Parodontitis erfolgreich behandeln

Von der Hygienephase bis zur unterstützenden Parodontititstherapie (UPT)

Zahnfleischbluten und entzündete Gingiva werden von Patienten häufig unterschätzt, können jedoch frühe Hinweise auf eine parodontale Erkrankung sein. Für den Behandlungserfolg sind eine strukturierte Therapie sowie eine langfristige unterstützende Betreuung von entscheidender Bedeutung.[4,6] Der vorliegende Fallbericht beschreibt den Verlauf einer systematischen Parodontitistherapie bis zur Stabilisierung in der UPT.

Tanja Mäurer

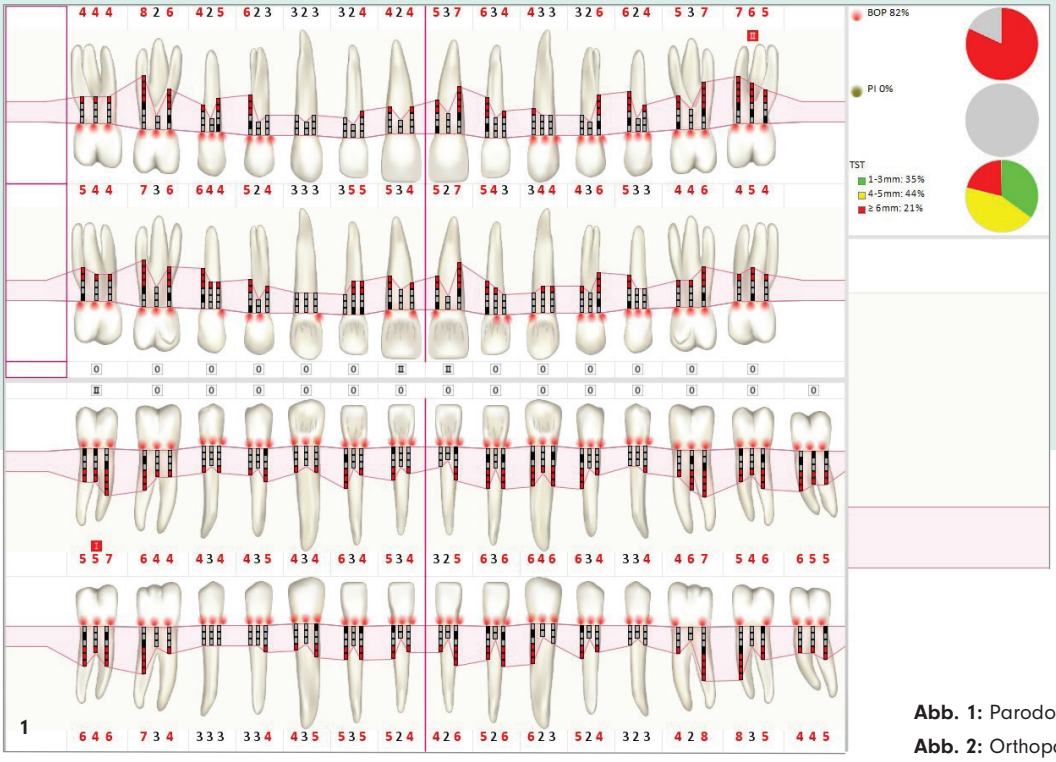
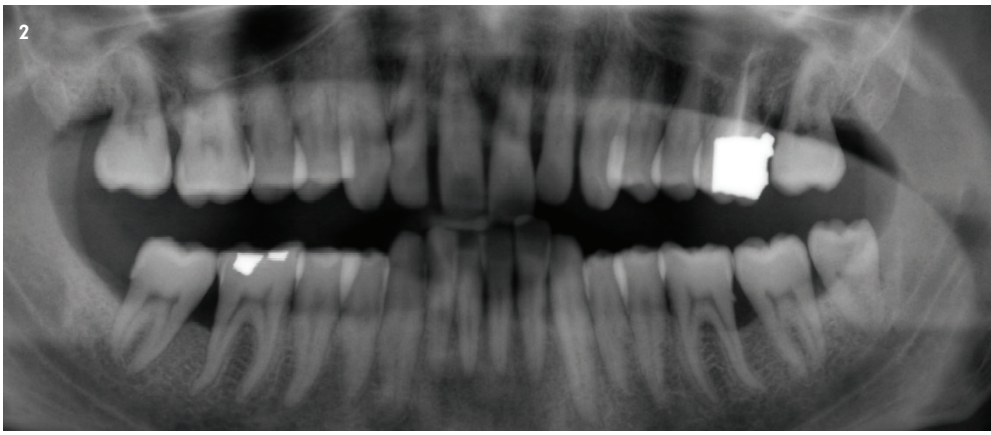


Abb. 1: Parodontaler Ausgangsbefund.
Abb. 2: Orthopantomogramm (2024).

