

FALLBERICHT // Patienten mit fortgeschrittenen Parodontopathien stellen in der Praxis eine besondere Herausforderung dar. Häufig stellen sich die Patienten mit fortgeschrittenem parodontalen Knochenabbau dann vor, wenn bereits einige Zähne nicht mehr bzw. nur teilweise, z. B. bei Furkationsbefall, zu erhalten sind und wenn funktionelle und/oder ästhetische Beeinträchtigungen bereits im Vordergrund stehen. Hinzu kommen häufig dentale Vorschäden wie Karies, bestehende oder notwendige endodontische und restaurative Versorgungen usw. Nicht selten ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer interdisziplinären komplexen Fallplanung mit prothetischer Versorgung, die noch dazu ästhetische Herausforderungen mit sich bringen.

KOMPLEXE PARODONTALE FALLPLANUNG IN DER PRAXIS

Dr. Madeleine Åslund / Salzburg (Österreich)

Im Folgenden möchte ich eine solch komplexe Patientensituation und deren Lösung vorstellen, die diese Herausforderungen mit sich bringt. Die Behandlung wurde in der privatärztlichen Praxis von mir durchgeführt.

Die Behandlung erfolgte nach dem Berner Konzept. Nach diesem Konzept erfolgt nach gründlicher Erstbefundung und Diagnosestellung eine parodontale Initialtherapie mit supra- und subgingivalem Debridement. Der Abschluss dieser Initialtherapie wird mit der Reevaluation, d.h. Erheben eines erneuten Parodontal-

status befundet. Dieser Befund ist dann die Ausgangsbasis für die weitere Planung und Durchführung der korrekativen parodontalen Therapie und abschließenden prothetischen Versorgung.

Patientensituation

Die Patientin ist 52 Jahre alt, raucht nicht und ist allgemein gesund. Nach der neuen Klassifikation lauten die Diagnosen: generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad B sowie chronische apikale Parodontitis an

den Zähnen 12 und 16 (Abb. 1–10). Der röntgenologisch erkennbare Knochenabbau ist besonders im Oberkiefer ausgeprägt mit sowohl horizontalem Knochenverlust als auch vertikalen Knocheneinbrüchen an einzelnen Zähnen.

Parodontale Initialtherapie

Eine parodontale Initialtherapie mit Herstellen der Hygienefähigkeit, individueller Hygieneinstruktion und supra- sowie subgingivaler Instrumentation mittels Piezo-

Abb. 1: Röntgenstatus.

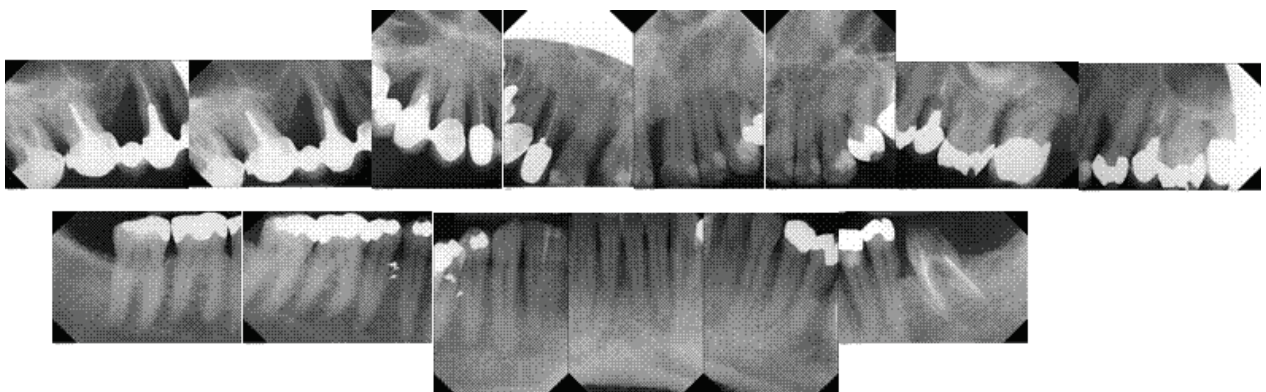




Abb. 2: Gesicht. Abb. 3: Lippenschluss. Abb. 4: Lachlinie. Abb. 5: Oberkiefer. Abb. 6: Unterkiefer.

