

PERIO TRIBUNE

— The World's Periodontic Newspaper · Austrian Edition —

No. 6/2015 · 12. Jahrgang · Wien, 10. Juni 2015



Speziell für Kinderzähne

Dr. Gabriele David, Schaan, stellt in Ihrem Fachbeitrag das i-Kids-Programm von Ivoclar Vivadent vor. Es erfüllt die Anforderungen für eine effektive Behandlung der Kinderzähne. ▶ Seite 20

Jahrbuch Prävention & Mundhygiene 2015

Druckfrisch für Sie!
Mit dem Jahrbuch Prävention & Mundhygiene legt die OEMUS MEDIA AG die 1. Auflage des aktuellen Kompendiums zur Prävention und Mundhygiene vor. ▶ Seite 21



Für ein außergewöhnliches Ergebnis

Eine sanfte und effiziente Beseitigung von Bakterien in der Parodontaltasche bewirkt die subgingivale Anwendung der Air-Flow-Methode mittels der Perio-Flow-Düse von EMS. ▶ Seite 23

Herausforderung für die Zahnarztpraxis – Diabetes mellitus und Parodontitis

Die wechselseitigen Interaktionen zwischen beiden Erkrankungsbildern sind längst nicht ausreichend bei Internisten und Zahnärzten bekannt und werden daher viel zu selten in der täglichen Behandlungsroutine berücksichtigt. Von Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc., Köln, Deutschland.

Diabetes mellitus und Parodontitis sind komplexe chronische Erkrankungen, die einen erheblichen Teil der erwachsenen Bevölkerung betreffen. Etwa sechs Millionen Menschen in Deutschland ist ihre Diabetesdiagnose bekannt, eine Dunkelziffer an bisher nicht diagnostizierten Erkrankungsfällen von zwei bis fünf Millionen Menschen wird vermutet (Rathmann und Tamayo 2013). Für Deutschland nimmt man ungefähr 31 Millionen Parodontitiserkrankte an (Holftreter et al. 2010).

Aus diesen Zahlen ist leicht abzulesen, dass ein erheblicher Teil der Patienten in jeder Zahnarztpraxis an mindestens einer dieser Erkrankungen leidet. Mit der weiteren Alterung unserer Bevölkerung, dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen auch im fortgeschrittenen Alter noch einen großen Teil ihrer natürlichen Zähne haben, und der Tatsache, dass auch zunehmend jüngere Menschen an einem Diabetes erkranken, wird daraus eine gewaltige Herausforderung an das Disease-Management in der ambulanten Versorgung.

Einfluss auf Krankheitsentwicklung

Auch wenn der bakterielle Biofilm mit seinen zahlreichen parodontopathogenen Mikroorganismen immer die notwendige Ursache für die Entstehung der Parodontitis

bleibt, so hat ein bestehender Diabetes mellitus in erheblichem Maß Einfluss auf die Krankheitsentwicklung, sodass man die Parodontitis zu den mikrovaskulären Folgeerkrankungen des Diabetes zählen muss.



Abb. 1: Klinisches Erscheinungsbild einer unbehandelten Parodontitis bei einem 65-jährigen Diabetiker.

Bei Diabetikern mit unzureichender Einstellung des Blutglukosespiegels ist mit einer verstärkten parodontalen Gewebestruktion zu rechnen, der durchschnittliche klinische Attachmentverlust ist signifikant erhöht. Ebenso ist die Regenerationsfähigkeit des Gewebes reduziert (Grossi und Genco 1998).

Bei guter metabolischer Einstellung kann hingegen mit ähnlichen Therapieresultaten wie bei Nichtdiabetikern gerechnet werden. Die Parodontitis muss also als

typische Komplikation einer länger bestehenden Hyperglykämie angesehen werden (Löe 1993). Die pathogenetischen Mechanismen, die letztlich für die beschriebenen Einflüsse des Diabetes auf den parodontalen Zustand verantwortlich sind, sind noch nicht vollständig geklärt. Es gilt als relativ gesichert, dass der hyperglykämische Zustand

Fortsetzung auf Seite 18 →

„Professionelle Zahnreinigung ist eine Abzocke“



Statement von Dr. Corinna Bruckmann, MSc*

In der Onlineausgabe des „Stern“ vom 26.2. „So werden Sie beim Arzt abgezockt!“ stand zum Thema Professionelle Zahnreinigung (PZR): „Obwohl die PZR sehr verbreitet ist und von vielen Anbietern und Experten sogar als unverzichtbar eingestuft wird, ist der tatsächliche Nutzen kaum untersucht“. Diese Meldung verursachte auch in Österreich eine Welle der Empörung in der Kollegenschaft. Zu Recht?

