

„Zusammen ein gemeinsames Konzept fahren“

Einen ausführlichen Überblick zur KFO-Therapie im parodontal geschädigten Gebiss gab Ende 2015 der FORESTADENT Kurs „Kieferorthopädie und Parodontologie im Dialog“ mit Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert und Dr. Martin Hagner. Dabei stand nicht die Erzielung perfekt ästhetischer Ergebnisse im Mittelpunkt; vielmehr zeigten die Referenten, wie parodontal erkrankte Patienten in eine erfolgreiche Rehabilitation überführt werden können.



Aktuelle Aspekte der interdisziplinären Therapie erwachsener Patienten mit Vorschädigung des parodontalen Zahnbewegungs bei reduziertem Zahnhalteapparat vor. – Abb. links: Kieferorthopäde Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert stellte die Möglichkeiten einer orthodontischen Zahnbewegung bei reduziertem Zahnhalteapparat vor. – Abb. rechts: Parodontologe Dr. Martin Hagner erläuterte hingegen die systematische Parodontitistherapie.



Abb. links: Kieferorthopäde Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert stellte die Möglichkeiten einer orthodontischen Zahnbewegung bei reduziertem Zahnhalteapparat vor. – Abb. rechts: Parodontologe Dr. Martin Hagner erläuterte hingegen die systematische Parodontitistherapie.

Meist ist es die Verbesserung der dentofazialen Ästhetik, die Patienten eine KFO-Praxis aufsuchen lässt, wobei diese sich der eigentlichen Grundproblematik oftmals gar nicht bewusst sind. Vielmehr ist es der Kieferorthopäde, der den Patienten dann aufklären muss, was eigentlich dessen Grunderkrankung ist und wie wichtig es sei, zunächst eine antiinfektiöse Therapie durchzuführen. Um diese erfolgreich zu realisieren, muss der Kieferorthopäde kommunizieren, und zwar mit dem Parodontologen oder dem parodontologisch tätigen Zahnarzt. „Alle zusammen müssen hierbei ein gemeinsames Konzept fahren, sonst erleidet jeder einzelne Schiffbruch“, sensibilisiert Dr. Christoph Reichert die Kursteilnehmer.

Schlüssel des Ganzen sei für ihn die Eingangsuntersuchung, wobei wie folgt vorgegangen wird: Zunächst erfolgt die Anamnese (inkl. Co-Faktoren wie Stress, Rauchen etc.). Wichtig ist dabei auch, die Compliance des Patienten einzuschätzen. Anschließend wird klinisch untersucht. Neben der Erstellung von En-face-, Profil- sowie intraoralen Aufnahmen, der Ermittlung von Zahnstatus, Okklusion, Funktion, Attachmentstatus sowie Gingivatyp, ist für Dr. Reichert hierbei der Parodontale Screening Index am wichtigsten. Anschließend wer-

den die Befundunterlagen ausgewertet sowie eine Datensammlung erstellt, die eine Auflistung der Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten beinhaltet, bevor letztlich der Behandlungsplan aufgestellt wird.

Anschließend widmete sich der Referent den physiologischen und biomechanischen Vorgängen während kieferorthopädischer Zahnbewegung und ging dabei kurz auf verschiedene Theorien sowie deren klinische Bedeutung ein. Dabei stellte er fest, dass die kieferorthopädische Zahnbewegung eine durch mechanische Kräfte induzierte, jedoch aseptische Entzündung sei. Die Frage „Führt eine kieferorthopädische Zahnbewegung zu einer Parodontitis?“ sei hingegen eindeutig mit „Nein“ zu beantworten. Und ja, man könne einen Patienten mit einer ausgeheilten Parodontitis kieferorthopädisch behandeln. Knapp 53% aller Erwachsenen in Deutschland weisen eine mittelschwere Parodontitis auf, über 20% sogar eine schwere, übernahm Dr. Martin Hagner das Wort und ging sogleich in medias res. Anhand klinischer Fälle erläuterte er die Therapie einer Parodontitis, wobei auch er die Bedeutung des interdisziplinären Ansatzes betonte. Denn damit überhaupt eine erfolgreiche KFO-Therapie erfolgen kann, dürfen keinerlei Entzündungen, Plaque,

Blutungen etc. vorliegen, sonst kann es zum Attachmentverlust kommen.

Bei den erkrankten Patienten erfolgt erst eine Initialtherapie, in deren Rahmen ein individuelles Mundhygienetraining durchgeführt wird. Empfehlenswert seien hierbei elektrische Zahnbürsten, Interdentalbürsten, Zungenreiniger sowie antibakterielle Mundspülungen. Anschließend wird die antiinfektiöse Therapie (unter Umständen sogar mit Antibiotikum) durchgeführt, wobei sich Ultraschallgeräte zur Entfernung des Biofilms als gleich gut wie Handinstrumente erweisen. Ist diese erfolgt, sollte nach sechs bis acht Wochen eine Reevaluation (inkl. nochmaliger Messung der Sondierungstiefen) durchgeführt werden. Im Rahmen dieser ist erkennbar, inwieweit die Therapie abgeschlossen ist und mit einer kieferorthopädischen Behandlung begonnen werden kann oder eine ergänzende chirurgische Therapie darüber hinaus erforderlich ist.

