

Prävention parodontaler und periimplantärer Erkrankungen – Stand 2016

Parodontitis ist eine hochprävalente chronische Entzündungserkrankung, umso mehr sollte das Augenmerk der Prophylaxe gelten.
 Von Dr. Lisa Hierse und Priv.-Doz. Dr. Moritz Kepschull.

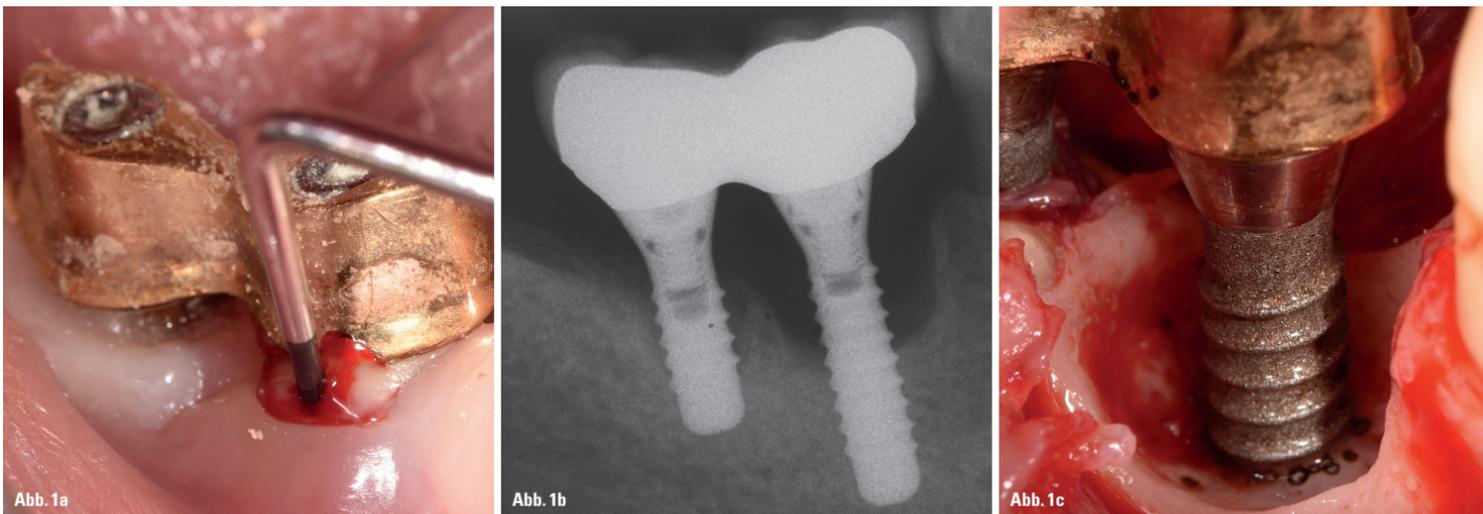


Abb. 1a bis c: Klinisches Beispiel für eine Periimplantitis. a) Erhöhte periimplantäre Sondierungstiefen, Pusaustritt und Blutung sichtbar. b) Röntgenologisch sichtbarer schüsselförmiger Knochendefekt, der mehrere Implantatwindungen freigelegt hat. c) Klinische Situation des ausgeprägten periimplantären Knochendefekts nach Aufklappung.

Die Parodontitis besitzt neben der lokalen Wirkung, nämlich dem Verlust des Zahnhalteapparates bis hin zum Zahnverlust, auch systemische Auswirkungen: Nach dem heutigen Kenntnisstand wissen wir, dass eine schwere Parodontitis einen Einfluss auf Allgemeinerkrankungen wie koronare Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus ausübt. Daher ist der Prävention parodontaler Erkrankungen eine besondere Bedeutung zuzuordnen, da durch vergleichsweise einfache Maßnahmen Erkrankun-

gen und deren schwerwiegende gesundheitliche Folgen reduziert werden können. In diesem Artikel wird auf Prinzipien und Strategien der Prävention parodontaler Erkrankungen wie der Gingivitis, Parodontitis und in diesem Zusammenhang ebenfalls zu berücksichtigende periimplantäre Erkrankungen eingegangen.