Ultraschallgerät und Gracey-Küretten wurde durchgeführt. Die folgenden Befunde stellen die Situation bei der Reevaluation nach dieser Therapie dar. Diese Neubewertung drei Monate nach der Initialtherapie stellt die eigentliche Ausgangsbasis für die weitere komplexe Fallplanung dar. Zu diesem Zeitpunkt ist bereits klar, wie es um die Compliance der Patientin steht und wie gut die häusliche Hygiene umgesetzt wird. Der erhöhte Plaque-Index von 52 Prozent konnte durch erneute Motivation und Instruktion, vor allem mit angepassten, den aufgetretenen Rezessionen entsprechenden deutlich größeren Interdentalbürsten von der Patientin dauerhaft gesenkt werden. Deutlich sichtbar ist der ästhetisch unvorteilhafte „gummy smile“ bei Vorhandensein von gingivalen Rezessionen und „black triangles“ durch abgeflachte Papillen (Abb. 2, 4, 8–10). Diese negative Gingivamorphologie bei gleichzeitig hoher Lippenlinie lässt sich nur durch eine chirurgische Kronenverlängerung in ein ästhetisch ansprechendes Ergebnis mit positiver Gingivaarchitektur umwandeln. Gleichzeitig sind Resttaschen von 5–10mm an einigen Zähnen im Oberkiefer vorhanden sowie Furkationsbeteiligungen Grad I–II (Abb. 7).

Korrektive parodontale Therapie I

Die Situation stellt sich für den Unterkiefer parodontal stabilisiert dar. Im Unterkiefer sind keine Resttaschen vorhanden, und da

kein weiterer konservierender/prothetischer Behandlungsbedarf besteht (Zahn 36 ist langzeitprovisorisch versorgt), beschränkt sich die weitere Behandlungsplanung zunächst auf den Oberkiefer. Hier wird nach

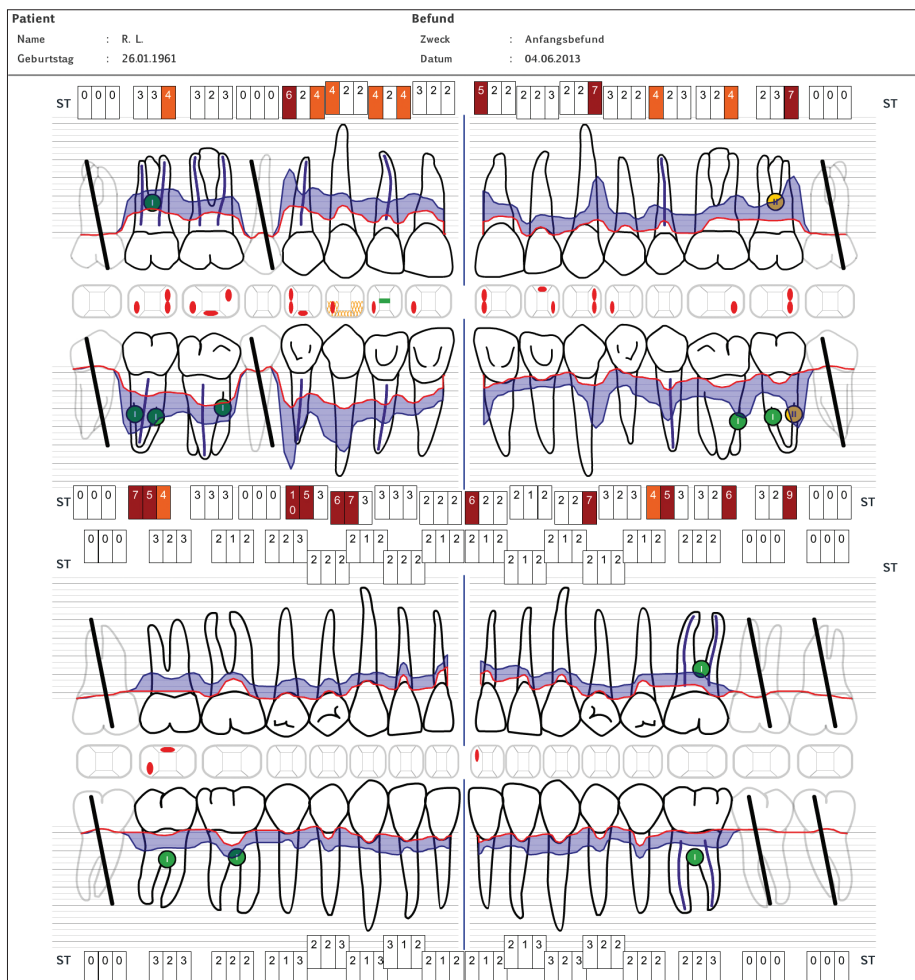


Abb. 7: Parodontalstatus nach Initialtherapie (BOP 16% [Bleeding on Probing], Ziel < 20%; PI 52% [Plaque-Index nach O'Leary], Ziel < 20%).



