

Auch das Parodontium altert!

30 Jahre nach Parodontitistherapie: Dumm gelaufen oder alles wunderbar? Von Dr. med. dent. Wolfgang Westermann, Emsdetten.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen zeigt, dass parodontal mittel bis stark geschädigte Zähne mit konsequenter Therapie über Jahrzehnte erhalten werden können. Selbst Zähne mit stark reduziertem Stützgewebe können über lange Zeiträume funktionell voll funktions-tüchtig bleiben.

Voraussetzung für diese Ergebnisse ist eine systematische Behandlung, bestehend aus Initialbehandlung, weiterführender chirurgischer Behandlung und erfolgreicher Erhaltungstherapie. Ein weiterer Erfolgsbaustein ist die Mitarbeit des Patienten.

Messen lässt sich dies alles in Millimetern und Prozenten: Sondierungstiefen, Attachmentgewinn oder -verlust, Furkationsbeteiligungen, Plaque- oder Blutungsindizes.

Was wir jedoch messen, ist immer der Status quo zum Zeitpunkt unserer Messungen und Untersuchungen. Bestenfalls sind wir noch in der Lage, unsere Werte mit den früher erhobenen in Relation zu setzen und so zu beurteilen, ob der „Fall“ progressiv verläuft,

oder ein „Stillstand“ der destruktiven Vorgänge eingetreten ist.

Bekanntermaßen kann es aber gar keinen Stillstand geben, weil der Patient lebt und seine Zähne im täglichen Leben benutzt! Zu allem Überfluss werden unsere Patienten, und auch wir Behandler, immer

älter; das bedeutet, das Kauorgan ist funktionellen Belastungen und auch Pflegemaßnahmen immer länger ausgesetzt!

Seit 1977 haben wir in unserer Praxis Patienten dokumentiert, vor allem komplexe und profunde PAR-Fälle. Ich werde Ihnen im Rahmen

meines Vortrages bei der Jahrestagung der DGParo in Erfurt vom 20. bis 21. September 2013 unterschiedliche Fälle zeigen (Fotos, Röntgenbilder, PAR-Statens), die alle nach den o. g. Prinzipien konsequent behandelt wurden. Es handelt sich ausnahmslos um profunde Fälle und Personen, die zu Beginn ca. 35 bis 45 Jahre alt waren.

Wie sehen diese Patienten heute aus? Sondierungstiefen sind das eine. Aber horizontaler Knochenabbau als Alterungsprozess, „lange“ Zähne, Lockerungen aufgrund längerer Hebel, Zahnschubstanzverlust durch Pflegemaßnahmen usw. sind das andere. Entwickeln sich alle Fälle gleich? Gibt es Trends, die voraussagbar sind? Wer seine Patienten über einen längeren Zeitraum betreut, muss manchmal Demut üben, mit Zweifeln an sich und der Wissenschaft fertig werden. Sind Langzeiterfolge planbar und voraussagbar? Was ist eigentlich

ein Langzeiterfolg? Welche Bedeutung spielt die voraussichtliche „Restlebenszeit“ des Patienten für meine Therapieplanung? Bei welchem Attachmentverlust ist Parodontaltherapie vielleicht sinnlos? Sind Extraktion oder Implantation die bessere Therapie? Waren sie es auch noch 30 Jahre nach der Extraktion oder Implantation?

Mit diesen Themen werden sich alle Behandler weltweit immer wieder auseinandersetzen müssen. Meine Erfahrungen auf diesem Gebiet werde ich auf der DGParo-Tagung in Erfurt präsentieren. Die Gelegenheit, über diese Problematik zu diskutieren, besteht unabhängig von Ländergrenzen und Tagungsorten. Der kollegiale Austausch führt dazu, dass Fragen beantwortet und neue aufgeworfen werden. Und das ist gut so, denn sonst gibt es kein Fortkommen. **PT**