Ein 35-jähriger männlicher Patient konsultierte im Jahr 2023 erstmals die Praxis aufgrund von Zahnfleischbluten und gingivalen Beschwerden. Zuvor wurden über einen längeren Zeitraum keine zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen wahrgenommen. Zunächst wurde eine professionelle Zahnreinigung mit dem Ziel durchgeführt, supra- und subgingivalen Biofilm zu managen. Zudem wurde eine erste Instruktion in Mundhygiene vorgenommen. Im Rahmen dessen erfolgte die Aus-



DIE NEUE GBT MACHINE®

GUIDED BIOFILM THERAPY®

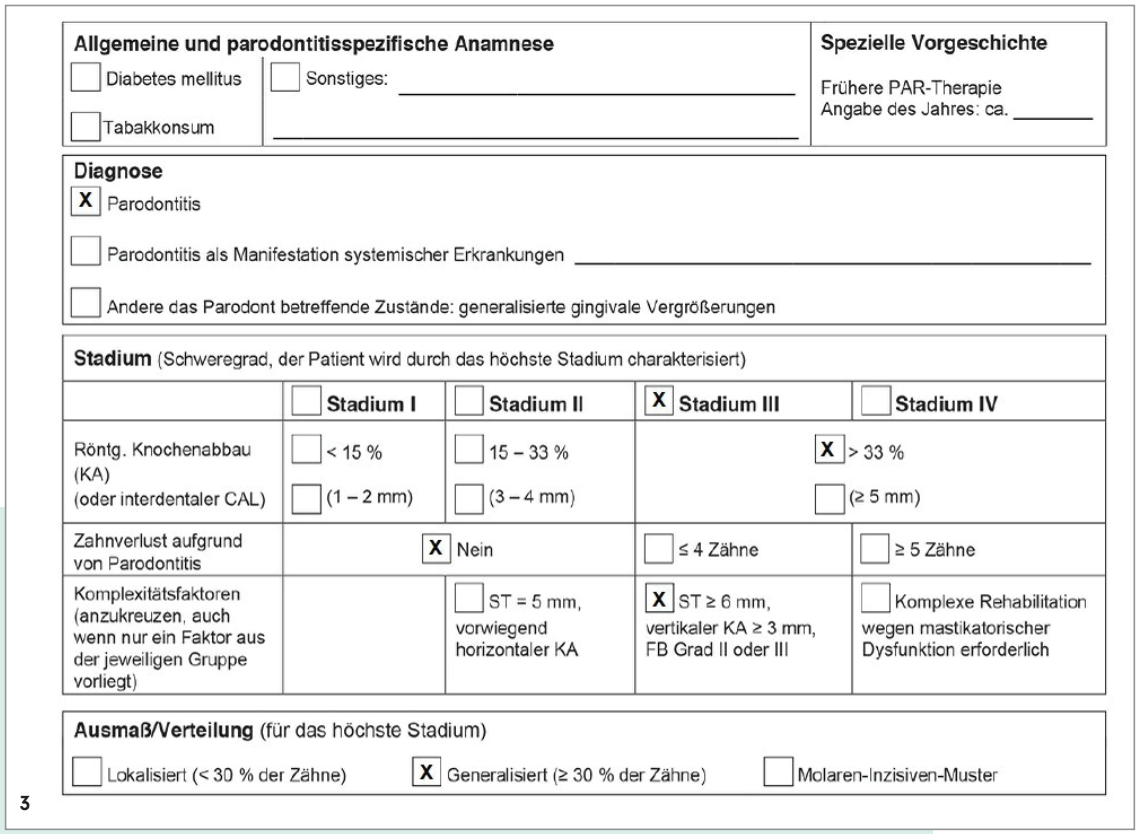


GBT DEMO BUCHEN

EMS
MAKE ME SMILE.

