

KFO beim parodontal kompromittierten Patienten

Zu diesem Thema fand Ende letzten Jahres eine FORESTADENT Fortbildungsveranstaltung mit Priv.-Doz. Dr. Dr. Marc Schätzle in Sachsens Landeshauptstadt Dresden statt.



Von der Diagnose über das interdisziplinäre Behandlungskonzept bis hin zu klinischen Fallbeispielen sowie Möglichkeiten der Retention informierte Priv.-Doz. Dr. Dr. Marc Schätzle rund um das Thema „Kieferorthopädie beim parodontal kompromittierten Patienten“.

Der Referent bei der Besprechung eines mitgebrachten klinischen Falls einer Kursteilnehmerin.

Im Rahmen der Behandlung Erwachsener sehen sich Kieferorthopäden nicht selten mit parodontal geschädigten Gebissen konfrontiert. Um letztlich dennoch ästhetische Therapieergebnisse realisieren zu können, bedarf es neben einer umfassenden Diagnose unter Berücksichtigung bestimmter Faktoren auch eines interdisziplinären Behandlungskonzepts. Welche Aspekte hierbei beachtet werden sollten, darüber informierte Ende 2012 ein Kurs mit Priv.-Doz. Dr. Dr. Marc Schätzle in Dresden. Bevor dieser sich der Systematik der einzelnen Behandlungsabläufe widmete, wurde nach Klärung

intakten kollagenen Fasern, Druck durch Granulationsgewebe, Para-funktionen wie Lippenbeißen oder Zungenpressen etc.) dar. Um eine KFO-Behandlung beim parodontal geschädigten Gebiss überhaupt durchführen zu können, müssen diverse Voraussetzungen erfüllt sein. So ist es zunächst Aufgabe des Zahnarztes, das Parodont des Patienten zu sanieren, bis dieses entzündungsfrei ist. Der Kieferorthopäde wiederum sollte später durch die gewählte Apparatur die Hygienefähigkeit möglichst wenig einschränken, sodass der Patient einer gründlichen interdentalen Mundhygiene jederzeit nachkom-

nose, orale Hygieneoptimierung und PZR, eventuelle Notfalltherapie), Phase 1 (definitive Befunde und Diagnose, Prognose, definitiver Behandlungsplan, geschlossene Wurzelbehandlung, nicht-chirurgische, kausale/antiinfektiöse Therapie), Phase 2 (Reevaluation, chirurgische, korrektive Therapie, z.B. Lappenchirurgie, regenerative Therapie, resektive Therapie, Furkationsbehandlung) und Phase 3 (Kontrollbefunde, Erhaltungs-therapie, Recall, adjunktive Orthodontie, Prothetik, Implantate). Einfach und doch sehr aufschlussreich bei der Befundaufnahme – so Dr. Schätzle – ist hierbei die Parodontale Grunduntersuchung (PGU) mit ihrer Gradierung von 0 bis 4. Während der Referent bei Grad 0,1 und 2 Prävention, Prophylaxe, Mundhygieneinstruktion, Zahnreinigung und die Entfernung iatrogenen Reize empfiehlt, sollte bei Grad 3 und 4 eine umfassende Parodontaluntersuchung (inkl. Sondierungstiefe, Furkationen, BOP, ZB, CO₂ und Röntgenbildern) und entsprechende parodontale Behandlung erfolgen. Auf letztere (klinisches Vorgehen Sondieren und mögliche Fehlerquellen) sowie auf die Klassifizierung der Parodontitis (Typ I bis VIII) wurde dann anschließend detailliert eingegangen.

verse Studien belegen, kommt es während einer KFO-Therapie zu keiner Schädigung des Parodonts, solange dieses vorab gesund ist. Liegt hingegen ein entzündetes

Dass bei der KFO-Behandlung parodontal geschädigter Gebisse biomechanische Besonderheiten zu beachten sind, machte Dr. Schätzle anschließend deutlich.



Nach erfolgter KFO-Therapie parodontal geschädigter Gebisse wird eine lebenslange Retention empfohlen. Spezielle Retainer-Designs können hierbei die Hygienefähigkeit unterstützen. (Foto: Dr. R. Patcas, Universität Zürich)

Parodont vor oder vernachlässigt der Patient während der Behandlung seine Mundhygiene, besteht hingegen durchaus ein erhöhtes Risiko negativer Effekte durch die KFO-Therapie.