	35- bis 44-Jährige	65- bis 74-Jährige
schwere Parodontitis	8,2 %	19,8 %
moderate Parodontitis	43,4 %	44,8 %
keine oder leichte Parodontitis	48,4 %	35,3 %

Tab. 1: Häufigkeit parodontaler Erkrankungen, aufgeteilt nach Altersstruktur und Schweregrad (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie).

gen und deren schwerwiegende gesundheitliche Folgen reduziert werden können. In diesem Artikel wird auf Prinzipien und Strategien der Prävention parodontaler Erkrankungen wie der Gingivitis, Parodontitis und in diesem Zusammenhang ebenfalls zu berücksichtigende periimplantäre Erkrankungen eingegangen.

Gingivitis, Parodontitis, periimplantäre Erkrankungen

Sowohl die Gingivitis als auch die Parodontitis sind entzündliche Zustände, die durch die Entstehung und Persistenz eines mikrobiellen Biofilms auf den Zähnen entsteht. Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung und gilt nicht umsonst als Volkskrankung. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass rund jeder Zweite der ab 35-Jährigen an einer parodontalen Erkran-

kung leidet. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt aber auch eine deutliche Abnahme der Prävalenz schwerer Parodontitis. Trotz der positiven Entwicklung bei der parodontalen Gesundheit bleibt nach Bewertung der DG PARO bei einer hohen Behandlungslast in Deutschland von über 11 Millionen parodontal schwer Erkrankten. Insgesamt scheint eine schwere Parodontitis sogar die sechsthäufigste Krankheit der Menschheit zu sein (Kassebaum et al. 2014). Der primäre ätiologische Faktor ist die bakterielle Plaque, allerdings entscheiden über den Krankheitsverlauf und -schweregrad die individuelle Empfänglichkeit des Patienten sowie Risikofaktoren (Genco und Borgnakke 2013, Page und Kornman 1997). Implantate sind aus der modernen Zahnheilkunde kaum noch wegzudenken. Die Zahl der inserierten Implantate nimmt rasant zu. Damit allerdings auch die Zahl an periimplantären Erkrankungen. Für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen gibt es zwei Hauptursachen. Zum einen kann die bakterielle Infektion durch eine ungenügende mechanische Plaqueentfernung für ein entzündliches Geschehen verantwortlich sein. Zum anderen können biomechanische Faktoren eine Entzündung provozieren. Erkrankungen des periimplantären Gewebes können in zwei Kategorien unterteilt werden. Eine entzündliche Veränderung, die sich ausschließlich

auf das periimplantäre Weichgewebe begrenzt, wird als periimplantäre Mukositis bezeichnet. Hingegen spricht man von einer Periimplantitis, wenn eine progressive Entzündung sowohl des Weichgewebes als auch der knöchernen Strukturen vorliegt. Die Periimplantitis beginnt an den koronalen Gewebeanteilen und breitet sich nach apikal aus. Daher ist eine Implantatlockerung meist erst bemerkbar, wenn bereits große Anteile des umliegenden Gewebes betroffen sind. Klinische und radiologische Kennzeichen einer Periimplantitis sind Knochenabbau, Blutung auf Sondierung und erhöhte Sondierungswerte (Lindhe, Meyle und Group 2008) (Abb. 1a bis c). Im Consensus-Report von 2011 wurde beschlossen, dass klinische und röntgenologische Daten zum Zeitpunkt der prothetischen Versorgung des Implantats aufgenommen werden sollen, um Baseline-Parameter während der Maintenance zum Vergleich zu haben, um so eine Periimplantitis diagnostizieren zu können (Lindhe et al. 2008). Um physiologische Remodellierungsvorgänge von einer progredienten, pathologischen Knochenresorption diagnostisch abgrenzen zu können, ist die Bewertung radiologischer Referenzaufnahmen unabdinglich. Periimplantäre Erkrankungen stellen mit einer hohen Prävalenz und wachsenden Inzidenz ein ernst zu nehmendes Problem dar. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt ernüchternde Daten (Derks und Tomasi 2014). Die Prävalenz für periimplantäre Mukositis lag durchschnittlich bei 43 Prozent, für Periimplantitis bei 22 Prozent. Zu betonen ist allerdings, dass die Falldefinitionen für Mukositis und Periimplantitis zwischen den Studien uneinheitlich waren. Über das

Ausmaß und den Schweregrad periimplantärer Erkrankungen wurde in den analysierten Studien kaum berichtet. Dennoch zeigt diese Analyse, dass fast jeder zweite Patient an einer periimplantären Mukositis und jeder fünfte Implantatpatient an einer Periimplantitis leidet. Dies verdeutlicht, dass der Prävention dieser Erkrankungen eine essenzielle Rolle zugeteilt werden muss.

