

PERIO TRIBUNE

— The World's Periodontic Newspaper · Austrian Edition —

No. 6/2013 · 10. Jahrgang · Wien, 5. Juni 2013



EFP Pressekonferenz in Monaco

Das öffentliche Bewusstsein für Zahnfleischerkrankungen schärfen – das Ziel der Outreach Campaign. Das gemeinsame Projekt von EFP, AAP und Colgate Gaba wurde am 4. Mai in Monaco vorgestellt. ▶ Seite 19



Depuration von Wurzeloberflächen

Derzeit gibt es viele Depurationstechniken – sowohl neue als auch abgesicherte Methoden. Welche Langzeitparameter spielen dabei eine Rolle und welche Methoden haben Zukunftspotenzial? ▶ Seite 20



Chronische Parodontitis behandeln

PerioChip® ist ein Antiseptikum, das keine Resistenzen bildet. Es wird in Taschen ab ≥5 mm lokal appliziert und eliminiert selbst hartnäckige parodontogene Keime. ▶ Seite 22

Parodontale Therapie am älteren Patienten – notwendig vs. machbar

Der demografische Wandel wird zunehmend auch in der Zahnarztpraxis zu einem wichtigen Thema.

Von Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald, Deutschland.

Aufgrund der stetig wachsenden Zahl älterer Menschen nehmen deren Probleme ein größeres Feld in der zahnärztlichen Tätigkeit in Anspruch. Wir Zahnärzte müssen uns häufig die Frage stellen, welche Behandlung ist noch adäquat, was muss gemacht und welche Therapie

können unsere Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen.¹

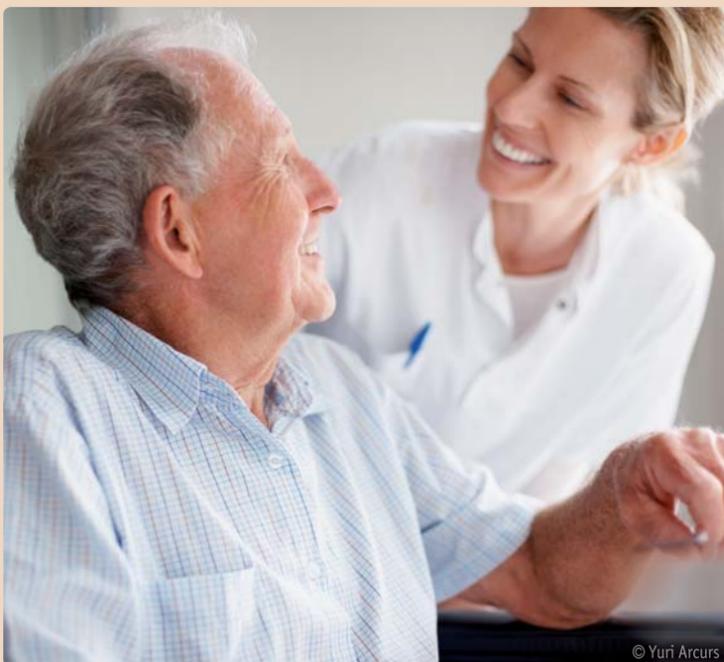
Anhand der Behandlungsabfolge von Herrn C.D. möchte ich einige dieser Probleme schildern. Als dieser Patient mit 70 Jahren das erste Mal zu uns kam, gab er in der Anamnese an, dass er gerne

ihm wurde bisher keine Parodontalbehandlung durchgeführt, und er verwendet keine interdentalen Hilfsmittel. Seit zehn Jahren ist er Nichtraucher, er ist übergewichtig und sein BMI beträgt 32 (Körperlänge 173 cm, Körpergewicht 95 kg), zudem hat er einen schlecht eingestellten Diabetes mellitus Typ II (HbA1c 8,1 Prozent, Behandlung mit Metformin). Sein hoher Cholesterinspiegel wird mit Statinen und der hohe Blutdruck mit Amlodipin therapiert. Seine Rente ist knapp bemessen, er wünscht günstigen Zahnersatz.

