

Vor dem Zahnersatz kommt die Parodontologie

Die Gesunderhaltung des Zahnhalteapparates wie auch die Wiederherstellung der parodontalen Gesundheit sollte bei allen zahnärztlichen Maßnahmen Grundaufgabe sein. So wie wir Zähne nach ihrem endodontischen Zustand vor einer weitergehenden Therapie kontrollieren, so muss eine parodontale Diagnostik und im Falle einer Erkrankung des Parodonts eine systematische Therapie erfolgen. Ein gesundes Parodont ist Grundlage für eine stabile prothetische und implantologische Versorgung.

In unserer Praxis hat es sich vor prothetischen Maßnahmen bewährt, eine schematisierte parodontale Beurteilung durchzuführen. Die Abarbeitung der Checkliste (Tab. 1) bietet die Gewähr, dass wichtige Befunde in der Routine der Praxis nicht übersehen werden.

sches Attachmentniveau (Sondierungstiefen und Rezessionen), Furkationsbefall, Zahnmobilität und Taschenaktivität (Exudat oder Pus) gehören. Dieser Befund kann orientierend durch die Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI) erfolgen. Beim Vorliegen von pa-

deln. Aus der Kenntnis, dass es sich bei einer Parodontitis um einer Infektionskrankheit handelt, ist es das Ziel einer kausalen Therapie, die Oralpathogene zu reduzieren. Hierbei steht in der ersten Phase der Therapie die Änderung der ökologischen Verhältnisse in der Mundhöhle

Erfolges gelegt werden. Bei dem anschließenden supra- und subgingivalen Scaling werden Plaque, Zahnstein, Konkremente und Verfärbungen von der Zahnkrone und der Wurzeloberfläche mechanisch entfernt (Abb. 2a und b). Erst nach dieser Phase kann eine weitergehende Behandlung geplant werden. Aus der erneuten Befunderhebung (Abb. 3) wird, falls überhaupt noch notwendig, ein anschließender Therapieplan erstellt. Erst jetzt folgen parodontalchirurgische Eingriffe wie augmentative Maßnahmen mit dem idealistischen Ziel der Regeneration aller krankheitsbedingter Defekte. Bei entsprechender Indikation kommen jetzt aber auch resektive chirurgische Methoden mit dem Ziel der Taschenreduktion zum Einsatz. Auch werden erst nach der erfolgreichen Initialtherapie mukogingivale Fragestellungen wie Rezessionsdeckungen, Verbreiterung der angewachsenen Gingiva oder der Aufbau von Kieferkammdefekten mit Weichgewebstransplantaten vorgenommen. Eine dauerhafte Erhaltungs-therapie, die nach den individuellen Bedürfnissen und Risiken des Patienten angepasst sein sollte, schließt sich der Gesamtrehabilitation an.

Extraktionen

Im Rahmen der parodontalen Befunderhebung und der prothetischen Planung ist eine konsequente Beurteilung der einzelnen Zähne auf ihre Erhaltungsfähigkeit und Erhaltungswürdigkeit zu treffen. Die Entscheidungsfindung für Extraktionen stellt eine schwierige und in der Konsequenz schwerwiegende therapeutische Aufgabe dar. Es fehlen ausreichende quantitative Merkmale zur Festlegung der Erhaltungswürdigkeit, da Prognosen schwer zu treffen sind und eine multifaktorielle Beurteilung zu erfolgen hat. Einflussfaktoren, wie zum Beispiel die Patientencompliance beim älteren oder alten Patienten, sind durch unvorhergesehene Allgemeinerkrankungen nicht kalkulierbar. Zudem treten bei dieser Entscheidung oft Differenzen zum Patientenwunsch auf. Viele Patienten drängen auf einen vollständigen Erhalt ihrer eigenen Zähne. Hier ist vom Zahnarzt eine vertrauensbildende umfangreiche Aufklärung gefordert oder auch letztendlich die Ablehnung einer Behandlung, wenn indizierte Extraktionen verweigert werden. Für den Fall, dass Extraktionen durchgeführt werden müssen, ist auf eine geeignete Technik mit geringster Schä-

digung des Alveolarknochens zu achten und gegebenenfalls sind Maßnahmen zum Erhalt des Knochens (Socket Preservation) mit Kollageneinlagen oder Knochenersatzmaterialien vorzunehmen (Abb. 4a-c).