Prävention

Die Weltgesundheitsorganisation gliedert die Prävention nach dem Zeitpunkt und unterscheidet so nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Tab. 2).

Ergebnisse des 11. European Workshop on Periodontology

2015 fand der 11. European Workshop on Periodontology zu dem Thema Prävention statt. Ziel war es, den wissenschaftlichen Wissensstand unter die Lupe zu nehmen und Empfehlungen zu entwickeln, welche die Plaquekontrolle verbessern, Risikofaktoren kontrollieren und gezielte professionelle Präventionsschritte liefern.

Prävention	Definition
primäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt • trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern
sekundäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • soll das Fortschreiten eines Krankheitsstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern • greift in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden
tertiäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit • Folgeschäden soll somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden

Tab. 2: Gliederung der Prävention durch die Weltgesundheitsorganisation.

2
CME-Punkte

CME-Fortbildung

Prävention parodontaler und periimplantärer Erkrankungen – Stand 2016
 Dr. med. dent. Lisa Hierse, Priv.-Doz.
 Dr. med. dent. Moritz Kepschull

CME-ID 74679

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/cme-fortbildung

Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

Primäre Prävention von Parodontitis durch das Management einer Gingivitis

Die Arbeitsgruppe um Ian Chapple untersuchte, inwiefern die Prävention einer Gingivitis zu einer primären Prävention von Parodontitis führt (Chapple et al. 2015). Demnach verbessert die professionell durchgeführte Plaquekontrolle den Entzündungszustand der Gingiva und mindert die Plaquescores, wobei die individuelle Remotivation der oralen Hygiene noch zusätzlichen Nutzen bringt (Abb. 2 und 3). Unabdingliche Voraussetzung für die individualisierte Plaquekontrolle ist die zahnärztliche Befunderhebung, patientenspezifische Analyse seiner Risikofaktoren, die Motivation und das Wiederholen der Empfehlungen sowie fortwährende Remotivation. Was die Mundhygienehilfsmittel angeht, konnte für die elektrischen Zahnbürsten ein besserer Effekt hinsichtlich der Reduktion einer Gingivitis sowie der Plaquereduktion erzielt werden. Allerdings gibt es bislang keine Empfehlung, welcher Bürstenkopf bei den elektrischen Zahnbürsten effektiver ist. Für die Dauer des Zähneputzens wird bei Patienten mit einem geringen Risiko für Parodontalerkran-

Fortsetzung auf Seite 6 **PN**



Abb. 2: Angefärbte Plaque: Mit einem Plaquellevator, der auf die Zahnoberflächen touchiert wird, werden ältere Beläge (violett) und frischere Beläge (rosa) angezeigt.

PN Fortsetzung von Seite 5

kungen ein zweimal tägliches Intervall für je zwei Minuten angegeben. Bei Patienten, die ein höheres Risiko aufweisen, sind je Putzeinheit nur zwei Minuten allerdings nicht ausreichend. Die Verwendung von Zahnseide sollte nach der Zusammenfassung der Expertengruppe nur in den Bereichen verwendet werden, die für Interdentaltaschen nicht zugänglich sind. Interdentaltaschen in angepasster Größe sind für die Zahnzwischenraumpflege das Mittel der Wahl und sollten täglich zur Aufrechterhaltung der gingivalen Gesundheit verwendet werden (Abb. 5). Mundspülungen bewirken einen zusätzlichen Effekt bei der Behandlung der Gingivitis, ebenso wie einige Agenzien in Zahnpasten. Die gezielte Anwendung sollte allerdings nicht generell empfohlen, sondern von Fall zu Fall entschieden werden. Die gute Mundhygiene ist unerlässlich für eine gingivale Gesundheit und ausreichend für die Beseitigung der bakteriellen Plaque sowie einer gingivalen Entzündung.