Wie sieht die wissenschaftliche Evidenz tatsächlich aus? Für Erwachsene kann auf Grundlage systematischer Übersichtsarbeiten aus randomisierten kontrollierten Studien derzeit jedenfalls nicht die Aussage getroffen werden, dass zweimal jährliches professionelles Putzen, Karies, Gingivitis oder Parodontitis verhindern könnte. Dennoch: Irgendetwas in uns wehrt sich, dies zu akzeptieren, haben wir doch die Ergebnisse von Per Axelsson in Erinnerung.

Die PZR – definitionsgemäß supragingival und im sichtbaren Bereich – erreicht nur Zonen, die Patienten eigentlich selbstständig täglich reinigen sollten. Dies führt zwar zu einem kurzfristigen Sauberkeitsgefühl, bleibt jedoch nur Ästhetik-verbessernde Maßnahme: Innerhalb weniger Tage entsteht wieder reifer Biofilm, der weitere sechs Monate ungestört auf Zahnoberflächen und Zahnfleisch schädigend einwirkt. Nach dem Gießkannenprinzip („Zahnwaschstraße“) auf die Gesamt-

bevölkerung verteilt, ohne Unterscheidung ob gesund, an Gingivitis oder Parodontitis erkrankt, bringt diese Maßnahme dann eben tatsächlich nichts!

Also, was ist zu tun? Alle uns bekannten guten Ergebnisse professioneller Mundhygiene (auch die von Axelsson) stammen aus nichtrandomisierten Studien an ausgesuchten Patienten: dabei wurde ein individuelles Risikoprofil bezüglich Karies und Parodontitis erstellt, und das Reinigungsintervall darauf abgestimmt (zweimal pro Monat bis einmal pro Jahr). Zusätzlich erfolgten individuelle Instruktionen, um auch im Intervall zwischen den Reinigungsterminen die Putzleistung zu verbessern und die Problemzonen darzustellen. Hierdurch wurde eventuell auch eine Verhaltensänderung induziert.

Um derart individuell auf Bedürfnisse und Risiken eingehen zu können sind eine perfekte Abstimmung im zahnärztlichen Team und ein hoher Ausbildungsgrad der PAss erforderlich. Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) lädt daher nach den erfolgreichen Veranstaltungen PASS.15 und Youngsters Kick-Off wieder das gesamte Team nach Kitzbühel ein: zur Paroknowledge® 2016 (9. bis 11. Juni 2016).

*Generalsekretärin der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie



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



← Fortsetzung von Seite 17

keine signifikante Modifikation des subgingivalen Biofilmes verursacht. Die Konzentration von Zytokinen wie Interleukin-1 beta (IL-1β) und Interleukin-6 (IL-6) in der Sulkusflüssigkeit ist erhöht. Ebenso ist das Verhältnis zwischen RANKL (Receptor Activator of Nuclear Factor kappa-B Ligand) zu Osteoprotegerin (OPG) verschoben und damit das Gleichgewicht zwischen Knochenaufbau und -abbau in Richtung eines verstärkten Knochenabbaus gestört. Das Ausmaß dieser Abweichungen steht in Relation zum Status der glykämischen Kontrolle (Taylor et al. 2013). Als weiterer Mechanismus wird der Einfluss der beim Diabetes vermehrt auftretenden Endprodukte der fortgeschrittenen Glykierung (Advanced Glycation End Products, AGE) diskutiert. AGEs sind die Folge der Bindung von Glukose an freie Aminogruppen von Proteinen und bewirken die Freisetzung von entzündungsfördernden Zytokinen und die Apoptose von Fibroblasten und Osteoblasten, was wiederum zu einem verstärkten Gewebeabbau und einem geringeren Kollagen- und Knochenaufbau führt (Graves et al. 2007).

Gleichzeitig gibt es vermehrte Evidenz, dass es sich um eine gegenseitige Beeinflussung beider Krankheitsbilder handelt, dass also der glykämische Status auch abhängig von chronischen parodontalen Entzündungen ist. So wird eine chronische Dysregulation peripherer Zytokine, die auch als Folge einer chronischen Parodontitis auftritt, als bedeutsamer pathogenetischer Faktor sowohl für den prädiabetischen Zustand als auch für den manifesten Diabetes angenommen (Kolb und Mandrup-Poulsen 2010).

