

2-Schritt-Therapie bei Parodontitis

Für den klinisch tätigen Arzt ist es auch heute noch manchmal schwierig, ein Behandlungskonzept zu erstellen, das zu stabilen klinischen Langzeitergebnissen bei schwerer Parodontitis führt. Die Kombination von mechanischen Maßnahmen und die Antibiotikagabe kann Abhilfe schaffen.

Fortsetzung von Seite 1

Im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen standen in den letzten Jahrzehnten chirurgische Maßnahmen zur Beseitigung der lokalisierten Gewebsinfektion an Zahnfleisch und Zahnhalteapparat, die mit zum Teil erheblichen Gewebsverlusten und entsprechenden ästhetischen Problemen verbunden sind. Aufgrund der geschilderten Erkenntnisse sollte aber unbedingt eine neue Entwicklung eingeleitet werden. H. N. Newmann postulierte schon 1994: „Wir bewegen uns von einem Zeitalter der Parodontalchirurgie zu einem, das man mit Parodontalmedizin bezeichnen könnte.“⁹ Es wird zunehmend deutlich, dass das therapeutische Herangehen von einem neuen Denken geprägt sein muss, dass die Parodontitis vor allem als lokale Infektion der parodontalen Weichgewebe und des Alveolarknochens verstanden, die an vielen Stellen der Dentition auftreten kann.^{1,7,15} Für den klinisch tätigen Arzt ergeben sich oft Unsicherheiten bei der Festlegung des richtigen Behandlungskonzeptes, besonders angesichts multiplexer Zahnfleischtaschen mit

teilweise ausgeprägtem Attachmentverlust und nicht selten massiver Pusentleerung.

Die parodontalen Gewebe sind durch die parodontalpathogenen gramnegativen Anaerobier infiziert^{8,13,20} und es resultieren zum Teil erhebliche Gewebs- und Knochendestruktionen, nicht selten auch schon bei jungen Erwachsenen. Bei der schweren aggressiven und chronischen Parodontitisform ist es häufig, dass die Bakterien noch nach alleiniger mechanischer Therapie persistieren.¹² Deshalb werden Therapiekonzepte benötigt, die die mechanische und antibiotische Therapie sinnvoll miteinander verknüpfen,⁴ um die pathogenen Bakterien möglichst an allen betroffenen Stellen zu eradizieren und so die „Eintrittspforte“ Parodontum umfassend zu sanieren. Bisher gibt es unterschiedliche Auffassungen, wann mit der Antibiotikatherapie begonnen werden sollte.

Für den Behandlungserfolg ist es aus meiner Sicht entscheidend, den ersten Therapieschritt, das heißt die hygienische Vorbehandlung und Motivation des Patienten sowie die supra- und subgingivale Konkremententfernung deutlich von einem

zweiten Schritt zu trennen, der mechanisch nur noch die abschließende, aber akribische Wurzelglättung und Granulationsgewebsentfernung an allen Stellen der Dentition möglichst in einer Sitzung umfasst und nun sinnvoll eine adjuvante Antibiotikatherapie ermöglicht.¹⁴ Es konnte von uns nachgewiesen werden, dass durch die adjuvante Antibiotikatherapie im Rahmen des 2-Schritt-Konzeptes die Eradikationsmöglichkeit der wesentlichen parodontopathogenen Bakterien deutlich erhöht wird und sich Vorteile für das klinische Langzeitergebnis ergeben.¹⁶

2-Schritt-Behandlungsprotokoll

Die Behandlung erfolgte in zwei Hauptschritten:

1. Schritt

Systematische initiale supra- und subgingivale Konkremententfernung in jedem Quadranten (ca. drei bis vier Sitzungen, z. B. unter Verwendung von Hu-Friedy-Phosphor-Küretten) (Abb. 2a und b).

