Affinität der Bakterien zur rauen Implantatoberfläche eine schwierige Ausgangssituation. Klar hat die Prophylaxe bei Implantatpatienten grundsätzlich eine Schlüsselfunktion.

KLEBER: Die adäquate Pflege der periimplantären Gewebe ähnelt dem Vorgehen bei natürlichen Zähnen: Es gilt, die Ausbildung eines Biofilms mit parodontopathogenen Keimen zu verhindern. Allerdings sind die Methoden dafür durchaus unterschiedlich: So haben ältere Menschen Schwierigkeiten, ein Implantat im Seitenzahnggebiet mit einer zementierten Einzelkrone zu reinigen. Die Verwendung von Superfloss und Zwischenraumbürsten bereitet Probleme. Die Sicht ist eingeschränkt, die Finger sind nicht mehr so beweglich etc.

Welche Hilfsmittel empfehlen Sie?

KLEBER: Elektrische Zahnbürsten mit speziellen Aufsätzen für die Zwischenraumreinigung und antibakterielle Spüllösungen. Vorteilhaft ist auch die Unterstützung des Lebenspartners bei der häuslichen Mundhygiene und das Üben unter Anleitung der Dentalhygienikerin.

Worauf müssen Periimplantitispatienten bei der häuslichen Mundhygiene besonders achten?

KLEBER: Bei einer bestehenden Periimplantitis ist es zunächst einmal die Aufgabe des Zahnarztes, die Periimplantitis zu behandeln. Im Zuge der Behandlung werden sich die passenden Methoden auch für die häusliche Mundpflege zeigen. Bei milder oder beginnender Periimplantitis ist neben der unbedingten zahnärztlichen Therapie die gezielte häusliche Behinderung der Biofilmbildung mit Unterstützung antibakteriell wirkender Lösungen empfehlenswert, Spüllösungen für den langzeitigen

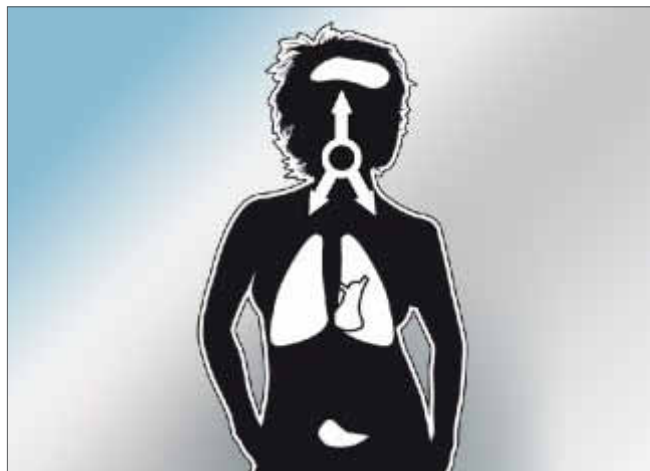


Abb. 4: Parodontitis beeinflusst die Allgemeingesundheit [Grafik: Meinardus]

Gebrauch, Chorexidin-Spray/Chlorhexidin-Gel für den kurzzeitigen Gebrauch. Eine PZR sollte wenigstens in Vierteljahresabständen erfolgen.

HÄGEWALD: Wir weisen die Patienten auf die besondere Schwere der Entzündung hin und betonen, dass sie mehr tun müssen als ein „normaler“ Patient. Engere PZR-Intervalle, etwa alle zwei bis drei Monate, sind hier besonders wichtig, vor allem, wenn man den Patienten und die pathologische Situation noch nicht so gut kennt. Zahnbürste – wahlweise Hand-, Schall- oder elektrisch – sowie in der Regel ein zusätzliches Hilfsmittel werden auch hier empfohlen, eventuell kombiniert mit lokalen antiseptischen Maßnahmen. Die Kontrolle der durchgeführten Hygiene ist und bleibt entscheidend.

Das unterscheidet sich bis auf die verkürzten PZR-Intervalle nicht so sehr von den Empfehlungen für Parodontitispatienten.

STEIN: Richtig, wir empfehlen sowohl für Parodontitis- als auch für Periimplantitispatienten in der Regel ein dreimonatiges Recall nach Beendigung einer systematischen Parodontitistherapie für den Zeitraum von einem Jahr. Bei stabilen Verhältnissen, d. h. keine Erhöhung der Sondierungswerte und Sondierungsblutungen, wird jährlich der Abstand um einen Monat erhöht, also nach einem Jahr alle vier, nach zwei Jahren alle fünf Monate usw., jedoch maximal alle sechs Monate.

Wann erhöhen Sie die Recallfrequenz wieder?

