Langzeitergebnisse
bei aggressiver Parodontitis

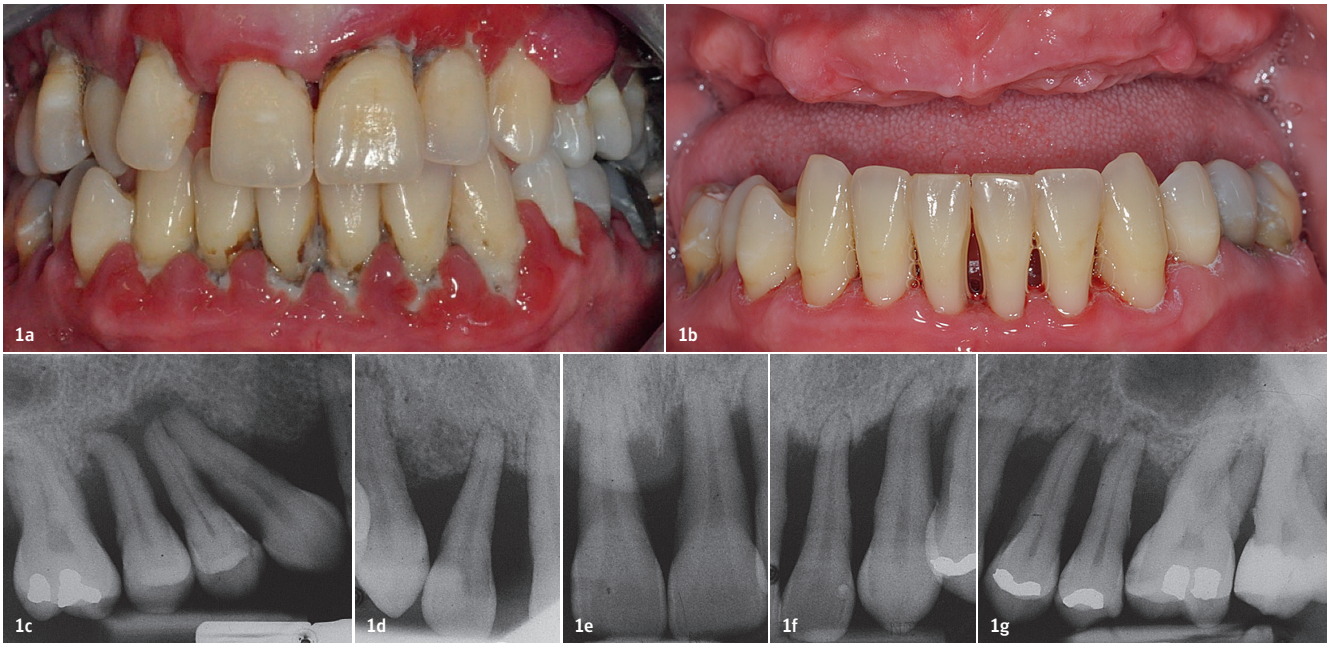
Infos zur CME-Fortbildung am Artikelende
2
CME-Punkte

Dr. Amelie Bäumer-König
[Infos zur Autorin]

Patienten mit aggressiver Parodontitis (AgP) erfahren in kurzer Zeit einen starken Knochen- und Attachmentverlust. Aufgrund des oft jungen Alters dieser Patienten (die lokalisierte AgP tritt häufig bereits in der Pubertät auf, die generalisierte Form der AgP bei unter 30-Jährigen) stellt sich die Frage, wie die Prognose dieser Zähne einzustufen, ein Zahnerhalt möglich oder eine Extraktion der betroffenen Zähne angezeigt ist.

Autorin: Priv.-Doz. Dr. med. dent. Amelie Bäumer-König, M.Sc.

Die AgP betrifft allgemein gesunde Patienten, die eine familiäre Häufung dieser Erkrankung sowie einen schnellen Attachment- und Knochenabbau vorweisen können.[13,14] Neben diesen obligaten Kriterien wurden einige fakultative Kriterien benannt, die jedoch nicht zwingend bei jedem Patienten mit AgP vorliegen müssen: Phagozytenabnormalität und/oder hyperresponsiver Makrophagenphänotyp mit erhöhten Leveln von Prostaglandin E2 (PGE2) und Interleukin-1β (IL-1β), nur geringe Mengen mikrobieller Ablagerungen im Verhältnis zur parodontalen Destruktion, Progression des Attachmentverlustes können selbstlimitierend sein.[13] Unterschieden wird nach der aktuellen Klassifikation des „International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions"[15] zwischen zwei Formen: der lokalisierten und der generalisierten Form der AgP. Die lokalisierte Form ist durch einen Knochenabbau an den Inzisiven und den 6-Jahr-Molaren charakterisiert. Es müssen mindestens zwei bleibende Zähne betroffen sein, von denen einer ein 6-Jahr-Molar ist, und maximal zwei weitere Zähne, abgesehen von den Frontzähnen und 6-Jahr-Molaren, dürfen einen approximalen Attachmentverlust aufweisen. In den meisten Fällen tritt die lokalisierte AgP während der Pubertät ein und die Patienten zeigen eine robuste Serum-Antikörper-Antwort auf das infizierende Agens.[13]