Von klinischer Seite her bestehen keine großen Auffälligkeiten, seine Sondierungstiefen weisen im Durchschnitt 5 bis 6 mm auf – außer an Zahn 14, der auch stark gelockert war. Der Zahn 14 konnte nicht erhalten werden. Der Patient wurde in Mundhygiene unterwiesen, ein Deep Scaling durchgeführt und eine neue Einstückgussprothese angefertigt. Trotz schlechter Blutzuckereinstellung war das parodontale Behandlungsergebnis günstig,² die Sondierungstiefen wurden auf durchschnittlich 3 bis 4 mm reduziert.

Die weitere Behandlungsabfolge war unauffällig, der Patient kam zwei bis drei Mal im Jahr zur Erhaltungstherapie. Einmal im Jahr wurde die Anamnese erneuert, und dabei zeigte sich, dass der Patient

Fortsetzung auf Seite 18 →



© Yuri Arcurs

kann außer Acht gelassen werden. Häufig sind ältere Patienten multimorbid, nehmen verschiedene Medikamente ein und werden im Laufe der Zeit immer gebrechlicher und sind in ihren Bewegungen eingeschränkt. Diese Gegebenheiten

alle vorhandenen Zähne behalten würde und dass er mit seiner Prothese zurecht käme. Er war seit fünf Jahren in Rente und früher in einer Autowerkstatt tätig. Herr C.D. machte einen sehr rüstigen Eindruck und war gut orientiert. Bei

Parodontitis – wie steht es damit in Österreich?

Statement von Dr. Corinna Bruckmann*, MSc



Die Parodontitis und ihre Folgen werden nach wie vor zu wenig ernst genommen, obwohl etwa jeder zweite Zahnverlust bei Erwachsenen darauf zurückzuführen ist.

Im Rahmen einer aktuellen Studie wurde bei 5.350 Ambulanz-Patienten der Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik (BGZMK) routinemäßig eine parodontale Grunduntersuchung (PGU) durchgeführt. Davon waren 17% wegen eines bereits akuten parodontalen Problems an die Klinik gekommen. Objektivierbare Probleme bestanden jedoch – je nach Alter – bei 37 bis 79%! Die subjektive Wahrnehmung entsprach diesen Zahlen ganz und gar nicht: Bei Jüngeren lag sie noch bei 41%, bei den Älteren sank sie auf 24%. Das heißt, Symptome wie Zahnfleischrückgang, Schwellungen, Blutung beim Zähneputzen oder Zahnwanderung werden offensichtlich verdrängt.

Es ist also Aufgabe des zahnärztlichen Teams, die Diagnose zu stellen und eine Therapie zu veranlassen. Eine Screeninguntersuchung – die PGU – gibt rasch einen Überblick über die Verhältnisse im Mund. Leider wird diese in Österreich nicht regelmäßig oder nicht immer richtig durchgeführt: In einer repräsentativen Fragebogenuntersuchung der BGZMK in 660 österreichischen Praxen gaben zwar 80% der Antwortenden an, eine Screeninguntersuchung anzuwenden, aber nur in 57% wird eine Parodontalsonde ver-

wendet! Ein Röntgenbild alleine kann aber erst ein Spätstadium von Parodontitis identifizieren. Viele, im Anfangsstadium noch leicht zu beherrschende, Erkrankungen bleiben also unentdeckt.

Und die Therapie? Erfreulicherweise wird zunehmend professionelle Zahnreinigung angeboten. Diese ist aber nur angezeigt, wenn keine Sondierungstiefen von mehr als 4 mm vorliegen, also zur Vorsorge, bei Verfärbungen, bei Gingivitis oder im Recall. Als Therapie der Parodontitis stellt sie eine eklatante Unterversorgung dar. Parodontale Therapie ist ärztliche Aufgabe. Eine PASS kann dabei zwar sinnvoll eingebunden werden, aber ihre Ausbildung muss (neuerdings endlich gesetzlich) geregelten Qualitätskriterien entsprechen.