STEIN: Bei geringgradigen Verschlechterungen der Sondierungswerte wird der Recallabstand wiederum verkürzt bzw. – falls erforderlich – eine Rezidivbehandlung durchgeführt. Für die Mundhygiene favorisieren wir die Anwendung von Schallzahnbürsten aufgrund ihrer hydrodynamischen Vor-

Biodentine™

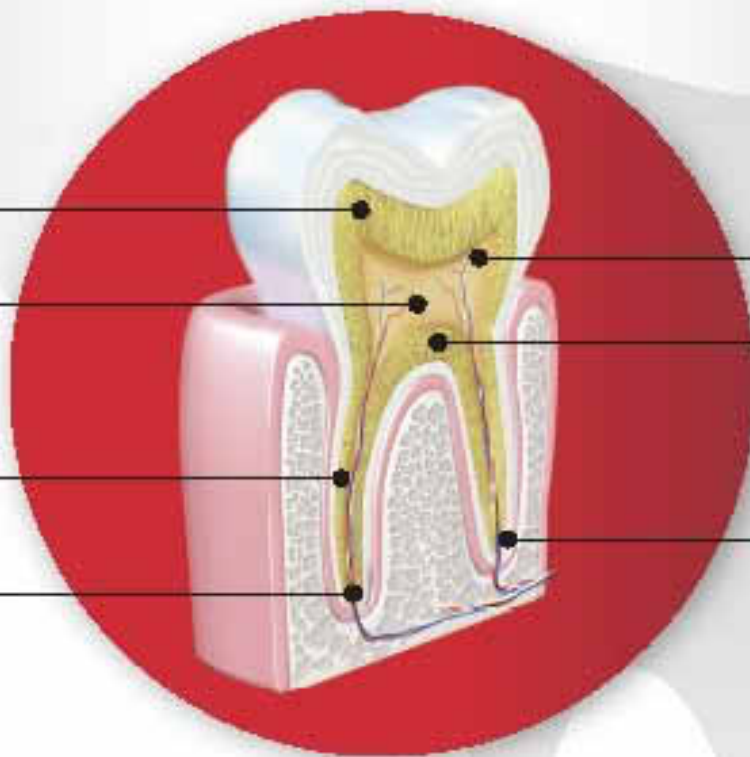
... ist das erste biokompatible und bioaktive Universalmaterial zur Behandlung jeder Dentinläsion

Dentinkarles
Biodentine™

Pulpotomie
Biodentine™

Interne/externe
Resorptionen
Biodentine™

retrograde
Wurzelkanalfüllung
Biodentine™



freigelegte Pulpa
Biodentine™

Perforationen
Biodentine™

Apexifikation
Biodentine™

Indiziert für Versorgungen im Bereich der **Zahnkrone** und **-wurzel**

Unterstützt die **Remineralisierung** des Dentins

Erhält die Vitalität der Pulpa und **fördert ihre Heilung**

Ersetzt natürliches Dentin dank **gleicher mechanischer Eigenschaften**

**ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY**



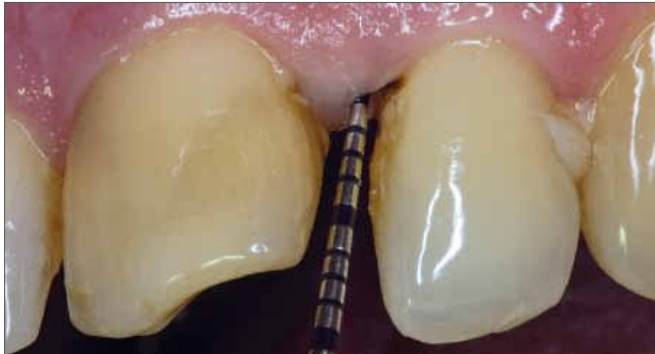


Abb. 5: Chronische Parodontitis bei einem 48-jährigen Mann. Sondierungstiefe 6 mm, Stützgewebeverlust 8 mm. Verlust der interdentalen Gingiva. Kronenfraktur seit längerer Zeit ohne Schädigung des Zahnmarks. Mangelnde Hygiene



Abb. 6: Beteiligung der Furkation im Verlauf einer chronischen Parodontitis stellt eine schwere Komplikation dar (Sondierung mit Nabers-Sonde, Furkationsbeteiligung Grad 2, erneuerungsbedürftige Restauration). [Fotos: Kleber]

teile sowie die Interdentalraumhygiene mit Zahnseide bzw. individuell angepassten Interdentalbürsten. Bei der unterstützenden Parodontitis- und Periimplantitistherapie hat sich darüber hinaus die Anwendung der (niedrig abrasiven) Pulverstrahltechnik bewährt (Abb. 16).

Herr Dr. Berg, überzeugen Listerine auch bei Implantatpatienten?

BERG: Ja, auch bei der Pflege von Implantaten bietet unsere Mundspülung eine gute Ergänzung. Listerine kann den langfristigen Erhalt von Implantaten unterstützen, da es auch an für die Zahnbürste schwer zugänglichen Stellen die Plaquebildung hemmt. Dies wurde auch im Rahmen einer Studie bestätigt.

Mit neuen Tests zur Parodontitis-Früherkennung lässt sich nach wenigen Minuten parodontaler Gewebeabbau diagnostizieren, und zwar bevor dessen klinische Zeichen überhaupt sichtbar werden. Was halten Sie davon?