Die Konzentration zirkulierender Mediatoren wie C-reaktives Protein (CRP), Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-α) und IL-6 ist bei parodontalen Entzündungen signifikant erhöht (Bretz et al. 2005, Engebretson et al. 2007, Paraskevas et al. 2008, Demmer et al. 2010). Aus epidemiologischen Beobachtungen ist bekannt, dass parodontal erkrankte Personen eher ein metabolisches Syndrom entwickeln (Mo-

rita et al. 2010) und dass eine zunehmende Glukoseintoleranz und ein steigender HbA1c-Wert im direkten Zusammenhang mit dem Ausmaß der parodontalen Erkrankung, gemessen anhand des klinischen Attachmentlevels, stehen (Demmer et al. 2010, Saito et al. 2004). Das Risiko zur Ausbildung eines Diabetes Typ 2

gische Parodontaltherapie um etwa 0,4 Prozent angegeben (Engebretson und Kocher, 2013; Teeuw et al. 2010, Simpson et al. 2010). Dieser Effekt konnte in einer neueren randomisierten Studie mit einem vergleichsweise großen Untersuchungskollektiv von 514 Probanden nicht bestätigt werden (Engebret-

son et al. 2010). Dieser Effekt konnte in einer neueren randomisierten Studie mit einem vergleichsweise großen Untersuchungskollektiv von 514 Probanden nicht bestätigt werden (Engebret-

son et al. 2010). Dieser Effekt konnte in einer neueren randomisierten Studie mit einem vergleichsweise großen Untersuchungskollektiv von 514 Probanden nicht bestätigt werden (Engebret-