Ein gesundes Parodont ist nicht nur für jede nachfolgende zahnärztliche Therapie – auch für Implantate – die Basis: Orale chronische Entzündungen haben auch in Hinsicht auf die allgemeine Gesundheit große Bedeutung. Mein Appell an Sie: Helfen Sie durch frühzeitige Diagnosestellung, korrekte Therapie und Etablierung eines Nachsorgesystems mit, die Betreuung parodontal Erkrankter in Österreich zu verbessern.

*Fachbereich Zahnerhaltung und Parodontologie der BGZMK, Vizepräsidentin der ÖGP.

Infos zum Autor



ANZEIGE

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



Anmeldeformular – Spezialisten-Newsletter
www.zwp-online.info/newsletter

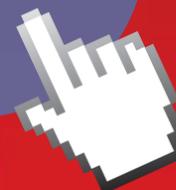
www.zwp-online.at

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online



Jetzt anmelden!



54. Bayerischer Zahnärztetag

München, 24. bis 26. Oktober 2013
The Westin Grand München Arabellapark



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzvb.de | www.dgaz.org



Programm
Bayrischer Zahnärztetag 2013

Biss im Alter – die Zahnbehandlung des gealterten Patienten

Informationen: OEMUS MEDIA AG

Telefon: +49 341 48474-308 · Fax: +49 341 48474-390

E-Mail: zaet2013@oemus-media.de · www.bayerischer-zahnaerztetag.de

Faxantwort

+49 341 48474-390

VORNAME/NAME

PRAXISSTEMPEL

Bitte senden Sie mir das Programm zum **54. Bayerischen Zahnärztetag** am 24. bis 26. Oktober 2013 in München zu.

DTAT 6/13

Austrian Edition · Nr. 6/2013 · 5. Juni 2013

← Fortsetzung von Seite 17

jetzt mit Rivaroxaban (Xarelto) wegen Vorhofflimmern antikoaguliert wird. Wie gehen wir Zahnärzte mit diesem neuen Gerinnungshemmer um, was müssen wir darüber wissen?³

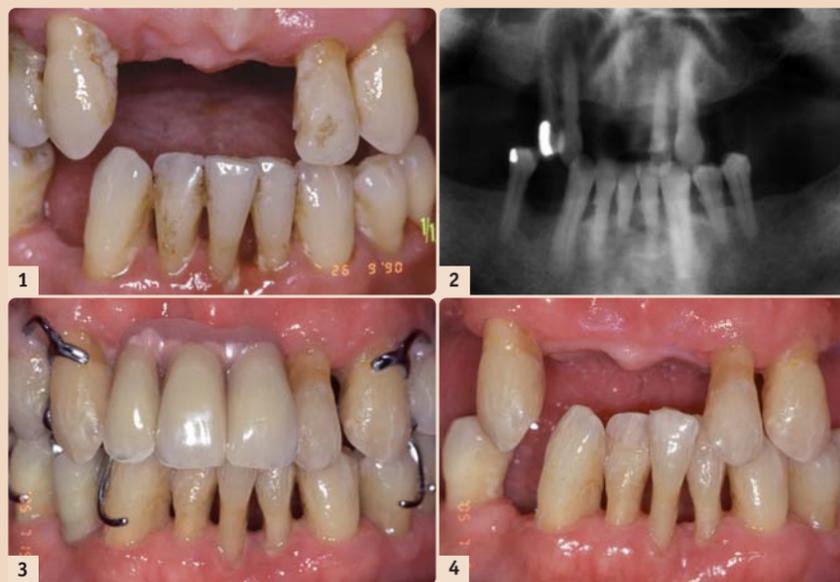
Mit 78 bekam unser Patient ein Prostatakarzinom, das operativ entfernt wurde. Drei Jahre später wurden ihm wegen Metastasen Bisphosphonate verordnet. Durch Zufall bekamen wir dies mit, er sprach darüber mit einer unserer Prophylaxehelferinnen. Wie müssen wir Zahnärzte auf diese Information reagieren? Macht es einen Unterschied, ob wir parodontal erkrankte oder parodontal behandelte Patienten vor uns haben, die wegen eines metastasierenden Tumors Bisphosphonate bekommen oder bekommen sollen?⁴