KLEBER: Diagnostische Methoden zur Früherkennung für Parodontitis und Periimplantitis sind auch schon in der Vergangenheit empfohlen worden, z.B. der BANA-Test. Sie beruhen auf dem Nachweis bestimmter Entzündungsmarker in der Sulkusflüssigkeit (crevikuläre gingivale Flüssigkeit – CGF). Da die mit der jeweiligen Methode gesuchten Entzündungsmarker eine Korrelation zum Beginn oder zur Intensität der Entzündung aufweisen, kann eine frühe Diagnostik, also vor dem ausgeprägten klinischen Bild, sinnvoll sein. Probleme sind jedoch mit der Methodik selbst verbunden, dazu zählen zum Beispiel:

- die Menge des entnommenen CGF,
- die quantitative Bestimmung der Entzündungsmarker,
- die breite Streuung der Ergebnisse, auch in Abhängigkeit vom Entnahmeort etc.
- Auch die Bestimmung von subgingivalen Bakterien aus dem Biofilm der parodontalen Tasche hat methodische Fehlerquellen.

HÄGEWALD: Die Früherkennungstests sind zusätzlich zur Einschätzung der Situation wie auch als Motivationshilfe wichtige Ergänzungen zur herkömmlichen Diagnostik. Insbesondere bei aggressiver oder refraktärer Parodontitis bzw. Periimplantitis sind sie indiziert. In den nächsten Jahren wird die Diagnostik sicher weiterentwickelt werden und uns neue Einsichten erbringen; hier stehen wir erst am Anfang.

RATKA-KRÜGER: Der Test auf aktivierte MMP-8 soll einen Nachweis destruktiver Prozesse liefern, bevor der Gewebeverlust makroskopisch sichtbar ist.

Es liegen mehrere Studien zur eindeutigen Assoziation zwischen Parodontitis und MMP-8 vor. Dennoch fehlen klinisch kontrollierte Studien, die eine klare Korrelation zwischen dem klinischen Bild und dem Testergebnis aufzeigen.

Herr Dr. Rieger, wann machen solche Tests für den Praktiker wirklich Sinn?

RIEGER: Konventionelle Hilfsmittel zur Diagnose einer Parodontitis wie das Sondieren mit Erfassung des Attachmentlevels und Röntgen weisen einen Gewebeschaden erst dann nach, wenn er bereits eingetreten ist. Die Diagnostik setzt eigentlich zu spät an. Auch positives BOP hat nur eine begrenzte positive Vorhersagekraft, wohingegen negatives BOP ein Zeichen für parodontale Stabilität ist. Hier setzt nun „PerioMarker“ an – ein Schnelltest zum Nachweis von aMMP-8. Der Test ist ein interessanter Ansatz, doch es gibt Kritik:

- aMMP-8 ist ein Einzelfaktor, es gibt jedoch eine Vielzahl verschiedener Enzyme/Zytokine etc. Kein einzelner Faktor und keine Kombination können bislang zwischen aggressiver und chronischer Parodontitis unterscheiden (Loos und Tjoa, 2005).
- Was genau sind die therapeutischen Konsequenzen aus dem Test? Die Recallhäufigkeit erhöhen und wenn ja, auf welches Intervall? Erneutes SRP? Gabe von Antibiotika, z. B. von Tetracyklinen (Hemmung von Kollagenasen)?



CAMLOG IST JETZT

DOPPELT GUT

Neu, konisch und in CAMLOG-Qualität: Das CONELOG® Implantatsystem. Damit erhalten Sie nun erstklassige Implantate mit Tube-in-Tube™ und konischer Verbindung aus einer Hand. Zusätzlich profitieren Sie von zwei Jahren Preisgarantie auf alle Implantate (gültig in Deutschland ab der IDS 2011). Für weitere Infos: Telefon 07044 9445-100, www.camlog.de

