

Full-Mouth-Disinfection

Adjuvante Behandlung mit Chlorhexidin

| Dr. Hans Sellmann

Im folgenden Artikel soll kritisch hinterfragt werden, inwieweit Zweifel an der Full-Mouth-Disinfection (FMD) gerechtfertigt sind oder ob die FMD berechtigterweise Einzug in die parodontologisch aktive Praxis halten sollte und wie genau sie dann durchgeführt werden muss.

Die Frage der Evidenzbasierung spielt auch in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Das Konzept der evidenzbasierten (Zahn-)Medizin (EbM/EbZ) stößt neben breiter Zustimmung aber auch auf Widerstände verschiedenster Art, da sie leider oft, z. B. als stupide „Kochbuchmedizin“, missverstanden wird. Die EbM beschäftigt sich aber nicht mit der Durchführung von klinischen Studien selbst, sondern mit der systematischen Nutzung ihrer Ergebnisse. Ihr Anliegen ist es, auf der Basis von kontrollierten Studien herauszufinden, welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen eine spezifische Wirkung aufweisen und welche nicht.

Klinische Studien, welche die Wirksamkeit der jeweiligen therapeutischen Maßnahme belegen, sollten dabei eine wichtige Säule neben der Erfahrung des behandelnden Zahnarztes und den speziellen Bedürfnissen und Wünschen des Patienten sein. Aber wie verhält es sich mit der Evidenz-

basierung bei den verschiedenen Therapien entzündlicher Parodontalerkrankungen? Immer häufiger lesen wir vom Konzept der „Full-Mouth-Disinfection“ (FMD), das erstmalig im Jahr 1995 beschrieben worden ist.

| Was ist „Full-Mouth-Disinfection?“

Die FMD ist ein Konzept im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontalbehandlung. Entzündliche Parodontalerkrankungen werden heute als spezifische Erkrankungen aufgefasst. Spezifische Markerkeime sind beim Entstehen, der Progression oder bei Rezidiven solcher entzündlichen Erkrankungen beteiligt. Mittlerweile gehen wir bei der Diagnostik zur Ermittlung der „passenden“ Therapie, des richtigen systemischen Antibiotikums oder Mundhöhlenantiseptikums zur unterstützenden effektiven Keimzahlreduktion von weit mehr als den früher bekannten vier Markerkeimen aus. Der Oro-Pharynx stellt dabei ein offenes System dar, in dem verschiedene Faktoren für eine Anheftung, aber auch eine Ausschwemmung dieser pathogenen Keime im Bereich der Nase, des Mundes, Rachens und der Nasennebenhöhlen sorgen. Diese parodontalpathogenen Keime endogenen oder exogenen Ursprungs müssen für eine erfolgreiche Parodontaltherapie bestmöglich entfernt werden. Während der Wundheilungsphase ist die alleinige Behandlung der erkrankten Zahnfleischtaschen zur Entfernung der pathogenen Keime aus dem Mundraum nicht ausreichend. Es müssen daher

weitere Maßnahmen erfolgen, weil verbleibende Keime, die aus oralen Nischen (wie z. B. der Zunge) nicht entfernt wurden, innerhalb kürzester Zeit zu einer Rekolonisation der oralen Mukosa und auch der gerade erst „sanierten“ Zahnfleischtaschen führen.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, dass eine die gesamte Mundhöhle umfassende und möglichst gleichzeitige Elimination pathogener Keime aus allen oralen Nischen das Ziel einer erfolgreichen Parodontalbehandlung im Sinne einer FMD ist. Die bakterielle Besiedelung soll auf diese Weise natürlich nicht dauerhaft unterbunden werden (was weder möglich noch sinnvoll wäre): Eine frühzeitige Rückbesiedelung der gereinigten Taschen kann so jedoch verhindert werden, um eine Wundheilung in Ruhe zu ermöglichen. Die FMD besteht aus einer mechanischen Bearbeitung der Wurzeloberflächen (Scaling und Root planing, SRP) in maximal zwei Sitzungen innerhalb von 24 Stunden, der Reinigung der Zunge sowie der adjuvanten Behandlung möglichst aller oralen Nischen mit Chlorhexidin während der Behandlung selbst und über einen Zeitraum von bis zu zwei Monaten nach Abschluss der nichtchirurgischen Therapie. Dabei gehen wir von dem Gedanken aus, dass es ohne eine unterstützende antibakterielle Therapie zwar direkt nach dem SRP zu einer 100- bis 1.000-fachen Reduktion der Bakterien in der Tasche kommt. Bereits nach 7 Tagen(!) ist aber der Ausgangszustand, also die ursprüngliche mengenmäßige bakterielle Besiedelung der Zahnfleischtasche, wieder hergestellt, da eine Rekolonisierung durch verbleibende Keime sowie Weichgewebs- und Hartgewebsinvasion erfolgt ist. Ein einleuchtendes Beispiel für den Sinn dieser den gesamten Mundraum berücksichtigenden Methode ist der Gedanke, dass man eine offene Wunde am Körper ja auch gänzlich auf einmal desinfizieren würde und nicht etwa stückchenweise über einen Zeitraum von vier Wochen.

| Wie geht die FMD vor sich?

Professor Dr. M. Quirynen hat in mehreren aktuellen Studien das bis heute gültige Vorgehen vorgestellt: Vor der eigentlichen Behandlung spült der Patient mit einer als Goldstandard

| tipp

Eine Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

[kontakt]

Dr. Hans Sellmann
Langehegge 330
45770 Marl
Tel.: 0 23 65/4 10 00
Fax: 0 23 65/4 78 59
E-Mail: dr.hans.sellmann@t-online.de