Einen Überblick über die chirurgische Parodontaltherapie, die i.d.R. bei einer noch vorhandenen Sondierungstiefe von 6 mm erforderlich ist, gab Dr. Hagner im Folgenden und erläuterte die Vorgehensweise bei regenerativer sowie korrekativer Chirurgie. Einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen dabei Furkationen. Je nach Befund kann die regenerative Therapie die Gabe von Em-do-



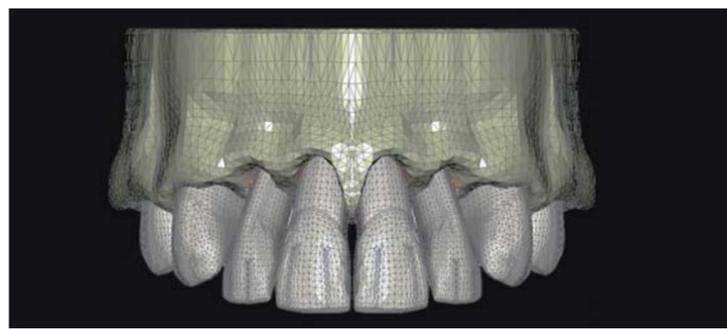
Dass das Thema vor dem Hintergrund zunehmend älterer Patienten den Nerv der Zeit trifft, zeigten auch die intensiven Gespräche in den Pausen der Ein-Tages-Fortbildung.

gain, die Durchführung einer GTR (Guided Tissue Regeneration) oder die Rezessionsabdeckung umfassen. Zur korrektiven Therapie gehören hingegen Maßnahmen wie die Tunnelierung, Wurzelamputation oder die Hemisektion bzw. Prämolarisierung. Wenn das Behandlungsziel erreicht ist, von Dr. Hagner durch eine maximale Sondierungstiefe von 5 mm möglichst ohne Blutung definiert, kann während der anschließenden kieferorthopädischen Therapie mithilfe des PSI (Parodontaler Screening Index) eine befundorientierte Prophylaxebetreuung erfolgen (siehe hierzu auch Reichert C, Jäger A, Hagner M: Wechselbeziehungen zwischen Kieferorthopädie und Parodontologie (Zahnmedizin up2date 2014;8(3):275–293).

Dr. Reichert widmete sich danach der Frage „Ist eine KFO-Zahnbewegung bei parodontal reduziertem Gebiss kontraindiziert?“ und beantwortete diese nach einer kurzen Literaturübersicht eindeutig mit „Nein!“. Jedoch dürfe die KFO-Behandlung erst nach erfolgreicher Parodontitistherapie erfolgen. Einzige Ausnahme sei, wenn die KFO der Paro-therapie zuarbeiten könne (z.B. Auflösung von Jiggeling durch Schienenungen).

Bei Behandlung PA-geschädigter Patienten bevorzugt der Referent die Segmentbogentechnik, da sie eine individuelle, differenzierte Mechanik mit reduzierter Friktion und Flexibilität darstelle und mit maximaler Verankerung kombinierbar sei. Ob nun dieser Behandlungsansatz oder der Einsatz anderer Techniken – welche Kräfte bei parodontal reduziertem Gebiss idealerweise wirken sollten, das wisse man derzeit noch nicht, doch ist dies Gegenstand aktueller Grundlagenforschung an der Universität Bonn.

Ein Überblick hinsichtlich der Nachsorgemöglichkeiten sowie eine abschließende Diskussion bei freier Themenwahl (z.B. Rezession aus KFO-Sicht) rundeten die Ein-Tages-Fortbildung ab. Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert wird auch in 2016 einen FORESTADENT Kurs bestreiten. So werden am 18.11.2016 in Hannover die Grundlagen der kieferorthopädischen Therapieplanung im Mittelpunkt stehen. Infos und Anmeldung unter angegebenem Kontakt. **KN**



Finite-Element-Modell eines parodontal reduzierten Gebisses. (Mit freundlicher Genehmigung von Dr. Susanne Reimann, Oralmedizinische Technologie Universität Bonn)



Patient mit aggressiver Parodontitis und kieferorthopädisch-prothetischer Rehabilitation. (Fotos: Dr. Hagner/Dr. Reichert)

KN Adresse

FORESTADENT
Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151
75172 Pforzheim
Frau Helene Würstlin
Tel.: 07231 459-126
Fax: 07231 459-102
helene.wuerstlin@forestadent.com
www.forestadent.com