a perfect fit™

camlog

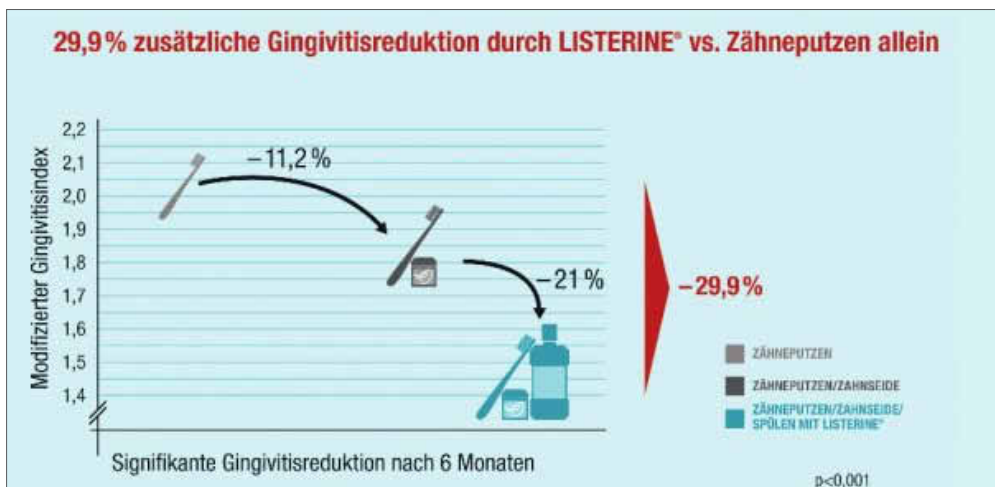
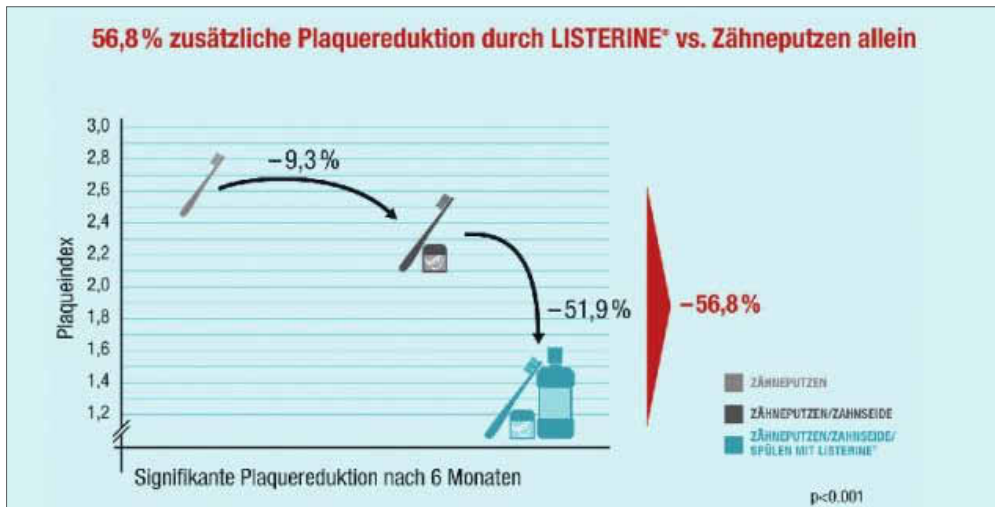


Abb. 7: Zusätzlich angewendet, reduziert Listerine den Plaque- und den modifizierten Gingivitisindex signifikant über die reine Anwendung von Zahnbürste und Zahnseide hinaus. Das Spülen mit Listerine kann also dazu beitragen, die Entfernung von Plaque durch Zahnbürste und Zahnseide noch zu verbessern. Sharma N et al., Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month Study. JADA 2004; 135: 496–504

Meiner Meinung nach muss sich der Test der klinischen Diagnose unterordnen und kann nur Teil eines Gesamtkonzepts sein, wie auch die mikrobiologische Diagnostik. Das gilt vor allem, weil die genauen therapeutischen Konsequenzen nicht ganz klar sind.

Im Einzelfall, z. B. bei umfangreichen implantatprothetischen Versorgungen oder zur Verlaufskontrolle kann der Test aber durchaus Sinn machen.

Wann setzen Sie solche aMMP-8-Tests ein, Herr Dr. Stein?

STEIN: Der Test eignet sich als Ergänzung zur Festlegung der Recallfrequenz. Bestandteile der Sulkusflüssigkeit sind gut geeignet, um akute Entzündungsverhältnisse widerzuspiegeln. Die Bestimmung der aktiven Metallomatrixproteina-

se-8 ist ein praktikables Beispiel für einen Chairside-Test. Dieser scheint sich zur Verlaufskontrolle und Früherkennung der Parodontitis und Periimplantitis gut zu eignen. Allerdings bleibt die Messung der Sondierungstiefen und der Sondierungsblutung die wichtigste Diagnostik.

Medikamente haben nachweislich Einfluss auf die orale Gesundheit. Welche Arzneimittel wirken sich besonders negativ auf das gingivale Gewebe aus?

KLEBER: Es sind im Wesentlichen drei Medikamentengruppen, die einen nachweisbaren Einfluss auf die gingivale Gewebe haben:

- Kalzium-Kanalblocker als Pharmaka bei Hypertonie. Die klinischen Zeichen der Nebenwirkungen sind gingivale Wucherungen mit der Beeinträchtigung der Zahn- und Mundhygiene. Studien zufolge sind diese Wucherungen vor allem bei Patienten mit mangelhafter Mundhygiene zu beobachten. Meiner Erfahrung nach bilden sich die Wucherungen nicht nur um natürliche Zähne, son-

dern auch um Implantate.

- Das Immunsuppressivum Cyclosporin A bei Organtransplantat-Patienten. Die klinischen Zeichen der Nebenwirkungen ähneln denen der Kalzium-Kanalblocker. Eigene Untersuchungen haben vor längerer Zeit schon ergeben, dass auch hier eine mangelnde Mundhygiene für die Entwicklung der gingivalen Wucherungen förderlich ist. Nicht selten werden beide Pharmakagruppen kombiniert, z. B. bei Nierentransplantationen, was die Ausbildung des klinischen Bildes verstärkt.
- Diphenylhydantoin bewirkt bei einigen Epileptikern eine derbe fibröse Hyperplasie der gingivalen Gewebe. Diese Erscheinung beobachteten wir vor längerer Zeit wesentlich häufiger als in der Gegenwart. Diphenylhydantoin wird wohl weniger verordnet als in früheren Zeiten.