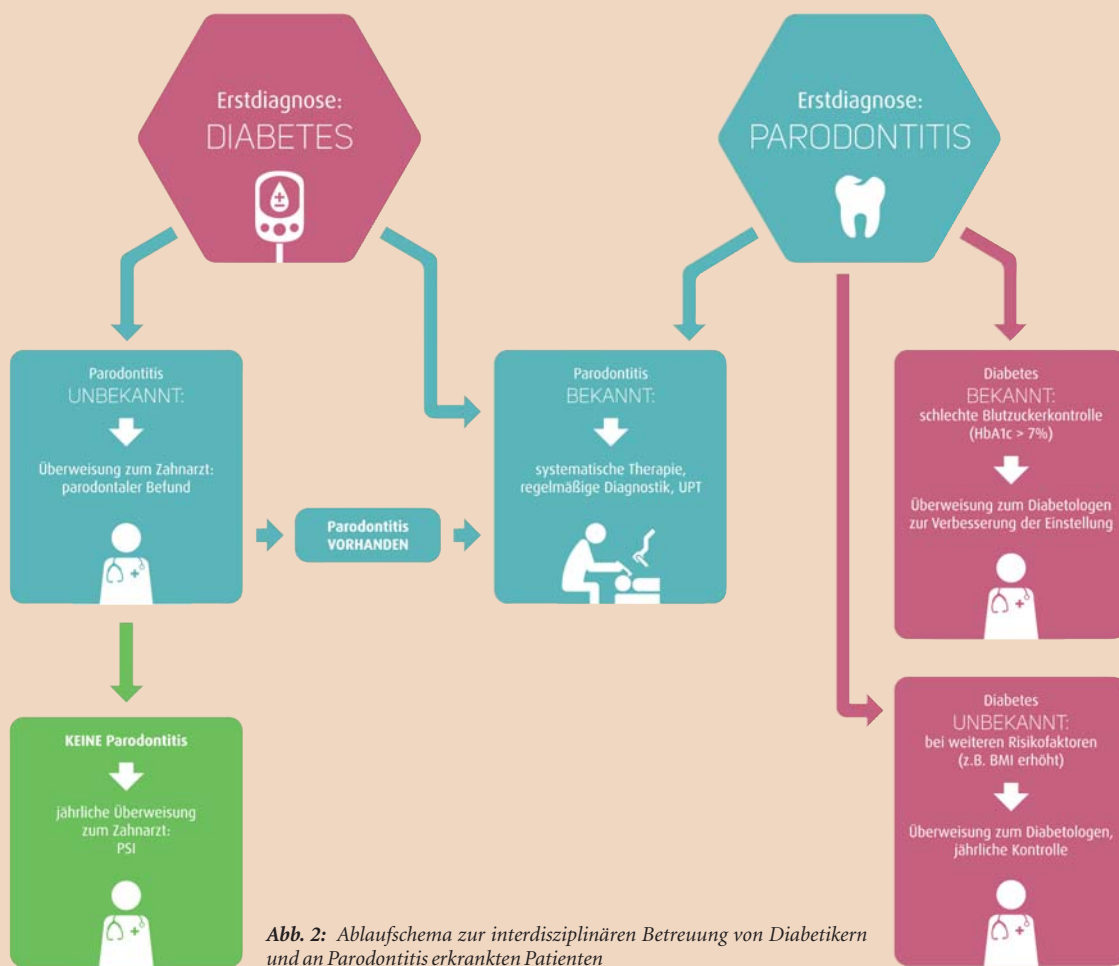


Abb. 2: Ablaufschema zur interdisziplinären Betreuung von Diabetikern und an Parodontitis erkrankten Patienten

ist abhängig vom Schweregrad der parodontalen Erkrankung (Demmer et al. 2008).

Systematische Parodontaltherapie sinnvoll?

Zunehmendes Interesse gewinnt daher die Frage, ob durch eine systematische Parodontaltherapie eine Verbesserung der Stoffwechselkontrolle bei Diabetikern erreicht werden kann. In mehreren systematischen Reviews von randomisierten klinischen Studien wird eine Senkung des HbA1c-Wertes als Maß für die langfristige Stoffwechselkontrolle allein durch nichtchirurg-

ischirurgische Parodontaltherapie über drei bis sechs Monate dokumentiert, Beobachtungen über einen längeren Zeitraum in der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) sind selten. Aufgrund des chronischen Charakters beider Krankheitsbilder wäre hingegen die Überprüfung des langfristigen Einflusses eines systematischen parodontalen Betreuungskonzeptes auf die Kontrolle des Diabetes mellitus eine wichtige Aufgabe für die zukünftige Versorgungsforschung.

Die bekannten Wechselwirkungen zwischen den Krankheitsbildern eröffnen auch für die frühzeitige Diagnose des Diabetes interessante Perspektiven: Eine in der zahnärztlichen Praxis diagnostizierte Parodontitis kann bei Vorliegen weiterer, vom Patienten in der Anamnese zu erfragenden Diabetes-Risikofaktoren (Familienanamnese, Übergewicht, Bluthochdruck) wertvolle Hinweise auf eine bisher unerkannte Diabeteserkrankung liefern (Lalla et al. 2011).

Schon aus dieser kurzen Zusammenfassung wird deutlich, dass es sich bei dem Diabetes mellitus, aber auch bei der Parodontitis letztlich um Systemerkrankungen handelt, die einen ganzheitlichen interdisziplinären Ansatz zur optimalen Betreuung der Patienten erfordern. Bei bekannter Diabetesdiagnose sollte der Patient schon vom behandelnden Internisten oder Diabetologen genauso über sein erhöhtes Parodontitisrisiko aufgeklärt werden, wie es für andere Diabetes-komplikationen wie etwa die Retinopathie oder das diabe-

tische Fußsyndrom seit Langem üblich ist. Nach der Erstdiagnose des Diabetes und danach einmal jährlich ist eine Überweisung zur zahnärztlichen Untersuchung angezeigt. Wichtig ist dann natürlich, dass bei der zahnärztlichen Kontrolle auch der Schwerpunkt auf die parodontale Diagnostik gelegt wird.

- Für das zahnärztliche Team gilt bei der Betreuung von Diabetikern:
- Die Patienten müssen intensiv über die bestehenden Zusammenhänge zwischen ihrer Diabeteserkrankung und einer möglichen Parodontitis informiert werden.
- Die parodontalen Parameter müssen zumindest anhand des Parodontalen Screening Index (PSI) einmal jährlich kontrolliert werden, um eine rechtzeitige Diagnose sicherzustellen. Bei Verdacht auf eine bestehende Parodontitis ist eine vollständige parodontale Befunderhebung notwendig.
- Diabetiker benötigen eine besonders intensive prophylaktische Betreuung und, bei Bedarf, eine sorgfältige Parodontalbehandlung mit einer funktionierenden Erhaltungstherapie (Deschner et al. 2011, Chapple et al. 2013).
- Patienten mit hohen oder stark schwankenden Blutglukosewerten (HbA1c > 7% oder Blutglukose nüchtern > 100 mg/dl) sollten vor einer umfangreicheren Behandlung zu einem diabetologischen Konsil überwiesen werden.