wahl geeigneter Interdentalraumbürsten sowie eine Demonstration der Anwendung einer Handzahnbürste. In dreimonatigem Abstand erfolgten weitere Prophylaxesitzungen zur Motivation und Optimierung der häuslichen Mundhygiene. Die Putztechnik wurde wiederholt trainiert und die Interdentalraumpflege entsprechend der sich verbessernden gingivalen Situation angepasst. Nach etwa einem Jahr kontinuierlicher Prophylaxebetreuung zeigte sich bei guter Compliance eine deutliche Verbesserung der gingivalen Situation.

Gegen Ende des Jahres 2024 wurde eine umfassende parodontale Befunderhebung durchgeführt. Der Bleeding-on-Probing-Wert betrug 82 Prozent (Abb. 1). Die röntgenologische Untersuchung zeigte einen Knochenabbau von ca. 41,2 Prozent (Abb. 2).



Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges: _____

☐ Tabakkonsum _____

Spezielle Vorgeschichte

Frühere PAR-Therapie
Angabe des Jahres: ca. _____

Diagnose

☒ Parodontitis

☐ Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____

☐ Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

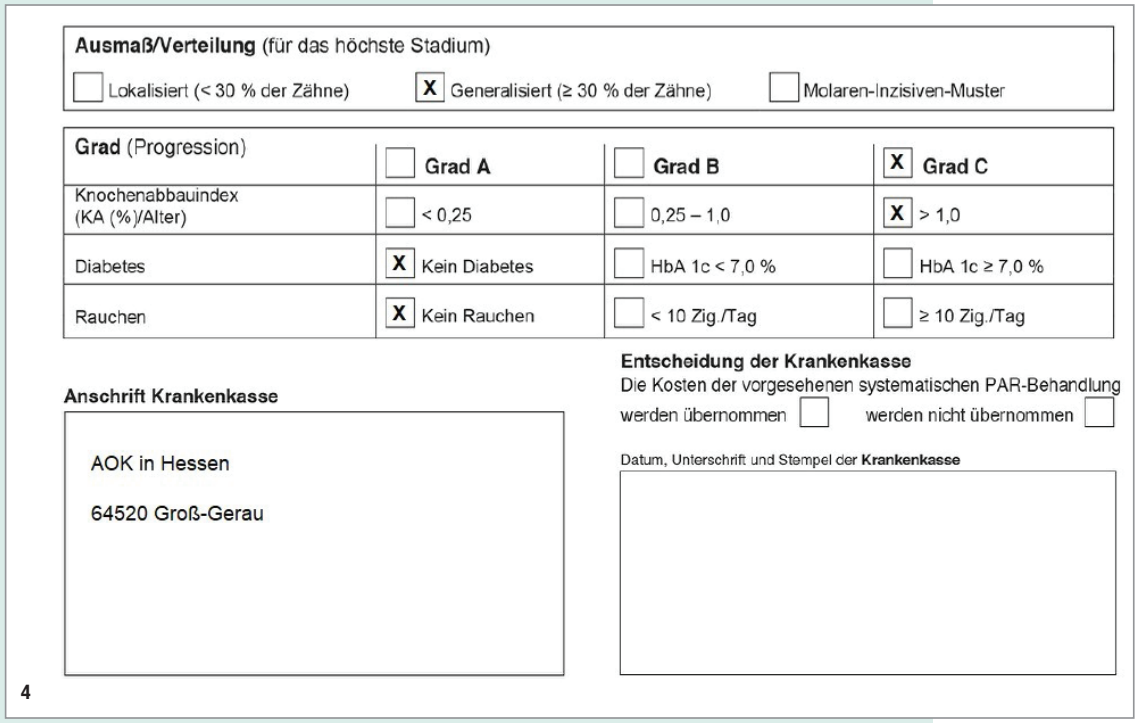
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)

	☐ **Stadium I**	☐ **Stadium II**	☒ **Stadium III**	☐ **Stadium IV**
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	☐ < 15 % ☐ (1 – 2 mm)	☐ 15 – 33 % ☐ (3 – 4 mm)	☒ > 33 % ☐ (≥ 5 mm)	
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	☒ Nein		☐ ≤ 4 Zähne	☐ ≥ 5 Zähne
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		☐ ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	☒ ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	☐ Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