RECIPROC®

one file endo



Professionelle Aufbereitung – so einfach wie noch nie!

- **Weniger Arbeitsschritte** ▶ konische Greater-Taper-Aufbereitung mit nur einem Instrument
- **Sichere Anwendung** ▶ selbst stark gekrümmte und enge Kanäle können einfach aufbereitet werden
- **Bequeme Einzelanwendung** ▶ kein Reinigen, kein Starllidieren

Weitere Informationen zu unserem RECIPROC® System unter

▶ www.RECIPROC.com

VDW GmbH
Eugenstraße 15 • 81737 München
Tel. +49 89 27794-0 • Fax +49 89 27794-304
www.vdw-dental.com • info@vdw-dental.com



VDW

Endo Einfach Erfolgreich®





Abb. 8: (Fall 1) Intraoraler Befund eines 20-jährigen Patienten mit Morbus Kostmann vor Therapie. Im Vergleich zur älteren Panoramaschichtaufnahme waren untere Incisivi spontan zu Verlust gegangen (s. Abbildung 9). [Foto: Rieger]



Abb. 9: (Fall 1) Panoramaschichtaufnahme eines 20-jährigen Patienten mit Morbus Kostmann vor Therapie [Foto: Rieger]

Die Auswirkungen einer Behandlung mit Bisphosphonaten auf Kieferknochen sind in der Diskussion und noch nicht endgültig geklärt. In der Anamnese sollte auch nach dieser Medikamentengruppe gefragt werden.

Parodontitis und Diabetes mellitus beeinflussen sich gegenseitig: Die erfolgreiche Therapie der Parodontitis lässt einen positiven Einfluss auf den Diabetes mellitus erkennen und umgekehrt. Ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus (HbA1 > 8,5 %, wechselnde Werte) mindert den Erfolg einer parodontalen Therapie.

HÄGEWALD: Die Zusammenhänge im Körper sind sehr komplex, und in beide Richtungen sind Wechselwirkungen nachgewiesen worden. Neben der Beeinflussung der Bakterienflora spielen auch indirekt Störungen der Immunantwort, Gefäßveränderungen oder Mechanismen wie reduzierte Wundheilung und Regeneration eine Rolle. Bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme sind die Wechselwirkungen noch vielfältiger, Stichwort: fehlregulierte zelluläre Abwehr. Daher ist für den Parodontologen die Beobachtung der Gewebereaktion im Verlauf der Therapie sehr wichtig. Ähnlich wie der Diabetologe muss der Parodontologe Begleiter des Patienten sein.

RATKA-KRÜGER: Unter den Medikamenten können Antikonvulsiva, Antiepileptika, Immunsuppressiva und Kalziumantagonisten eine Gingivavergrößerung hervorrufen. Dosisreduktion oder Wechsel der Arzneistoffklasse sind Möglichkeiten, die Gingivavergrößerung zu reduzieren oder eine Remission zu erreichen.

Bei Vorliegen eines Diabetes liegt ein erhöhtes Risiko für eine Parodontalerkrankung vor. Auch sind der Schweregrad und die Progression der Parodontitis mit Diabetes mellitus

assoziiert. Allerdings hängt das erhöhte Risiko für Parodontitis bei Diabetikern von deren glykämischer Einstellung ab (Abb. 2a,2b, 2c).

RIEGER: Es gibt zahlreiche Auswirkungen von Erkrankungen und Medikamenten auf die orale Gesundheit. Stellvertretend können im Folgenden nur einige Beispiele genannt werden: Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Kollagenosen und Vaskulitiden, hämatologische Erkrankungen wie Leukämien und Fehlfunktionen der neutrophilen Granulozyten beispielsweise im Rahmen von Syndromen und Infektionskrankheiten können teilweise dramatischen Einfluss auf parodontale Erkrankungen nehmen (Abb. 8, 9).

Eine Vielzahl von Medikamenten reduziert den Speichelfluss und erhöht damit das Karies- und Parodontitisrisiko, u. a. Antidepressiva. Andere Medikamente können Wucherungen der Gingiva verursachen (Abb 10 bis 15).

Dazu zählen die Gruppe der Kalziumkanalblocker, das Antikonvulsivum Phenytoin und das Immunsuppressivum Cyclosporin.