Professionelle mechanische Plaqueentfernung zur Parodontitisprävention bei Erwachsenen
Eine weitere Arbeitsgruppe des Workshops beschäftigte sich mit der Frage, ob die regelmäßige Durchführung professioneller Zahnreinigungen zur Prävention einer Parodontitis führt (Needleman, Nibali und Di Iorio 2015). So bestätigt die Arbeitsgruppe, dass erwartungsgemäß die professionelle Zahnreinigung in Kombination mit einer Mundhygieneinstruktion einen großen Einfluss auf die Plaquebesiedlung sowie die gingivale Blutung ausübt, erst recht im Vergleich zu keiner Behandlung. Allerdings gibt es keinen Beweis dafür, dass es hinsichtlich der Blutung und Plaqueanlagerung zu einem Unterschied kommt zwischen professioneller Zahnreinigung in Kombination mit der Mundhygieneinstruktion und lediglich der Mundhygieneinstruktion, unter der Voraussetzung, dass diese gründlich durchgeführt und wiederholt wird. Bislang ist die wissenschaftliche Datenlage noch zu gering, um den direkten Effekt regelmäßiger professioneller Zahnreinigungen hinsichtlich einer primären Parodontitisprävention zu bestätigen.

Professionelle mechanische Plaqueentfernung zur sekundären Parodontitisprävention und Komplikationen durch Präventionsmaßnahmen

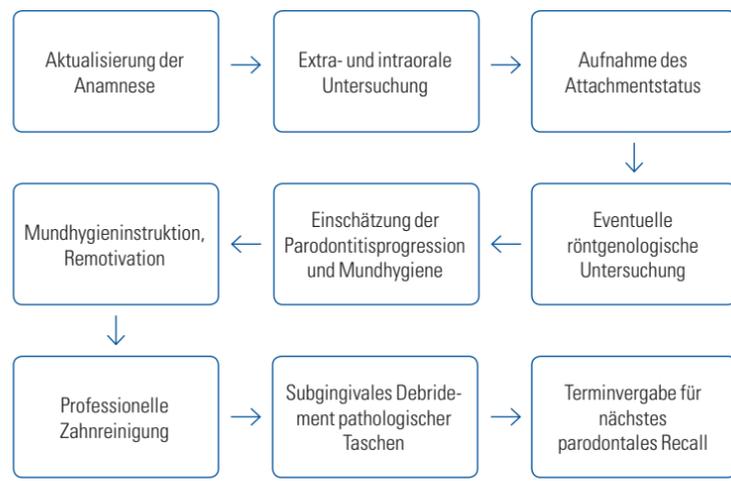


Abb. 4: Ablauf einer Sitzung der unterstützenden Parodontitistherapie.

Die Arbeitsgruppe um Mario Sanz überprüfte den Effekt der professionellen Plaqueentfernung auf die sekundäre Parodontitisprävention und beurteilte die durch die regelmäßige Reinigung möglicherweise entstehenden unerwünschten Ereignisse (Sanz et al. 2015).

Die sekundäre Prävention der Parodontitis besteht darin, eine weitere Progression oder Rezidivierung der Erkrankung zu vermeiden. Das heißt, weiterer Attachment- und/oder Knochenverlust soll verhindert werden. Durch regelmäßiges Sondieren und Anfertigen von Röntgenbildern im Bedarfsfall wird dies klinisch überprüft. Nach Abschluss der „aktiven Phase“ der Parodontitistherapie werden die Patienten in das Programm der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) überführt. Optimalerweise hat der Patient zu diesem Zeitpunkt keine persistierenden tiefen Taschen (≥ 5 mm) mehr und weist keine Entzündungszeichen im Sinne einer Blutung oder Suppuration auf. Das UPT-Intervall sollte zwischen zwei und vier Mal pro Jahr in Abhängigkeit patientenspezifischer Risikofaktoren betragen. Weiterhin sollte dem Patienten der Sinn des dauerhaften UPT-Programms verdeutlicht werden, da sich eine fehlende Compliance