☐ Lokalisiert (< 30 % der Zähne) ☒ Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) ☐ Molaren-Inzisiven-Muster

3



Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

☐ Lokalisiert (< 30 % der Zähne) ☒ Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) ☐ Molaren-Inzisiven-Muster

Grad (Progression)	☐ **Grad A**	☐ **Grad B**	☒ **Grad C**
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	☐ < 0,25	☐ 0,25 – 1,0	☒ > 1,0
Diabetes	☒ Kein Diabetes	☐ HbA 1c < 7,0 %	☐ HbA 1c ≥ 7,0 %
Rauchen	☒ Kein Rauchen	☐ < 10 Zig./Tag	☐ ≥ 10 Zig./Tag

Anschrift Krankenkasse

AOK in Hessen

64520 Groß-Gerau

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen ☐ werden nicht übernommen ☐

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

4

Abb. 3: Parodontalstatus Teil 1. – **Abb. 4:** Parodontalstatus Teil 2.

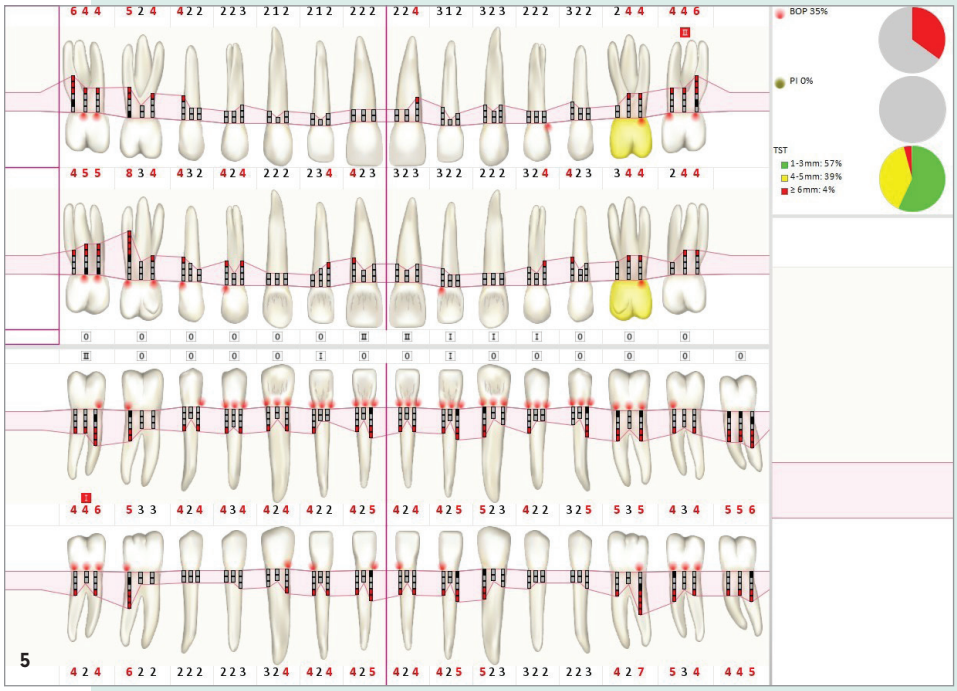


Abb. 5: Befundevaluation nach chirurgischer Parodontaltherapie.