Fall 1 – Abb. 1: Das Gebiss der 33-jährigen Patientin mit generalisiert aggressiver Parodontitis vor **(a)** und nach **(b)** Scaling and Root Planing sowie Extraktion aller Oberkieferzähne und der Zähne 38, 37, 47, 48 aufgrund massiver Attachmentverluste und schwerer knöcherner Destruktion. – **Abb. 1c–g:** Der massive Knochenabbau im Oberkiefer, vor allem an den Zähnen 15, 14 und 13, ließ nur eine Totalextraktion zu. Eine frühere Diagnose und Therapie der Erkrankung hätte dies gegebenenfalls verhindern können.

MUNDHYGIENETAGE 2018

4. und 5. Mai 2018
Hilton Hotel Mainz

28. und 29. September 2018
Hilton Hotel Düsseldof

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM

www.mundhygienetag.de

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Stefan Zimmer

Veranstalter:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com

Faxantwort an **+49 341 48474-290**

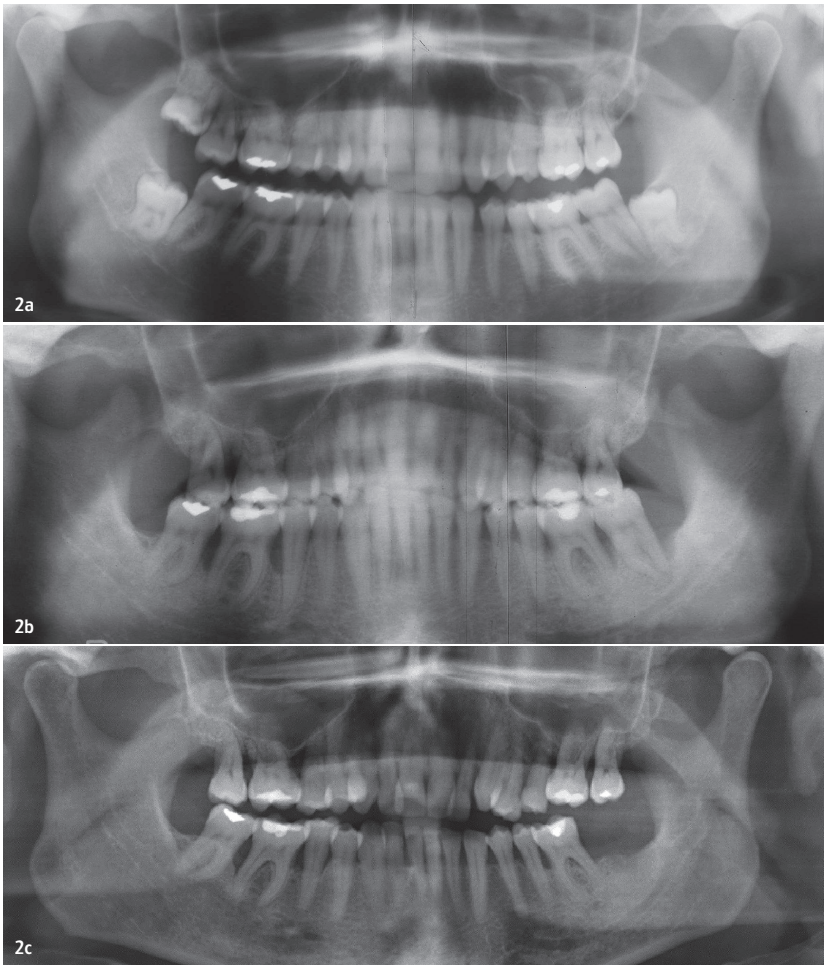
☐ Bitte senden Sie mir das Programm zu den MUNDHYGIENETAGEN 2018 zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programms.)

Stempel

ZWP spezial 1+2/18



Fall 2 – Abb. 2a: OPG einer jungen Patientin aus dem Jahr 1995. Ein Knochenabbau an Zahn 16 (distal) kann bereits erahnt werden. – **Abb. 2b:** Röntgenaufnahme derselben Patientin fünf Jahre später (OPG von 2000) vor der Parodontitistherapie mit deutlichem Knochenabbau, vor allem im Seitenzahnbereich. Der schnelle Attachment- und Knochenabbau als obligates Kriterium der aggressiven Parodontitis wird deutlich. – **Abb. 2c:** Röntgenaufnahme derselben Patientin weitere zehn Jahre später (OPG von 2010). Die vertikalen Knochendefekte konnten regeneriert werden, die parodontale Situation ist stabil. Zahn 37 wurde bereits während der aktiven PA-Therapie extrahiert, kein weiterer Zahnverlust konnte nach APT verzeichnet werden.