Fazit

Dem Screening von bisher unbekanntem Diabeteserkrankungen muss in der Zahnarztpraxis in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden, da viele unserer Patienten außer einer vielleicht einmal jährlichen zahnärztlichen Untersuchung für das Bonusheft der gesetzlichen Krankenversicherung ohne konkreten Anlass keinen Arzt aufsuchen. Bei bestehender Parodontitis und zusätzlich bekanntem Diabetesrisiko (erbliche Belastung, erhöhter BMI) sollte eine Überweisung zur Stoffwechselkontrolle beim Diabetologen erfolgen.

Zusätzlich ist es sinnvoll und kein übermäßiger Aufwand, die Verdachtsdiagnose „Diabetes“ zusätzlich durch einen Schnelltest des Blutglukosespiegels oder des HbA1c-Wertes in der Zahnarztpraxis zu untermauern. Die Verifizierung dieser Werte, die in der Regel aufgrund von verfahrensbedingten Messungenauigkeiten keine endgültige diagnostische Aussage erlauben, muss dann beim Facharzt geleistet werden. **PT**

Erstveröffentlichung: Dentalhygiene Journal 4/2014



Ganzheitlich interdisziplinär agieren

Schon aus dieser kurzen Zusammenfassung wird deutlich, dass es sich bei dem Diabetes mellitus, aber auch bei der Parodontitis letztlich um Systemerkrankungen handelt, die einen ganzheitlichen interdisziplinären Ansatz zur optimalen Betreuung der Patienten erfordern. Bei bekannter Diabetesdiagnose sollte der Patient schon vom behandelnden Internisten oder Diabetologen genauso über sein erhöhtes Parodontitisrisiko aufgeklärt werden, wie es für andere Diabetes-komplikationen wie etwa die Retinopathie oder das diabe-