Neben der Verbesserung von Ästhetik und Hygienefähigkeit stellen eine stabile und funktionell zufriedenstellende Okklusion sowie die Ermöglichung einer prothetischen Versorgung die Ziele einer KFO-Behandlung beim parodontal geschädigten Gebiss dar. Als Indikationen gelten u. a. eine instabile Okklusion, Kaufunktionsstörungen, Lückenbildung und Food Impaction, die Vergrößerung von Overbite/Overjet mit Weich- und Hartgewebdefekten oder mukogingivale Probleme (Rezessionen, dünne Knochenbedeckungen). Von einer kieferorthopädischen Therapie sollte hingegen abgesehen werden bei ungenügender Kooperation und mangelnder Verankerung, bei schweren, rasch fortschreitenden, therapieresistenten Formen der Parodontitis.

Danach erläuterte er anhand diverser Fallbeispiele sowie internationaler Studien Themen wie die Auflösung eines Engstandes durch Stripping, Rezessionen, die forcierte Extrusion und Intrusion, Knochenaugmentation, Nichtanlagen bzw. fehlende Zähne, die Optimierung von Stellung und Lückenverteilung oder ein reduziertes Parodont. Einen weiteren Schwerpunkt bildete der Verlust von Zähnen.

Den Abschluss dieser Ein-Tages-Veranstaltung bildete das Thema Retention. Dieser konnte, so der Referent, eine bedeutende Rolle zu. So sei aus parodontaler Sicht eine lebenslange Retention unabdingbar. Ein Vergleich diverser Retainer-Designs rundete den Kurs ab.

Auch in diesem Jahr wird es wieder eine FORESTADENT-Fortbildung mit Dr. Dr. Marc Schätzle geben – und zwar am 22. November 2013 in Frankfurt am Main. Das Thema lautet dann „Kieferorthopädie und Prothetik“.



Signifikant bei Befundaufnahme und Diagnose ist die Parodontale Grunduntersuchung (PGU). Im Bild eine PGU Grad 3 resp. 4, welche sich u. a. durch eine Sondierungstiefe von 4–5mm, dem Vorhandensein von Zahnstein oder einem positiven BOP auszeichnet. (Foto: Prof. Dr. Niklaus P. Lang, University of Hong Kong)

von Fachbegriffen zunächst auf diverse epidemiologische Studien zum Thema eingegangen. Besonders interessant dabei die Ergebnisse der einst in Norwegen und Sri Lanka durchgeführten Löe-Studien, welche die Zusammenhänge von oraler Mundhygiene und Attachmentverlust sowie Parodontitis untersuchten.

Durch Parodontitis verursachte Zahnbewegungen und Malokklusionen können sowohl eine OK-Frontprotrusion mit Lückenbildung, die Elongation von Einzelzähnen oder Zahngruppen (Tiefbiss, Vorkontakte), Lückenbildungen durch Zahnverluste oder -wanderungen, Zahnrotationen als Folge von Zahnwanderungen, Zahnkippen oder das Kollabieren der vertikalen Bisshöhe (Tiefbiss, bukkale Non-Okklusion) sein. Ursachen der Zahnwanderungen stellen hierbei wirkende Kräfte (Kaukräfte, Zugkräfte von

men kann. Der Dentalhygienikerin obliegen die nebst der subgingivalen Plaqueentfernung auch die Dokumentation von der parodontalen Entzündung in Form von Sondierungstiefen und BOP (bleeding on probing) während der ganzen kieferorthopädischen Behandlung.

Was den Ablauf einer Behandlung beim parodontal kompromittierten Gebiss angeht, umfasst dieser vier Phasen – Vorphase (Anamnese, Befunde, provisorische Diag-

Bevor dann Indikationen und Kontraindikationen einer kieferorthopädischen Behandlung beim parodontal geschädigten Gebiss im Fokus standen, ging der Referent nochmals auf die Voraussetzungen dafür ein. So empfahl er u. a., die Brackets möglichst inzisal zu kleben, Bänder supragingival zu setzen (besser Brackets), spezielle Mundhygieneinstruktionen zu geben und am Ende der Therapie mundhygienefreundliche Retainer einzusetzen. Wie di-



Klinisches Beispiel eines Lückenschlusses einer parodontal geschwächten, aufgefächerten Front vor (a) und nach (b) Behandlung.

(Fotos: Priv.-Doz. Dr. U. Teuscher, Universität Zürich)

KN Adresse

FORESTADENT
Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151
75172 Pforzheim
Tel.: 07231 459-0
Fax: 07231 459-102
info@forestadent.com
www.forestadent.com