Patienten mit generalisierter AgP weisen hingegen einen Attachmentverlust an drei oder mehr bleibenden Zähnen neben den Inzisiven und 6-Jahr-Molaren auf. Der Eintritt der Erkrankung beginnt zumeist vor dem 30. Lebensjahr, die Patienten können jedoch auch älter sein. Die Serum-Antikörper-Antwort auf das infizierende Agens fällt im Vergleich zur lokalisierten AgP schwach aus, und es findet sich eine ausgeprägt episodische Natur der Attachment- und Alveolarknochendestruktion.[13]

Aufgrund der starken und schnell ablaufenden Destruktion des Zahnhalteapparates kann diese Erkrankung bereits in jungen Jahren zur Zahnlosigkeit mit u. a. psychosozialen Problemen führen.[16] Wie in Studien gezeigt, sind vor allem Patienten mit niedrigerem Bildungsstand von Zahnverlust und damit Zahnlosigkeit betroffen.[7,17]

In Fällen, die nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, bleibt dann nur die Extraktion aller Zähne – wie in den Abbildungen 1a–g beispielhaft zu sehen. Eine ästhetische Rekonstruktion kann aufgrund der Notwendigkeit großer chirurgischer, implantologischer und prothetischer Maßnahmen verbunden mit hohen Kosten häufig nicht erfolgen, und es bleibt nur die Versorgung mit einer Totalprothese in jungen Jahren und allen daraus folgenden Problemen.

Langfristige Ergebnisse zu dieser im Vergleich zur chronischen Parodontitis (ChP) seltenen Erkrankung mit einer Prävalenz bei europäischen Kaukasiern von ca. 0,1–1,0 Prozent[1,2] waren bislang rar mit kurzen Nachuntersuchungszeiträumen und geringen Patientenzahlen.[3–6] Aktuellere Langzeitstudien über 10–17 Jahre nach PA-Therapie zeigen mittlerweile sehr gute Überlebensraten von parodontal angeschlagenen Zähnen bei diesen Patienten und sollen hier näher vorgestellt werden.[7–12]

Überlebensraten von Zähnen nach aktiver Parodontitistherapie

Bei frühzeitiger Diagnose der AgP und einer erfolgreichen Parodontitisbehandlung mit nachfolgender Einbindung in die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) ist hingegen die Prognose der parodontal kompromittierten Zähne sehr positiv (Abb. 2a–c). So konnten wir in unseren Langzeitstudien über zehn Jahre nach aktiver Parodontitistherapie (APT) bei Patienten mit AgP Überlebensraten der Zähne von 94,7 Prozent finden.[7] Sogar parodontal stark kompromittierte Zähne mit einem Knochenabbau von mehr als 80 Prozent zeigten Zehn-Jahres-Überlebensraten von 79,3 Prozent. Ähnliche Ergebnisse wurden von Graetz et al. (2011)[9] bei AgP-Patienten 15 Jahre nach APT vorgefunden und untermauern diese sehr guten Langzeitprognosen: 88,2 Prozent der fraglichen Zähne mit einem Knochenabbau von 50 bis 70 Prozent konnten erhalten werden, von den hoffnungslosen Zähnen mit einem Knochenabbau von > 70 Prozent noch 59,5 Prozent der Zähne. In einer weiteren Untersuchung wiesen Graetz et al. (2017)[10] einen Zahnverlust pro Patient/Jahr von 0,14 Zähnen über 17 Jahre vor, vergleichbar mit unseren Daten von 0,13 Zähnen/Patient/Jahr.[7,8] Die Arbeitsgruppe um Nibali et al. (2013)[12] detektierte in einem Review eine noch geringere jährliche Zahnverlustrate von 0,09 Zähnen/Patient/Jahr. Zu unterstreichen ist, dass sich in allen genannten Studien Zahnverluste, auf wenige Patienten konzentrieren. Patienten mit der Diagnose „lokalisierte AgP" zeigten kaum Zahnverluste und auch bei den Patienten mit der Diagnose „generalisierte AgP" verloren mehr als die Hälfte nach der APT keinen Zahn mehr.[7,8] Nur wenige Patienten (10,7 Prozent) verloren in der Nachbeobachtungszeit von zehn Jahren mehr als drei Zähne. Aber welcher der AgP-Patienten hat nun ein hohes Risiko für Zahnverlust, wer sind also die sogenannten Hochrisikopatienten? Um dies zu identifizieren, wurden Risikofaktoren für Zahnverlust und auch für die Entstehung eines Rezidivs während der UPT herausgestellt. Die patientenbezogenen Faktoren Alter, Abwesenheit des IL-1β-Polymorphismus und, wie bereits erwähnt, niedriger Bildungsstand[7] sowie Rauchen[10] stellten in den Untersuchungen statistisch signifikante Risikofaktoren für Zahnverlust dar. Auf