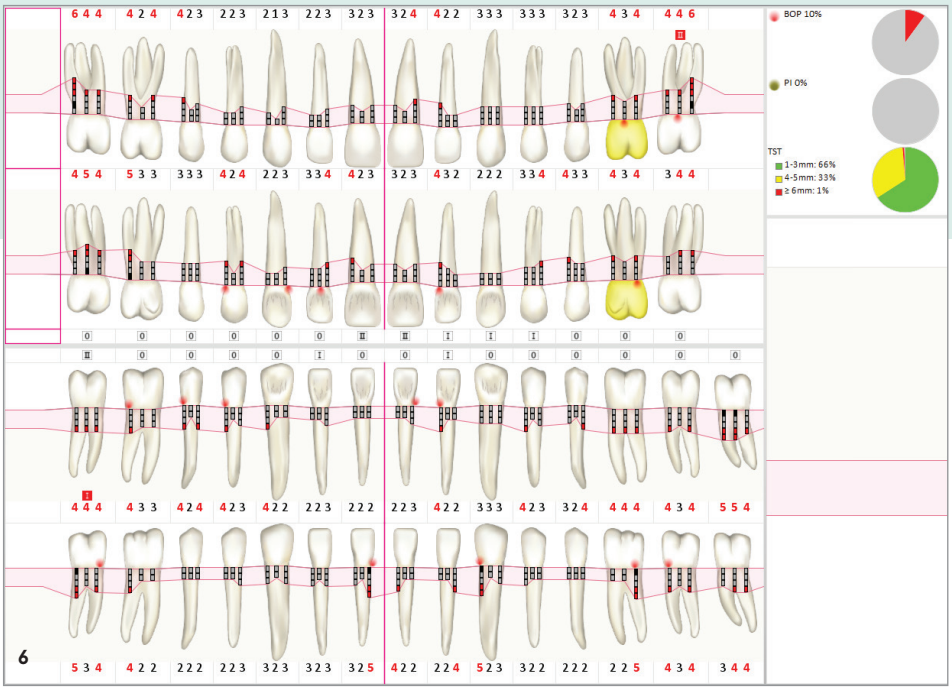


Abb. 6: Befund während der unterstützenden Parodontitistherapie.

Gemäß der aktuellen Klassifikation wurde eine Parodontitis in Stadium III (Abb. 3), Grad C (Abb. 4) diagnostiziert.[6]

Nach einer umfassenden Aufklärung wurden erneute Instruktionen zur Mundhygiene durchgeführt. Zusätzlich nahm der Patient an einer iTOP-Schulung teil.

Die antiinfektiöse Therapie wurde gemäß aktueller S3-Leitlinie in zwei aufeinanderfolgenden Sitzungen durchgeführt.[1] Nach Anfärben des Biofilms wurde zunächst eine Guided Biofilm Therapy (GBT) mittels Pulver-Wasser-Strahl durchgeführt. Im Anschluss erfolgte ein subgingivales Débridement unter Anwendung der Piezon-Technologie sowie eine punktuelle manuelle Scaling-Behandlung mittels Gracey-Küretten. In Taschen mit einer Größe von ≥ 5 mm wurde ergänzend ein Hyaluron-Gel (Pocket-X-Gel®, Geistlich Pharma) appliziert, um die Entzündungskontrolle zu unterstützen.[5]

Eine Woche später zeigte die parodontale Kontrolle eine komplikationslose reparative Heilung. Bei der Re-evaluation nach drei Monaten persistierten jedoch erhöhte Sondierungstiefen und Blutungswerte, sodass die Indikation zur chirurgischen Parodontaltherapie gestellt wurde. Ergänzend erfolgten Mundhygieneinstruktionen sowie supra- und subgingivales Biofilmmanagement.