ANZEIGE

» ZWP online App

Zahnmedizinisches Wissen für unterwegs

DOWNLOAD FÜR IPAD

DOWNLOAD FÜR ANDROID

Großer Bilder/
Videofundus

Tägliche
News

Umfangreicher
Eventkalender

Kostenfrei

www.zwp-online.at

FINDEN STATT SUCHEN. ZWP online

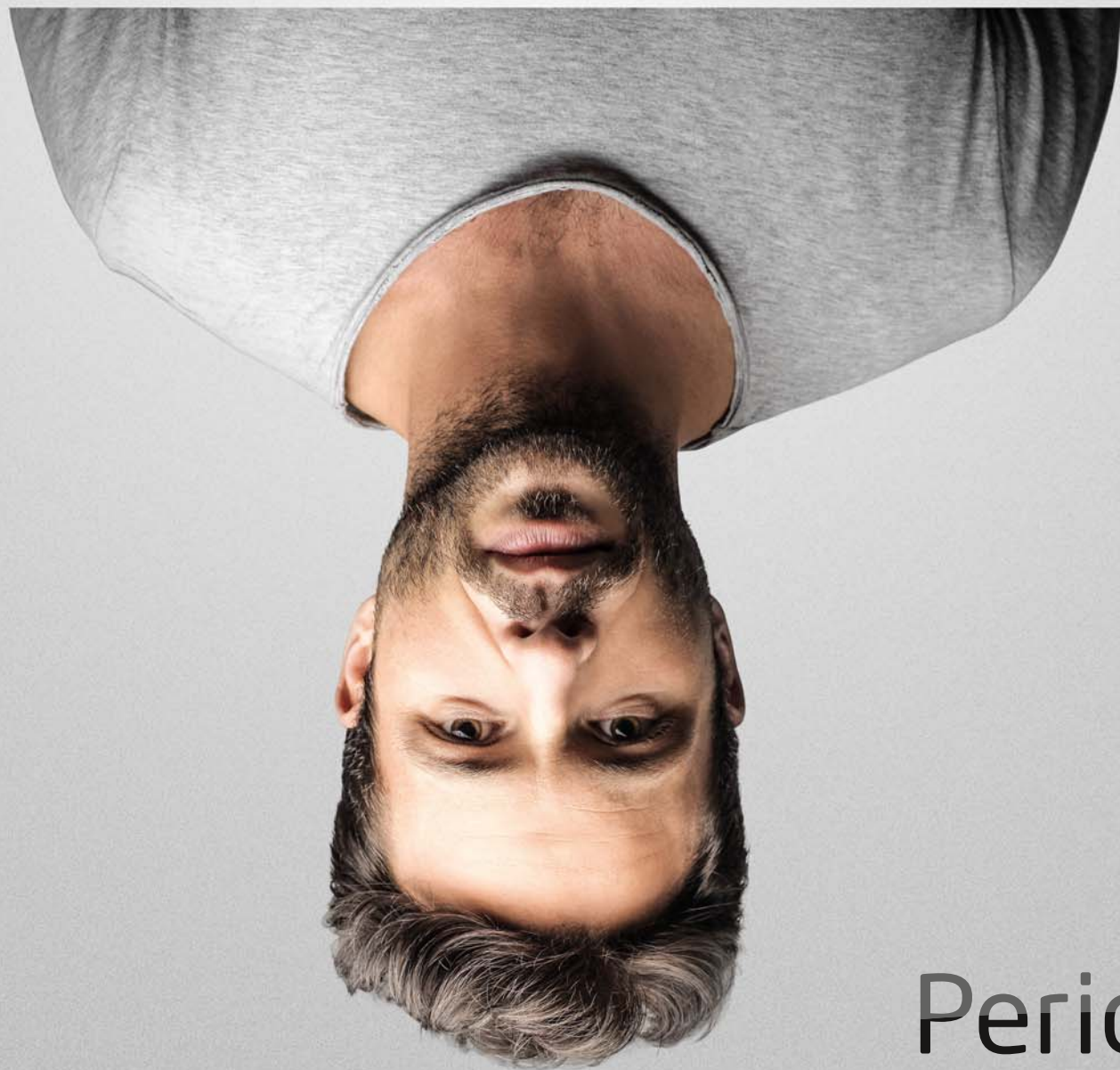
Kontakt

Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.
praxisHochschule
Neusser Str. 99
50670 Köln, Deutschland
p.hahner@praxishochschule.de

Infos zum Autor



Für Persönlichkeiten.



PerioChip[®]
www.periochip.de

PerioChip[®] 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen

Wirkstoff: Chlorhexidinbis(D-gluconat). **Zusammensetzung:** 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat). **Sonst. Bestandteile:** Hydrolysierte Gelatine (vernetzt mit Glutaraldehyd), Glycerol, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** In Verb. mit Zahnsteinentfern. u. Wurzelbehandl. zur unterstütz. antimikrob. Behndl. von mäßigen bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbildg. b. Erwachs., Teil eines parodont. Behndl.programms. **Gegenanz.:** Überempf. geg. Chlorhexidingluconat o. einen der sonst. Bestandt. **Nebenwirkungen:** Bei ungef. 1/3 der Pat. treten während der ersten Tage n. Einleg. des Chips Nebenw. auf, die normalerw. vorübergeh. Nat. sind. Diese können auch auf mechan. Einlegen des Chips in Parodontaltasche od. auf vorhergeh. Zahnsteinentfern. zurückzuf. sein. Am häufigsten Erkr. des Gastrointestinaltr. (Reakt. am Verabr. ort). **Sehr häufig:** Zahnschmerzen; **Häufig:** Zahnfleischschwell., -schmerzen, -blutg.; **Gelegentl.:** Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpfg., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohls., grippeähnl. Erkrank., Pyrexie; aus Berichten nach Zulässig. system. Überempfindl. (einschl. anaph. Schock), Weichteilnekrose, Zellgewebsentzünd. u. Abszess am Verabr.ort, Geschmacksverlust, Zahnfleischverfärbg. **Weitere Hinw.:** s. Fachinform. **Apothekenpflichtig. Stand:** 02/2015. **Pharmazeut. Unternehmer:** Dexcel[®] Pharma Ltd., 7 Sopwith Way, Drayton Fields, Daventry, Northamptonshire, NN11 8PB, UK, **Mitvertreiber:** Dexcel[®] Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, 63755 Alzenau, Deutschland, Tel.: +49 (0)6023/9480-0, Fax:+49 (0)6023/9480-50.