STEIN: Nifedipin-basierte Antihypertonika, Antiepileptika, aber auch Immunsuppressiva, etwa bei Patienten nach Organtransplantation, sind bekannte Beispiele für Medikamente, die häufig mit einer Gingivawucherung einhergehen (Abb. 17). Aber auch bestimmte systemische Erkrankungen beeinflussen die Wirtsabwehr und haben damit auch Effekte auf die orale Gesundheit. Beispiele dafür sind der Diabetes mellitus, die rheumatoide Arthritis, möglicherweise aber auch chronisch entzündliche Darmerkrankungen. In einer eigenen Studie an Patienten mit Morbus Crohn haben wir bei ca. einem Drittel der Patienten Mundschleimhautveränderungen – Erosionen, Hyperplasien – und auch eine erhöh-



Abb. 10/11/12: (Fall 2) Klinischer Befund vor Therapie [Foto: Rieger]

te Parodontitisprävalenz festgestellt. Bei Diabetikern scheinen Endprodukte der fortgeschrittenen Glykierung (advanced glycation end products, AGE) u. a. eine verstärkte Ausschüttung von Entzündungsmediatoren zu verursachen. Aber auch eine Funktionsstörung neutrophiler Granulozyten fördert die Parodontitisprädisposition. Eine bevorzugte Kolonisierung parodontalpathogener Keime bei Diabetikern wurde in der Tat in einigen Studien belegt. So war zum Beispiel bei Patienten mit juvenilem Diabetes die Zahl der Capnocytophaga erhöht. Auch wurde Aggregatibacter actinomycetemcomitans gehäuft bei Patienten mit insulinabhängigem Diabetes mellitus gefunden. Bei Diabetes Typ 2 wurde ebenfalls eine höhere Zahl pathogener Mikroorganismen und ein erhöhter Antikörperspiegel gegen bestimmte Leitkeime nachgewiesen.

Schwere Parodontitis kann durch seltene Erbkrankheiten und Medikamente ausgelöst werden. Bitte erläutern Sie Ihre Fallbeispiele, Herr Dr. Rieger.

RIEGER: Abbildung 8 zeigt einen 20-jährigen Patienten, der an Morbus Kostmann leidet. Morbus Kostmann ist eine seltene Erbkrankheit, bei der eine schwere kongenitale Neutropenie auftritt. Die Patienten leiden häufig an bakteriellen Infektionen. Die im vorliegenden Fall vorhandene schwerste Parodontitis ist also Symptom der Syndromerkrankung.

Im zweiten Fall (Abb. 10 bis 15) wurde die Diagnose einer generalisierten moderaten chronischen Parodontitis mit einer überlagerten medikamenteninduzierten Gingivawucherung gestellt. Bei ausgeprägter Hypertonie konnte durch Umstellung der Kalziumkanalblocker sowie durch eine systematische Parodontaltherapie und Verbesserung der häuslichen Mundhygiene ein stabiles Behandlungsergebnis erzielt werden. Dieser Fall ist ein Beispiel dafür, dass es durch sorgfältiges Scaling und Wurzelglätten sowie regelmäßige Plaquekontrolle möglich ist, eine Reduzierung medikamenteninduzierter Gingivawucherungen zu erreichen.

Prof. Ratka-Krüger, Parodontitis ist eine Volkskrankheit, das Periimplantitisrisiko wächst. In welchen Forschungsbereichen müssen Hochschulen aktiver werden?

RATKA-KRÜGER: Im Bereich der Grundlagenforschung, insbesondere im Erforschen von Pathomechanismen der Parodontitis auf molekularbiologischer Ebene. Darüber hinaus sollten Hochschulen sich verstärkt engagieren

- im Erforschen von bioinspirierten Biomaterialien zur Regeneration. Hierunter versteht man die Integration biomimetischer, also naturnachgeahmter Konzepte in die Biomaterialforschung, etwa die Bestückung bioabbaubarer körpverträglicher Trägermaterialien für Zellen zum Beispiel mit Molekülen, die die Zellanheftung fördern,
- im Erforschen von evidenzbasierten Therapiekonzepten der Periimplantitis und
- in der Versorgungsforschung parodontaler Therapieverfahren in ausgewählten Praxen.

Herr Dr. Hägewald, was wünschen Sie sich für den Praxisalltag?

HÄGEWALD: Früherkennungstests für aggressive Parodontitis und klinische Langzeitstudien sind noch nicht ausreichend vorhanden. Therapiekonzepte, z.B. die Abwägung chirurgische oder nichtchirurgische Therapie, müssen sich sicher bewähren und in den Praxisalltag integrieren lassen. Hier sind sicherlich die Spezialisten gefragt. Und: Die Industrie sollte vermehrt mit den Hochschulen kooperieren, um die wissenschaftlich basierten Erkenntnisse für den Praktiker zugänglich zu machen.

Herr Dr. Berg, welche Zukunftsaufgaben für die Industrie leiten Sie daraus ab?

