

Risikoeinschätzung der Parodontitis

| Dr. Steffen Richter

Schlechte Mundhygiene ist die häufigste Ursache für Gingivitis, führt aber nicht bei allen Patienten zwangsläufig auch zu einer Parodontitis. Obwohl typische parodontalpathogene Mikroorganismen notwendige Voraussetzung für die Entstehung einer Parodontitis sind, reichen sie allein als Ursache der parodontalen Destruktion nicht aus. Auslösung, Schwere und Verlauf der Erkrankung werden neben verschiedenen Virulenzfaktoren dieser Keime vor allem durch die Wirtsreaktivität beeinflussende Faktoren bestimmt.

Die Zerstörung von Bindegewebe und Knochen ist letztendlich die Konsequenz aus dem Zusammenwirken von Bakterien, Umwelt- und genetischen Wirtsfaktoren, d. h., Patienten, die auf den bakteriellen Reiz hin eine Parodontitis entwickeln, tun dies aufgrund ihrer spezifischen Wirtsreaktion gegenüber

Wundenabbau und stören die Wundheilung. Bei Diabetikern werden Funktionsstörungen der polymorphkernigen Granulozyten, Störung der Kollagensynthese, erhöhte Neigung zu Infektionen und ebenfalls Wundheilungsstörungen beobachtet. Darüber hinaus werden eine Vielzahl von Risikoindikatoren wie sozioökonomischer

und Befunde zu erfassen, eine Diagnose zu stellen und dem Patienten eine Therapieempfehlung zu geben, sondern auch dessen spezifische Eigenschaften, seine Empfänglichkeit für Parodontitis, im Behandlungskonzept zu berücksichtigen.

Um eine fortgeschrittene, in der Regel irreversible Destruktion parodontaler Strukturen mit daraus resultierendem Zahnverlust zu verhindern, besteht seit Langem das Bestreben, Patienten mit einem hohen Parodontitisrisiko möglichst frühzeitig zu erkennen. Generell bedürfen alle Parodontitispatienten nach der aktiven Therapiephase einer lebenslangen unterstützenden Parodontistherapie (UPT) zur Vermeidung von Rezidiven und Progressionsphasen der Erkrankung. Dabei stellen sich zwei grundsätzliche Fragen:

1. Wie oft und wie intensiv muss der Patient untersucht und behandelt werden, um das erreichte Therapieergebnis viele Jahre stabil zu halten?
2. Welche klinischen Parameter sind als frühe Indikatoren für ein Fortschreiten der Erkrankung geeignet?

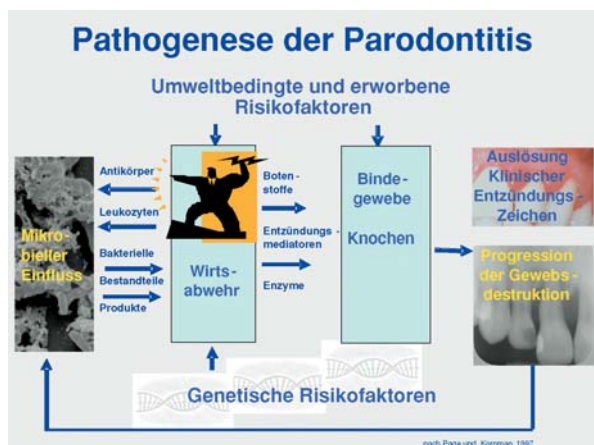


Abb. 1: Modifiziertes aktuelles Pathogenesemodell der Parodontitis.

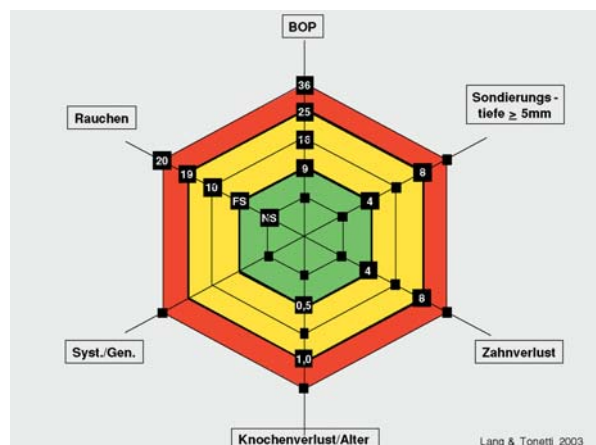


Abb. 2: Hexagonales Risikodiagramm nach Lang & Tonetti. Jeder Parameter für fortschreitenden Attachmentverlust umfasst jeweils einen niedrigen (grün), mittleren (gelb) und hohen (rot) Risikobereich.

dem Biofilm Plaque (Abb. 1). Neben spezifischen Plaquebakterien sind Rauchen und schlecht eingestellter Diabetes mellitus etablierte Risikofaktoren für Parodontitis. Nikotin und andere Stoffe schädigen Gefäße und zahlreiche Zellfunktionen, hemmen die Kollagensynthese, verstärken Kno-

chenabbau und stören die Wundheilung. Bei Diabetikern werden Funktionsstörungen der polymorphkernigen Granulozyten, Störung der Kollagensynthese, erhöhte Neigung zu Infektionen und ebenfalls Wundheilungsstörungen beobachtet. Darüber hinaus werden eine Vielzahl von Risikoindikatoren wie sozioökonomischer

| Diverse Risikomodelle

Umfang und Intervall der unterstützenden Nachsorge werden neben der individuellen und professionellen Plaquekontrolle ebenfalls vom vorliegenden Parodontitisrisiko bestimmt. Es wäre demnach wünschenswert, dieses individuelle Erkrankungsrisiko pros-