Zahnebene wurden die Faktoren Oberkiefer, Ausmaß des Knochenabbaus und der Sondierungstiefe zu Beginn der Therapie, Molaren, Zähne mit Furkationsbefall, Lockerungsgrad und Pfeilerzähne identifiziert.[8,10]

Rezidive nach aktiver Parodontitistherapie

Ein Viertel aller Patienten (24 Prozent) entwickelte im Laufe der Nachuntersuchungszeit ein Rezidiv. Vor allem konnte dies bei Rauchern festgestellt werden. Während nur jeder zwanzigste Nichtraucher ein Rezidiv vorwies, musste jeder zweite Raucher sich erneut einer aktiven Parodontitistherapie unterziehen. Einflussfaktoren für die Entstehung eines Rezidivs stellte neben dem Punkt Rauchen auch ein hoher mittlerer Gingiva Bleeding Index (GBI nach Ainamo und Bay, 1975)[18] dar sowie das Vorliegen der Parodontalpathogene *Tannerella forsythia* und *Treponema denticola*.[7,19] Zudem zeigte keiner der Patienten, die regelmäßig an der UPT teilnahmen, ein Rezidiv (Rezidive bei Patienten, die compliant waren, null Prozent; Rezidive bei Non-compliant-Patienten 33 Prozent). Somit scheint die UPT vor Rezidiven zu schützen.

Unterstützende Parodontitistherapie

Mit der Parodontitis-Risiko-Bestimmung (PRB) entwickelten Lang und Tonetti (2003)[20] ein Tool zur Bestimmung der UPT-Abstände, auch um eine Unter- oder Überversorgung aus sozioökonomischer Sicht zu vermeiden. So sollen Patienten mit einem niedrigen Risiko einmal jährlich zur UPT erscheinen, während Patienten mit mittlerem Risiko jedes halbe Jahr und die sogenannten Hochrisikopatienten drei- bis viermal jährlich an der UPT teilnehmen sollen (Berner Spinne). Dies wurde von Matuliene et al. (2008)[21] für Patienten mit chronischer Parodontitis validiert, für Patienten mit AgP hingegen zuvor noch nicht. In welchem Abstand Patienten mit AgP zur UPT erscheinen sollen, ist daher noch unklar. Allgemein wird empfohlen, dass AgP-Patienten aufgrund ihres angenommenen hohen Risikos drei- bis viermal jährlich an der Nachsorge teilnehmen sollten, wissenschaftliche Belege hierfür gibt es jedoch nicht. Da auch Patienten mit AgP – wie bei den Überlebensraten in den oben genannten Studien gesehen – unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet werden können und vor allem Patienten mit lokalisierter AgP tendenziell dem niedrigeren Risikoprofil entsprechen, könnte ein UPT-Abstand von nur drei- bis viermal pro Jahr gegebenenfalls zu einer Überversorgung führen. Um dies zu evaluieren, wurde die PRB in einer weiteren Untersuchung auf Patienten mit AgP angewandt.[11] Auch hier traf die Klassifizierung in die drei Risikogruppen (niedrig/mittel/hoch) – unter Ausschluss des IL-1β-Polymorphismus – zu. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um dies zu verifizieren.

Zusammenfassung

Nach erfolgter aktiver Parodontitistherapie zeigen parodontal kompromittierte Zähne bei Patienten mit AgP sehr gute Überlebensraten von etwa 95 Prozent über zehn Jahre. Für den langfristigen Zahnerhalt und die Entstehung von Rezidiven nach Therapie spielen die Risikofaktoren Rauchen, Compliance zur UPT und Alter eine bedeutende Rolle. Ebenfalls ist die frühe Diagnose und Therapie dieser Erkrankung von großer Bedeutung, um schwere Attachment- und Knochendestruktionen zu verhindern und den Zahnerhalt positiv zu beeinflussen.

Literatur

CME-FORTBILDUNG

Langzeitergebnisse bei aggressiver Parodontitis
Priv.-Doz. Dr. med. dent. Amelie Bäumer-König, M.Sc.

2 CME-Punkte

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/de/cme-fortbildung/92863

CME-Fortbildung
[Infos auf ZWP online]

KONTAKT

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Amelie Bäumer-König, M.Sc.
Fachzahnärztin für Parodontologie
Niedernstraße 16
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 179688
info@paroplant.com

ANZEIGE