BERG: Wir versuchen selbstverständlich, unsere Produkte stets weiterzuentwickeln und an neue Anforderungen anzupassen. Erst im vergangenen Jahr haben wir mit unseren neuesten Produkten Listerine Total Care und Total Care Sensitive zwei Mundspülungen eingeführt, die zusätzlich zum Basissortiment eine Option für weitere Problemstellungen wie z.B. schmerzempfindliche Zähne darstellen. Als Unternehmen möchten wir auch Hand in Hand mit den Dentalexperthen arbeiten und ihnen Lösungen bereitstellen, die Zahnärzten und Praxismitarbeitern den Alltag erleichtern und einen Mehrwert für sie darstellen. Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Listerine Prophylaxe Summer School,



Abb. 13/14/15: (Fall 2) Klinischer Befund drei Monate nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie und Umstellung der antihypertensiven Medikation (Wechsel des Kalziumkanalblockers Amlodipin → Felodipin) [Foto:Rieger]

eine Fortbildung aus dem Hause Johnson & Johnson, bei der sich Dentalexperthen kostenfrei und bequem von zu Hause aus weiterbilden können. Dieses erfolgreiche Fortbildungsformat wird in 2011 bereits in die neunte Runde gehen. Jedes Jahr wirken an der Fortbildung mehrere hochkarätige Experten mit, die in einem Fachbeitrag ausführlich zu einem Thema informieren. Bei der Konzeption legen wir großen Wert auf die Meinung der Dentalexperthen und entwickeln die Summer School auch auf Grundlage der Rückmeldungen der Teilnehmer stetig weiter. Aufgrund aktueller Entwicklungen, wie sie hier ja auch angesprochen wurden, werden wir in der Listerine Prophylaxe Summer School 2011 unter dem Motto „Gerostomatologie und Implantate – neue Herausforderungen in der Prophylaxe“ auf das Thema Alterszahnheilkunde eingehen. Eine Anmeldung ist telefonisch und online ab Anfang Juni möglich.

Wie werden sich die Aufgaben der Parodontologen angesichts der demografischen Entwicklung verändern?

HÄGEWALD: Der Parodontologe wird in Zukunft vermehrt Tätigkeiten ausführen, die vom reinen „Reparieren“ weit entfernt sind, und im ärztlichen Sinn als Behandler und Begleiter fungieren, auch unter Einsatz moderner Diagnostik- und Therapieformen. Gesunderhaltung und Beseitigung von Entzündung ist mehr als nur ein geschicktes Umgehen mit dem Skalpell.

RIEGER: Auch wenn es banal erscheint: Der Anamnese kommt auch künftig eine wichtige Bedeutung zu! Die Praxisorganisation muss Freiraum für ein ärztliches Gespräch erlauben, in dem ein möglichst umfassendes Bild des Patienten entsteht, das die oralen Gegebenheiten in den Kontext seiner Gesamtsituation stellt. Eingeführt werden müssen meiner Ansicht nach ein interdisziplinäres Ärzte-Netzwerk. Ein sorgfältiges Screening sowie die zielgerichtete, systematische Behandlung parodontaler Erkrankungen mit konsequentem Recallsystem sind Pflicht. Dies dient auch der Periimplantitis-Prophylaxe und der rechtzeitigen Erkennung und Therapie einer periimplantären Erkrankung. Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist die Schulung und Sensibilisierung des zahnärztlichen Teams. Das Spektrum der

Prävention in Zahnarztpraxen sollte zudem gerade in einer parodontologisch orientierten Praxis um das Angebot einer Raucherentwöhnung bei interessierten Patienten erweitert werden. Erfolgversprechende und praxisorientierte Konzepte werden momentan entwickelt.

Mit anderen Worten, zum Behandlungsspektrum zählen mehr und mehr auch allgemeinmedizinische Aspekte?

STEIN: Die Parodontologie hat den Vorteil, dass sie viele Schnittstellen zur Allgemeinmedizin hat und damit die ärztliche Tätigkeit in unserem Beruf heraushebt. Dies sollten Zahnärzte in Zukunft auch in ihrer Praxis nutzen.

Berichte von Ramseier (2003) bestätigen beispielsweise die erfolgreiche Integration der Raucherentwöhnung in die Praxis bei Parodontitispatienten. Ein Raucherentwöhnungsprogramm ist auch in unserer Praxis integraler Bestandteil der Parodontitistherapie; im Einzelfall können oder müssen auch Therapeuten hinzugezogen werden.

BERG: Auch von Unternehmensseite halten wir den Zahnarzt für einen wichtigen Ansprechpartner zum Thema Raucherentwöhnung. Er sieht seine Patienten zumeist sehr regelmäßig, was eine zentrale Voraussetzung darstellt, um Raucher bei der Entwöhnung zu begleiten und zur Verbesserung der Mundgesundheit bzw. der Gesundheit generell beizutragen. Ein interdisziplinäres Ärzteteam hat gemeinsam mit Johnson & Johnson das Programm EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI entwickelt.

Das Programm bündelt wissenschaftliche Informationen und praktische Tipps zur Raucherentwöhnung. Der Arzt soll ermutigt werden, Raucher anzusprechen, anzuleiten und zu therapieren. Das für Ärzte kostenlos erhältliche Programm umfasst eine strukturierte Anleitung der Behandlung, deren Elemente dennoch flexibel einsetzbar sind. Das Konzept beruht auf den derzeit effektivsten Therapien in der Raucherentwöhnung und gibt zudem Ratschläge für eine Integration in den alltäglichen Praxisablauf.