2. Schritt

Akribisches verstärktes Wurzelglätten an allen Wurzel-

flächen mit Handinstrumenten (Finierküretten) in einer oder einer zweiten zeitlich eng benachbarten Sitzung (bis maximal übernächsten Tag), Zahnfleischverband z. B. VOCOPac (Fa. VOCO) und adjuvanter Antibiotikagabe für acht Tage, die nur bei Patienten mit aggressiver Parodontitis aus einer Metronidazolmedikation und sonst aus Clindamycin bestehen sollte.¹⁶ Ziel des 2-Schritt-Konzeptes ist eine Elimination aller tiefen Zahnfleischtaschen des Mundes („Sondierungstiefenziel“ ≤ 4 mm) und eine Eradikation der wahrscheinlich auch systemisch wirksamen parodontalpathogenen Bakterien, unter anderem *Porphyromonas gingivalis*.

Methodik zweiter Therapieschritt

Es sollte wie folgt vorgegangen werden: Nach dem ersten Schritt, der sorgfältigen Entfernung des supra- und subgingivalen Zahnsteins einschließlich Motivation des Patienten während etwa drei bis vier jeweils circa einstündigen Sitzungen durch die Dentalhygienikerin, erfolgt mit einem zweiten Schritt die Phase der eigentlichen Taschenelimination. Diese wird als gewebeschonende geschlossene Kürettage mittels Gracey-Finierküretten (z. B. American Eagle) durchgeführt. Die Wurzeloberflächen aller Parodontien des Ober- und Unterkiefers werden in Abhängigkeit von der Sondierungstiefe fünf- bis 30-mal in einer oder spätestens einer zweiten Sitzung am nächsten Tag geglättet. Mit der stumpfen Kürettenseite erfolgt simultan die schonende Weichgewebeskürettage zur Entfernung des entzündlichen Granulationsgewebes (Abb. 3a bis c).¹⁴

Dieser zweite Schritt wird zwingend handinstrumentell durchgeführt, denn durch die maschinenbetriebene Wurzelglättung, einschließlich Wasserkühlung, kommt es zur Störung des Blutkoagulums im kapillären Spalt Zahnfleischtasche/Zahnwurzel. Da ein gut organisiertes Blutkoagulum die Basis für jeden Wundheilungsvorgang ist, wird nur so auch das Reattachment und somit der „Taschenverschluss“ gefördert. Zutritt von Wasser bzw. Speichel stört das Koagulum im Taschenspalt und fördert die innere epitheliale Ausscheidung der Zahnfleischtasche. Um die fibrinolytische Aktivität des Speichels zu minimieren, werden alle Patienten nach dem zweiten Schritt im Ober- und Unterkiefer mit einem Wundverband (VOCOPac[®]) versorgt.¹⁷ Die adjuvante Antibiose erfolgt bei schwerer chronischer Parodontitis mit 2x 600 mg Clinda-saar[®] für acht Tage und bei aggressiver Parodontitis mit Metronidazol 2x500 mg Vagimid für acht Tage.^{16,18} Die Kontrolluntersuchungen werden im ersten Halbjahr alle vier Wochen,

danach alle zwölf Wochen und vom 24. bis zum 48. Monat halbjährlich durchgeführt. Röntgenologische Kontrollaufnahmen sollten nach sechs, 24 und 48 Monaten erfolgen (Abb. 4a und b).

Fazit

Angesichts der Vielzahl subgingivaler Bereiche, die das entsprechende parodonto-

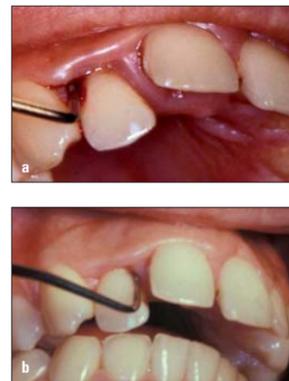


Abb. 2: 30-jähriger Patient mit aggressiver Parodontitis. a) Vor der Vorbehandlung (erster Schritt). b) Klinisches Bild (Reduktion der Entzündung) – nach dem ersten Therapieschritt, sichtbarer Rückgang der Entzündung, aber vor geschlossener Kürettage (zweiter Schritt), noch ohne deutliche Reduktion der Sondierungstiefe.