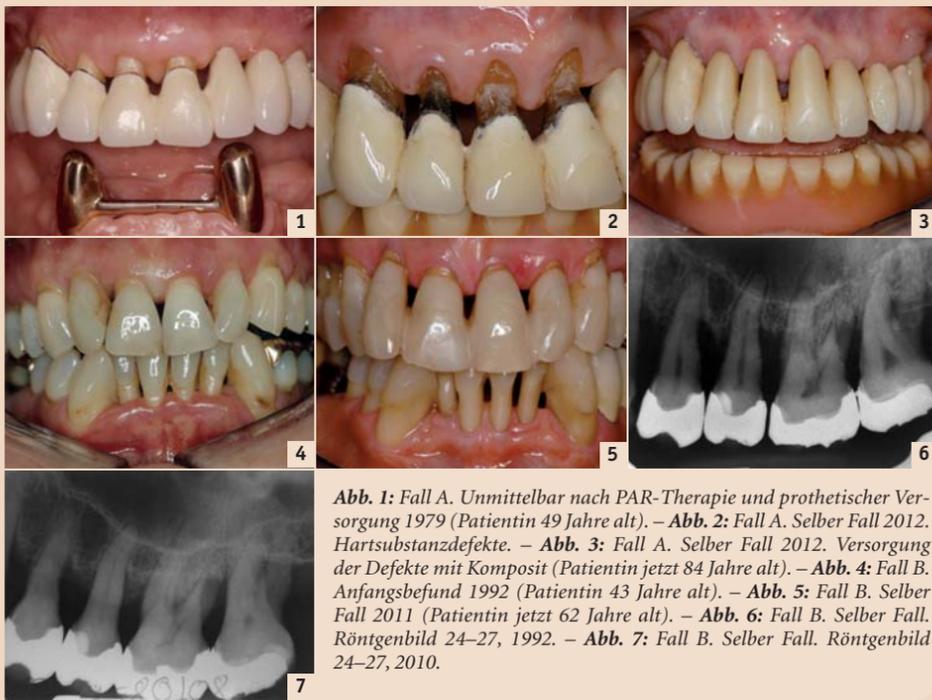


Abb. 1: Fall A. Unmittelbar nach PAR-Therapie und prothetischer Versorgung 1979 (Patientin 49 Jahre alt). – Abb. 2: Fall A. Selber Fall 2012. Hartschubstanzdefekte. – Abb. 3: Fall A. Selber Fall 2012. Versorgung der Defekte mit Komposit (Patientin jetzt 84 Jahre alt). – Abb. 4: Fall B. Anfangsbefund 1992 (Patientin 43 Jahre alt). – Abb. 5: Fall B. Selber Fall 2011 (Patientin jetzt 62 Jahre alt). – Abb. 6: Fall B. Selber Fall. Röntgenbild 24–27, 1992. – Abb. 7: Fall B. Selber Fall. Röntgenbild 24–27, 2010.



Dr. med. dent.
Wolfgang Westermann
Nordwalder Straße 19
48282 Emsdetten, Deutschland
Tel.: +49 2572 81646
praxis.westermann@t-online.de
www.westermann-perio.de

ANZEIGE

Your winning team

Parodontitis erfolgreich managen → **Slow-Release über 7 Tage mit CHX-Dosis von mind. 125 µg/ml**

→ **99%ige Eliminierung der subgingivalen Bakterien**

SRP +



PerioChip®

PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen
Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zusammensetz.: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) • Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Gerein. Wasser. Anwggeb.: In Verb. m. Zahnsteinentf. u. Wurzelbehandl. wird PerioChip z. unterstütz. bakterio-stat. Behandl. von mäß. bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbild. b. Erw. angew. PerioChip kann als Teil ein. parodont. Behandl.progr. einges. werd. Geganz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis (D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drit-tel d. Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf. d. normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch auf d. mechan. Einleg. d. Chips in d. Parodonttasche o. auf d. vorhergeh. Zahnsteinentf. zurückzuf. sein. Am häufig. tret. Erkr. d. Gastroint. tracts (Reakt. an d. Zähnen, am Zahnfleisch o. d. Weichteil. im Mund) auf. d. auch als Reakt. am Verabreichungsort beschrieb. werd. könn. Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnschmerz, Zahnfleischschwell., -schmerz., -blutung., Zahnfleischhyperplasie, -schrumpf., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohlsein, grippeähn. Erkr., Pyrexie, system. Überempfindl., Weichteilnekrose, Zellgewebsentz. u. Abszess am Verabreich.ort., Geschmacksverlust u. Zahnfleischverfärb. Weitere Hinw.: s. Fach- u. Gebrauchsinform. / Lagerungshinweis beachten. Apothekenpflichtig. Stand: Juli 2011 (103P). Pharmazeutischer Unternehmer: Dexcel* Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, D-63755 Alzenau, Telefon: 06023/9480-0, Fax: 06023/9480-50