Strategische Pfeilervermehrung

Vor einer prothetischen Rehabilitation, bei der ein Ersatz von verloren gegangenen Zähnen geschaffen wurde, ist grundsätzlich eine Alternativplanung mit Implantaten zu erwägen und der Patient über diese Möglichkeit aufzuklären. Dies sollte auch aus forensischen Gründen zur Vermeidung einer Fehlbehandlung durch einen Planungsfehler erfolgen. Unabhängig von alternativen implantatretinierten Planungen ist zu klären, ob Implantate zwingend für einen prognostisch sicheren Zahnersatz indiziert sind. Unter Beachtung der vorhandenen Zähne und ihrer Wertigkeit können Implantate zur Pfeilervermehrung indiziert sein (Abb. 5a und b).

Einhaltung der biologischen Breite

Die Beachtung der sogenannten biologischen Breite bei

Parodontalbefund

Vor jedem rehabilitativen Eingriff ist eine umfassende Untersuchung des gesamten Kauorgans und der einzelnen Zähne notwendig. Neben der klinischen und röntgenologischen Beurteilung der Zähne hinsichtlich Karies und ihres endodontischen Zustandes, gehört eine Beurteilung des Zahnhalteapparates dazu. Die Diagnose und Prognose muss für die Gesamtsituation sowie für die einzelnen Zähne getroffen werden. Zur obligaten Befunderhebung gehört selbstverständlich die allgemeine und spezielle Anamnese. Anamnestisch können Risikofaktoren wie Rauchen oder auch medikamenteninduzierte Erkrankungen erkannt werden. Klinisch sollte die Untersuchung Auskunft über gingivale Entzündungen (z.B. BOP), Plaquebefall zur Einschätzung der Mitarbeit des Patienten, klini-

Checkliste	Ja	Nein
Präprothetische PAR-Maßnahmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parodontalbefund. Liegt eine Parodontitis vor?		
Entscheidung über erhaltungswürdige Zähne. Sind Extraktionen notwendig?		
Strategische Pfeilervermehrung indiziert?		
Biologische Breite eingehalten?		
Kronenverlängerung notwendig?		
Ästhetikbefund. Sind mukogingivale Maßnahmen indiziert?		

Tab. 1

thologischen Werten ≥ 3 ist nach einer parodontalen Vorbehandlung ein vollständiger Parodontalbefund (Abb.1) zu erheben.

Vorbehandlung

Sollte aufgrund des Befundes eine parodontale Erkrankung festgestellt werden, so ist diese vor Beginn einer restaurativen Therapie zu behan-

im Vordergrund. Im Rahmen der parodontalen Vorbehandlung wird die Hygienefähigkeit hergestellt, dies umfasst zum Beispiel die Extraktion hoffnungsloser Zähne, die Versorgung kariöser Defekte oder die Beseitigung von überstehenden Füllungsrandern. In dieser Phase der Behandlung sollte die effiziente Mundhygiene mit dem Patienten trainiert und damit die Grundlage eines dauerhaften