nigung aller Zähne sowie die subgingivale Instrumentierung bis zum Sulkusboden bzw. bis zum Taschenboden in Bereichen mit Sondierungswerten ≥ 5 mm (Abb. 4). Darüber hinaus empfiehlt es sich, den Patienten auf Verhaltensgewohnheiten im Sinne eines gesunden Lebensstils hinzuweisen (z. B. Raucherentwöhnung, Kontrolle von Begleiterkrankungen). Durch die regelmäßige Teilnahme am UPT kann die Krankheitsprogression und der Zahnverlust deutlich reduziert werden. Ebenfalls bestätigte die Arbeitsgruppe, dass Zähneputzen nicht als alleiniger Faktor für die Entstehung gingivaler Rezessionen oder zervikalen Defekte anzusehen ist und weder die Hand- noch die elektrische Zahnbürste diese begünstigen. Relevanter für die Entstehung und Progression dieser Art von Läsionen sind vielmehr lokale und patientenbezogene Faktoren. Auftretende Überempfindlichkeiten können gut durch chemische Zusätze in Zahnpasten sowie professionell applizierte Prophylaxepasten gelindert werden.

Primäre Prävention der Periimplantitis durch das Management der periimplantären Mukositis

Das Management einer periimplantären Mukositis kann als präventive Maßnahme gegen die Entstehung einer Periimplantitis angesehen werden. Daher beschäftigte sich die Arbeitsgruppe um Prof. Jepsen mit Risikofaktoren für die Entstehung und Methoden für die Behandlung periimplantärer Mukositis (Jepsen et al. 2015). So sollten bereits im Vorfeld biologische Komplikationen durch eine individuelle Risikoanalyse berücksichtigt und Risikofaktoren vor der Implantation beseitigt werden, wie beispielsweise den Patienten zu motivieren, das Rauchen aufzugeben, oder bei bestehender Parodontitis alle pathologischen Taschen zu therapieren. Während der Implantation und prothetischen Versorgung empfiehlt es sich, darauf zu achten, dass eine nach-

Plaque-Index

Datum: _____

I.	II.
III.	IV.

Wert: _____ %

Blutungs-Index

Datum: _____

I.	II.
III.	IV.

Wert: _____ %

Abb. 3: Mundhygienestatus – Formblatt zur Dokumentation des Plaque- und Gingiva-Index: Es bietet sich an, an sechs Stellen pro Zahn die Mundhygieneparameter zu erheben und diese in einem Formblatt zu dokumentieren, um sich im Therapieverlauf einen schnellen Überblick verschaffen zu können. So können systematische Putzfehler aufgedeckt und persistierende Entzündungen identifiziert werden.

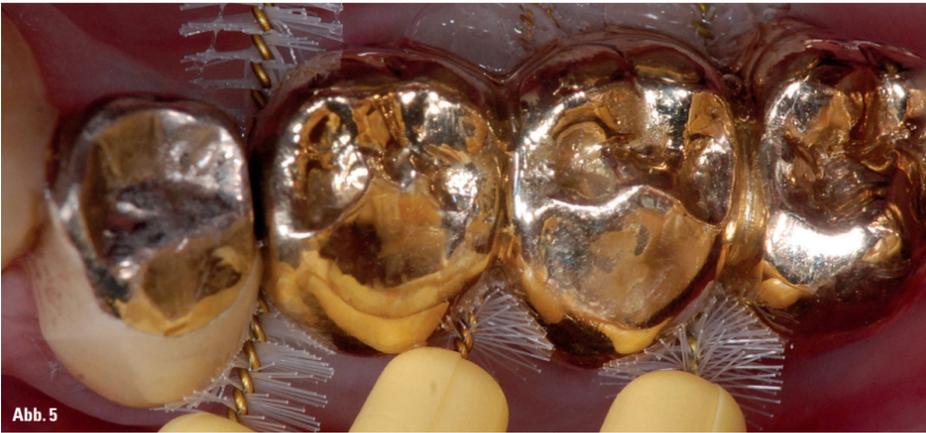


Abb. 5: Beispiel für die Anwendung von Interdentalbürsten. – Abb. 6: Implantatkronen mit Emergenzprofil, welches so gestaltet ist, dass eine einfache Sondierung möglich ist.