Um die Abstinenzrate noch zu erhöhen, sollte eine medikamentöse Unterstützung durch Nikotinsubstitution erfolgen. Johnson & Johnson bietet diese in Form der Nicorette-Produkte wie Pflaster, Kaugummi, Inhaler oder

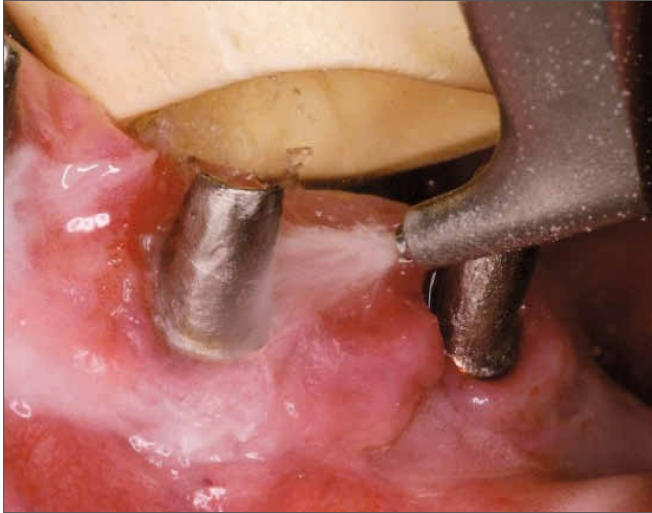


Abb. 16: Periimplantitis-Prophylaxe. Biofilmentfernung am Implantat mittels niedrig abrasiver Pulverstrahltechnik im Rahmen einer Recall-sitzung [Foto: Stein]



Abb. 17: Patient nach Herztransplantation mit massiver generalisierter Gingivawucherung aufgrund der Kombination von immunsuppressiver (Cyclosporin A) und antihypertensiver Therapie mittels Nifedipin [Foto: Stein]

Microtab an. Ganz neu ist der Nicorette-Kaugummi white-mint, der frisch nach Minze schmeckt und das natürliche Weiß der Zähne erhält.

STEIN: Die Raucherentwöhnung ist aber nur ein kleines Beispiel. Auch der Einsatz eines Glucometers bei Diabetikern ist zu empfehlen, um Risiken einer Hypo- oder Hyperglykämie im Rahmen der geplanten zahnärztlichen Behandlung besser abschätzen zu können.

Ich sehe aber auch umgekehrte Konsequenzen. Patienten mit jahrelanger Parodontitis sollten vom Zahnarzt auf kardiovaskuläre Zusammenhänge hingewiesen werden und vor allem bei schweren Parodontitiden Internisten bzw. Kardiologen zugewiesen werden. So haben wir bereits erste Netzwerke mit Kardiologen etablieren können, eine Zusammenarbeit, die auf beiden Seiten diagnostisch und therapeutisch bereichernd ist.

RATKA-KRÜGER: Auch ich würde die Einführung einer Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis sehr begrüßen. Meines Erachtens stellt die Veränderung der Bevölkerungsstruktur – immer mehr ältere multimorbide Patienten mit umfangreicher Medikation – eine große Herausforderung für die Praxis dar. Die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern, Fachärzten und Zahnärzten muss dabei intensiviert werden.

Periimplantäre Erkrankungen werden sich häufen, und – wie oben bereits beschrieben – es wird in Zukunft um die Etablierung evidenzbasierter Therapiekonzepte gehen, die derzeit noch ausstehen. □

Die Literaturliste steht auf www.dentalmagazin.de, Menüpunkt Redaktionsbeiträge.
E-Mail: redaktion@dentalmagazin.de



Zusammenfassung

- Zahlreiche Studien belegen eine Assoziation zwischen systemischen Erkrankungen und Parodontitis. Aber nicht jede Parodontitis führt zu Allgemeinerkrankungen.
- PA-Patienten müssen das Risiko einer Gefäßveränderung kennen. Der behandelnde Zahnarzt sollte ihnen raten, sich bei ihrem Hausarzt vorzustellen.
- Die Periimplantitistherapie muss in die systematische PA-Behandlung integriert werden.
- Der Test auf aktivierte MMP-8 soll einen Nachweis destruktiver Prozesse liefern, bevor der Gewebeverlust makroskopisch sichtbar ist. Noch fehlen allerdings klinisch kontrollier-

te Studien, die eine klare Korrelation zwischen dem klinischen Bild und dem Testergebnis aufzeigen.

- Die Tests helfen unter anderem beim Festlegen der Recallfrequenzen.
- Antikonvulsiva, Antiepileptika, Immunsuppressiva und Kalziumantagonisten können eine Gingivavergrößerung hervorrufen. Dosisreduktion oder Wechsel der Arzneistoffklasse sind Möglichkeiten, die Gingivavergrößerung zu reduzieren oder eine Remission zu erreichen.
- Zum Behandlungsspektrum der Zahnärzte zählen mehr und mehr auch allgemeinmedizinische Aspekte. (ab)