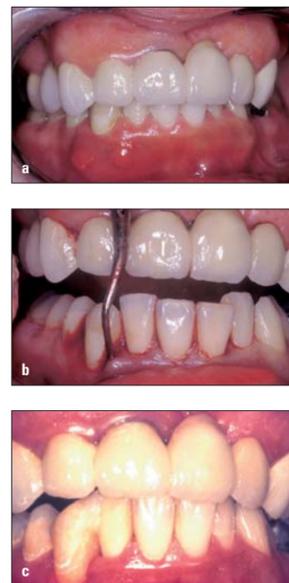


Abb. 3: 36-jährige Patientin mit aggressiver Parodontitis. a) Vor dem ersten Therapieschritt mit multiplen Parodontalabszessen. b) Zum Zeitpunkt des zweiten Therapieschrittes ist schon eine deutliche Entzündungsreaktion, aber noch fehlende Taschenelemination erkennbar. c) Zwölf Monate nach dem zweiten Therapieschritt.

pathogene Potenzial tragen können, ist es ohne ein striktes Therapiekonzept fast unmöglich, eine bakterielle Eradikation der anaeroben parodontalpathogenen Spezies zu erreichen, berücksichtigt man speziell, dass bei einer Sechs-Punkt-Messung pro Zahn bei 28 Zähnen 168 Stellen mechanisch exakt und möglichst gleichzeitig kontrolliert werden müssen, um alle pathogenen Bakterien zu beseitigen. Die von uns angewendete Therapiekonzeption ermöglicht nach dem ersten Hygieneschritt mit dem zweiten (Haupt-)Schritt der akribischen Wurzelglättung die mechanische Kontrolle aller Wurzeloberflächen und damit der Biofilmauflagerungen, die anschließend eine antibiotische Behandlung erst sinnvoll erscheinen lässt bzw. rechtfertigt. Diese sollte möglichst bei chronischer Parodontitis mit Clindamycin erfolgen und das antibiotische „Reservemedikament“ Metroni-

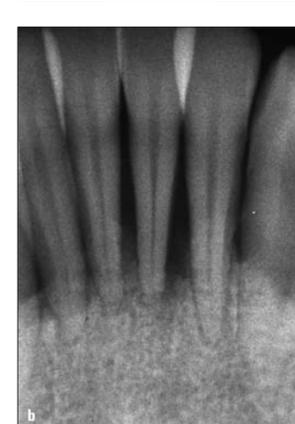


Abb. 4a und b: Vor 2-Schritt-Therapie, 45-jähriger Patient mit generalisierter, schwerer aggressiver Parodontitis.



Abb. 4c und d: Sechs Monate nach 2-Schritt-Therapie.

dazu ausschließlich den schweren aggressiven Parodontitisfällen vorbehalten bleiben. ☒

ZWP online
Eine Literaturliste steht ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/parodontologie zum Download bereit.

PN Adresse

Priv.-Doz. Dr. Dr. Bernd W. Sigusch
Kommissarischer Direktor der
Poliklinik für Konservierende
Zahnheilkunde und Parodontologie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Poliklinik für Konservierende
Zahnheilkunde
An der alten Post 4
07740 Jena

ANZEIGE

PN NACHRICHTEN STATT NUR ZEITUNG LESEN!



Fax an 03 41/4 84 74-2 90

www.pn-aktuell.de

Bestellung auch online möglich unter: www.oemus.com/abo

PN Die Zeitung für Parodontologie, Implantologie und Prävention

Ja, ich abonniere die
PN Parodontologie Nachrichten
für 1 Jahr zum Vorteilspreis von € 40,-
(inkl. gesetzl. MwSt. und Versand).
Das Abonnement verlängert sich automa-
tisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht
sechs Wochen vor Ablauf des Bezugs-
zeitraums schriftlich gekündigt wird (Post-
stempel genügt).

Datum
Unterschrift

Widerrufsbelehrung:
Den Auftrag kann ich ohne Begründung
innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei
der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29,
04229 Leipzig schriftlich widerrufen.
Rechtzeitige Absendung genügt.

Datum
Unterschrift

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de