folgende Untersuchung durch problemloses Sondieren und auch eine gute Reinigungsfähigkeit möglich ist (Abb. 6). Weiterhin sollte der transmukosale Teil des Implantats von keratinisiertem und unbeweglichem Weichgewebe umgeben sein. Die korrekte Passung der Implantatkomponenten und der Suprakonstruktion muss sichergestellt werden, um zusätzliche Nischen für die bakterielle Besiedlung zu vermeiden. Bei zementierten Kronen sollte der Kronenrand am Mukosarand liegen, um sicher alle Zementreste entfernen zu können. Nach der prothetischen Versorgung ist eine Infektionskontrolle zur Prävention nötig. Der Patient

muss darüber aufgeklärt werden, wie er den Bereich um das Implantat optimal zu reinigen hat. Weiterhin sollte die Mundhygiene regelmäßig kontrolliert und Mundhygieneanweisungen wiederholt werden. Zusätzlich ist es empfehlenswert, eine unterstützende Therapie im Drei-, Sechs-, Neun- oder Zwölf-Monats-Intervall je nach individueller Erfordernis durchzuführen, wobei Patienten mit einer aggressiven Parodontitis ein kürzeres Intervall aufgrund ihrer erhöhten Suszeptibilität für parodontale und periimplantäre Entzündung benötigen. Während dieser unterstützenden Therapie wird das periimplantäre Gewebe untersucht,

indem der periimplantäre Sulkus sondiert und die Blutungsneigung überprüft wird. Weiterhin wird dem Patienten erneut die Bedeutung der Plaquekontrolle verdeutlicht und demonstriert und alle Beläge werden sorgfältig entfernt.

Früherkennung und Behandlung. So können abgestufte Prophylaxekonzepte parodontale und periimplantäre Erkrankungen auf verschiedenen Präventionsebenen verhindern. PN

Fazit

Die Therapie parodontaler und periimplantärer Erkrankungen gehört zum zahnärztlichen Alltag und die Inzidenz dieser Erkrankungen ist leider zunehmend. Daher sind präventive Maßnahmen von essenzieller Bedeutung, grundsätzlich zur Entstehung, aber auch für die

PN Adresse

Dr. Lisa Hierse
 DG PARO Spezialistin für Parodontologie®
 Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
 Dres. Hierse
 Ernst-Reuter-Allee 28
 39104 Magdeburg
 lisa.hierse@gmx.net

Priv.-Doz. Dr. Moritz Kebschull
 Fachzahnarzt für Parodontologie,
 DG PARO Spezialist für Parodontologie®
 Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Universitätsklinikum Bonn
 Welschnonnenstraße 17
 53111 Bonn
 Moritz.Kebschull@ukb.uni-bonn.de



ANZEIGE

Referent | Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg

PARO UPDATE 2017

Behandlungsstrategien für den Praktiker

Für Einsteiger, Fortgeschrittene und das Team

Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.paro-seminar.de

NEU



1A Basiskurs für Zahnärzte
 Update der systematischen antiinfektiösen Parodontitis-therapie
 Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

1B Kompaktkurs für das zahnärztliche Prophylaxeteam
 Update Prophylaxe und Parodontaltherapie

2 Fortgeschrittenenkurs
 Einführung in die konventionelle und regenerative PA-Chirurgie
 Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

Teilnehmerzahl auf 20 Personen limitiert!

inkl. Hands-on

3 Masterclass
 Ästhetische Maßnahmen am parodontal kompromittierten Gebiss (rot-weiße Ästhetik) – Aufbaukurs für Fortgeschrittene

Teilnehmerzahl auf 15 Personen limitiert!

inkl. Hands-on

Termine 2017

26. Mai 2017 | 14.00 – 18.00 Uhr | Warnemünde
 15. September 2017 | 14.00 – 18.00 Uhr | Leipzig



Termine 2017

27. Mai 2017 | 09.00 – 16.00 Uhr | Warnemünde
 16. September 2017 | 09.00 – 16.00 Uhr | Leipzig



Termine 2017

12. Mai 2017 | 12.00 – 19.00 Uhr | Berlin
 13. Oktober 2017 | 12.00 – 19.00 Uhr | München



Faxantwort an
0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm für die Kursreihe **PARO UPDATE 2017** zu.

Titel, Name

Vorname

E-Mail (Für die digitale Zusendung des Programmes.)

Praxisstempel

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Tel.: 0341 48474-308 · event@oemus-media.de