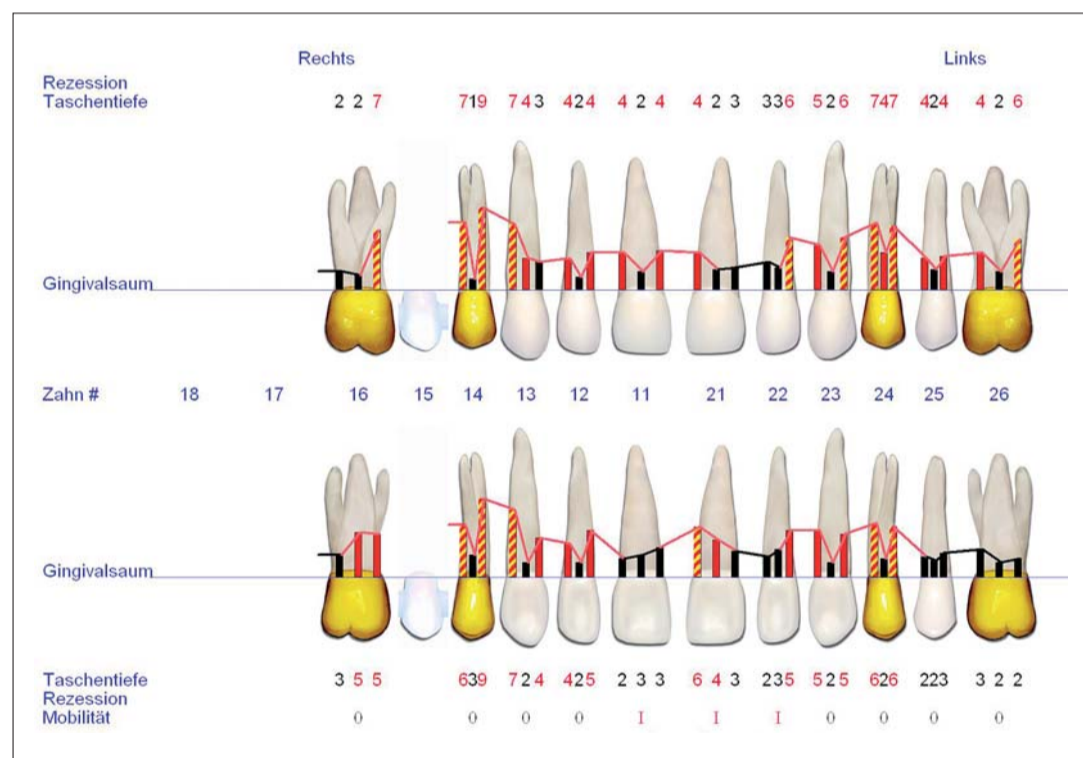


Abb. 1

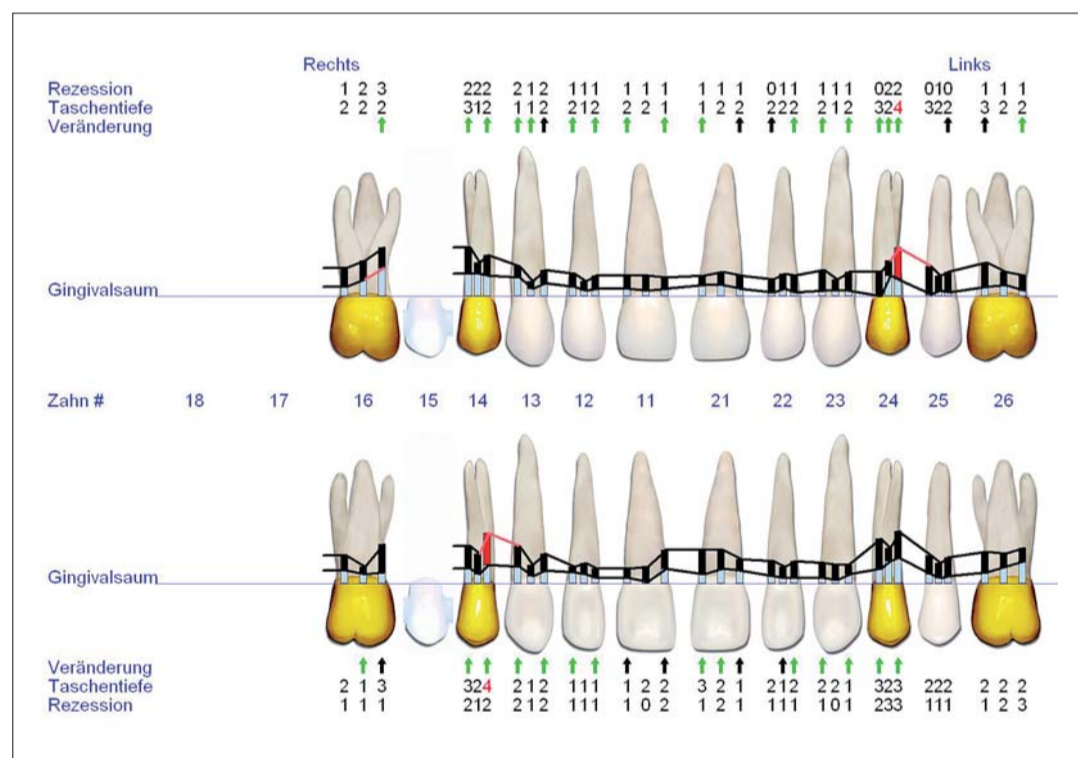


Abb. 3



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 4a



Abb. 4b



Abb. 4c



Abb. 5a



Abb. 5b



Abb. 6a