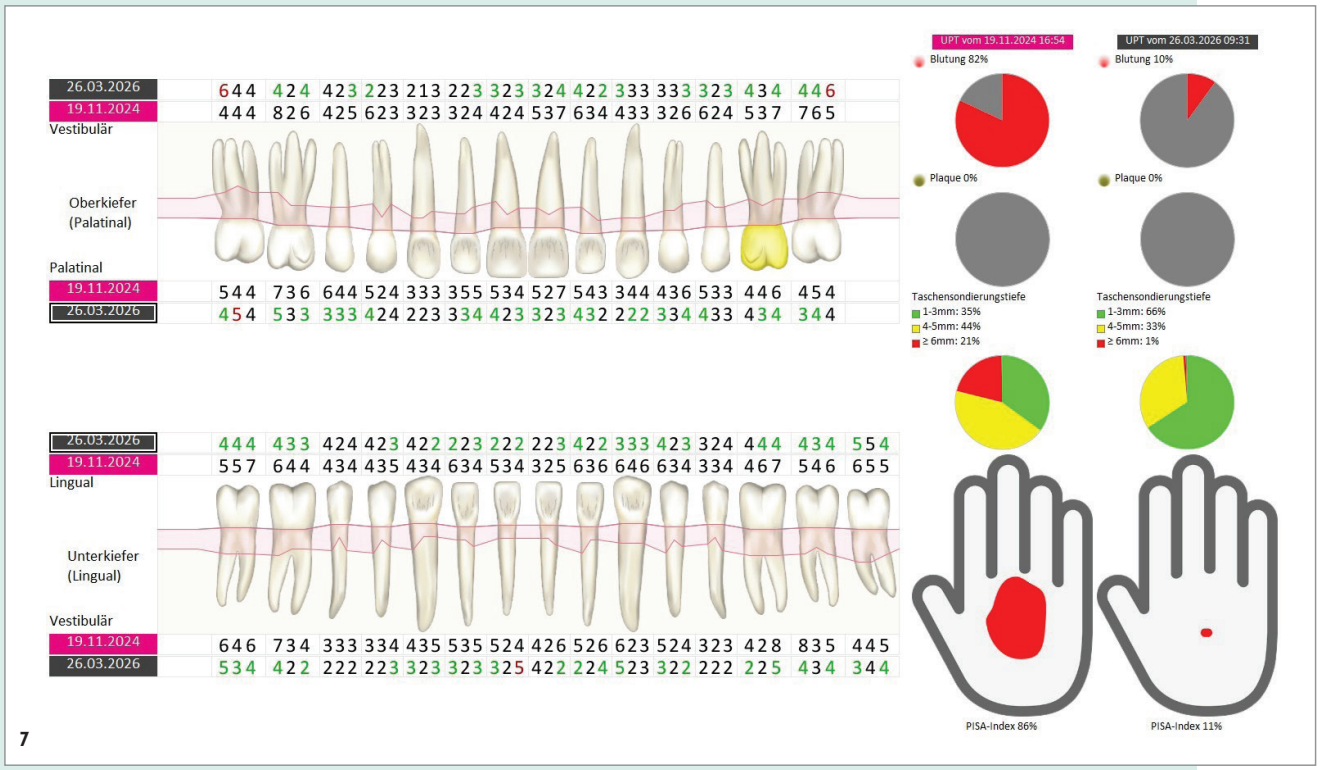


Abb. 7: Vergleich der parodontalen Befunde im Therapieverlauf.

Drei Monate nach dem chirurgischen Eingriff wurde die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) eingeleitet. Aufgrund der weiterhin erhöhten Biofilmakkumulation wurde der Fokus erneut auf Motivation, Instruktion der Single-Technik sowie die Anpassung der Interdentalraumbürsten gelegt. Der BOP betrug zu diesem Zeitpunkt 35 Prozent (Abb. 5).

Im weiteren Verlauf konnte eine klinisch relevante Verbesserung der häuslichen Mundhygiene beobachtet werden. Bei der zweiten UPT konnte ein Bleeding-on-Probing-Wert von zehn Prozent festgestellt werden. Die durchgeführten Sondierungen ergaben, dass in 66 Prozent der Fälle eine Sondierungstiefe von 1–3 mm erreicht wurde, in 33 Prozent der Fälle eine Sondierungstiefe von 4–5 mm und in lediglich einem Prozent der Fälle eine Sondierungstiefe über 6 mm (Abb. 6).

Die parodontale Untersuchung ergab eine insgesamt stabile Situation, die durch die sehr gute Mitarbeit des Patienten sowie kontinuierliche Motivation im häuslichen Umfeld begünstigt wurde.

Fazit

Der vorliegende Fall verdeutlicht, dass eine erfolgreiche Parodontitistherapie in hohem Maße von kontinuierlicher Motivation, individueller Mundhygieneinstruktion und regelmäßiger unterstützender Parodontitistherapie abhängt.[2,3] Die Kombination aus antiinfektiöser, chirurgischer und präventionsorientierter Therapie führte zu einer deutlichen Verbesserung der parodontalen Situation (Abb. 7).

Abbildungen: © Tanja Mäurer

kontakt.

Tanja Mäurer, B.Sc.
Dentalhygienikerin
Praxis Dr. – medic stom. IMF Bukarest Ulrich Stark
Kurfürstenstraße 36
36037 Fulda
tanjaheckmann@web.de

Infos zur Autorin

Literatur

ApaCare

Zahnschmelz aus der Tube



Glattere Zähne – weniger Beläge

Für lang anhaltend glatte und saubere Zähne.
Beugt der Anlagerung neuer Beläge vor und schützt Zähne und Zahnfleisch. Der ApaCare Glow – das einzigartige Gefühl außergewöhnlich glatter Zähne.

www.apacare.de