Bis zu seinem 85. Lebensjahr kam es durch seine gute Mitar-

Behandlung gemacht werden, und welche Organisationsmöglichkeiten gibt es dabei? Zudem wollte die Tochter von uns wissen, ob sie die Zähne ihres Vaters putzen und ob sie die Prothesen reinigen sollte. Sind diese Maßnahmen reine Kosmetik oder haben sie auch Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit?

Japanische Kollegen⁵ konnten zeigen, dass auch Patienten in Pflegeheimen von einer regelmäßigen Zahnreinigung und Mundhygienemaßnahmen profitieren. Die behandelten Patienten bekamen im Vergleich zu Kontrollgruppen seltener eine Pneumonie, und die Mortalitätsrate war während der zweijährigen Beobachtungsphase reduziert.

Damit ist belegt, dass eine parodontale Therapie bis ins hohe Alter durchaus sinnvoll ist und sogar zur Gesunderhaltung des Patienten beitragen kann. **PT**



Der Patient wurde von Dr. Andreas Rühling, Kiel, Deutschland, behandelt, und er hat auch die Fotos zur Verfügung gestellt. **Abb. 1:** Vorstellung 1990, 70 Jahre alt. – **Abb. 2:** OPG 1990, Erstaufnahme. – **Abb. 3:** 2005, 85 Jahre alt. – **Abb. 4:** 85 Jahre alt.

beit zu keinem weiteren Verlust am Zahnhalteapparat, und der Patient verlor keine weiteren Zähne. Seine Mundhygiene wurde jedoch schlechter, ihm fiel es zunehmend schwerer, Interdentalbürsten zu gebrauchen, und auch auf den Glattflächen fanden sich häufig Beläge.

Welche Maßnahmen müssen unsere Helferinnen in den Erhaltungssitzungen bei diesen Patienten durchführen? Ist es noch angebracht, hochbetagte Patienten auf Mundhygienedefizite hinzuweisen, oder entfernen wir die Beläge, ohne dies weiter zu kommunizieren? Wie gehen wir und das gesamte Praxispersonal damit um, dass unsere älteren Patienten zunehmend schwerhöriger, langsamer und auch vergesslicher werden? Wie sollen diese Senioren von unserem Praxispersonal angesprochen werden?

Nach seinem 85. Lebensjahr kam der Patient nicht mehr zu uns in die Sprechstunde. Seine Tochter informierte uns, dass ihr Vater inzwischen stark gehbehindert sei und deshalb die Praxis nicht mehr aufsuchen kann. Sie berichtet außerdem, dass ihr Vater über lockere Zähne in der Unterkieferfront klagt und erkundigt sich, ob wir nicht die Therapie bei ihm zu Hause fortsetzen könnten. Was kann bei der aufsuchenden

Literatur

- 1 Böhm K. et al., Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut 2009.
- 2 Demmer RT. et al., The influence of type 1 and type 2 diabetes on periodontal disease progression: prospective results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). Diabetes Care. 2012.
- 3 Bayer Vital Information zu Xarelto für Zahnärzte, Postsendung Zahnärzte April 2013.
- 4 Grötz KA. et al., Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen S 3 Registernummer 007/091, Leitlinie AWMF online: www.awmf.org
- 5 Yoneyama T. et al., Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes, Journal of the American Geriatrics Society 2002, 50(3)430–433.



Prof. Dr. Thomas Kocher
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Abteilung Parodontologie
Walther-Rathenau-Straße 42a
17487 Greifswald
Deutschland
kocher@uni-greifswald.de
www.uni-greifswald.de