Abb. 8: ● sicher, ? fragwürdig, X nicht erhaltungswürdig. Abb. 9: Seitenansicht rechts. Abb. 10: Frontalansicht. Abb. 11: Seitenansicht links.

der Einzelzahnprognose vorgegangen (Abb. 8). Zähne, die mit entsprechender Therapie eine sichere Prognose haben, sind mit einem grünen Punkt markiert. Zähne, die eine fragwürdige Prognose haben, sind mit einem Fragezeichen markiert. Eine fragwürdige Prognose bedeutet, dass es möglich ist, diese Zähne mit entsprechender Therapie in eine sichere Prognose zu überführen, gleichzeitig kann es ebenso möglich sein, dass diese Zähne nicht auf die Therapie ansprechen und daher doch noch zu extrahieren sind.

Nicht erhaltungswürdige Zähne sind mit einem roten Kreuz markiert. Sie sind zu extrahieren. Ein Zahn kann nicht erhaltungswürdig sein bei zu weit fortgeschrittenem Attachmentverlust oder wenn eine Kombination aus parodontaler, endodontaler und restaurativer Komplikation vorliegt. Wenn ein Zahn aus strategischen Gründen der Gesamtplanung entfernt werden sollte, kann dieser als nicht erhaltungswürdig eingestuft werden. Aus dieser Prognostizierung leitet sich der nun folgende Behandlungsplan ab:

Behandlungsplan Oberkiefer (korrektive Phase):

1. Mundhygieneinstruktion (Ziel: PI < 20%)
2. Chirurgische Behandlung – Debridement aller Wurzeloberflächen mit Resttaschen
 - a. Extraktion der Zähne 14, 25, 27
 - b. Evaluation der Zähne 17, 13, 12, 21, 23 und entsprechende Therapie
 - c. Gingivakorrektur zur Reduktion des „gummy smile“ und Wiederherstellung einer positiven Gingivaarchitektur
 - d. Distal wedge 17

Abb. 12: Wax-up am Modell. Abb. 13: Folie im Mund adaptiert. Abb. 14: Schnittführung für die chirurgische Kronenverlängerung nach Folienvorgabe. Abb. 15: Gingivektomie ... Abb. 16: ... gefolgt von Ostektomie. Abb. 17: Anpassen der Präparationsgrenzen. Abb. 18: Extraktionen und Entfernung der palatinalen Wurzel 17.



3. Oberkiefer Gesamtprovisorium
4. Endodontische Revision von 12 und 16
5. Reevaluation
6. Definitive Versorgung Oberkiefer mit Kronen und Brücken, wenn möglich

Durchgeführte Behandlung korrektive Therapie

Zur Vorbereitung der chirurgischen Kronenverlängerung und Herstellung eines Sofortprovisoriums diente das auf dem Modell entsprechend hergestellte diagnostische Wax-up (Abb. 12). Dies diente natürlich auch vorab der Patientenkommunikation, um die vorgesehene Veränderung zu veranschaulichen und als Basis der Kommunikation über die weitere Vorgehensweise. Nachdem die Patientin mit der vorgeschlagenen Zahnform und Zahnlänge einverstanden war, wurde anhand des Modells eine Tiefziehfolie angefertigt, die sowohl als chirurgische Operationschiene als auch der Herstellung des Provisoriums diente (Abb. 13). Anhand der Folie wurde der neue Gingivaverlauf auf die Gingiva übertragen und das überschüssige Gewebe entfernt (Abb. 14 und 15). Unmittelbar darauf erfolgte die Lappenbildung und die für die Herstellung der biologischen Breite notwendige Ostektomie und -plastik mit Entfernung des parodontalen Ligaments im notwendigen Bereich sowie der Gestaltung einer positiven Gingivaarchitektur (Abb. 16 und 17). Nach Feinkorrektur und Nahtverschluss wurden die Präparationsränder der neuen Gingivasituation angepasst (Abb. 17). Die geplanten Extraktionen wurden ebenfalls in der gleichen Sitzung durchgeführt. Nach Lappenbildung an Zahn 17 war das größere Ausmaß der Furkationsbeteiligung mesiodistal, und zwar Grad III, zu erkennen. Die situative Planänderung führte dazu, dass die palatinale Wurzel, als die

parodontal am stärksten betroffene, entfernt wurde. Über die jetzt erzielte Situation im Oberkiefer wurde dann chairside ein

Gesamtprovisorium angefertigt, mit dem die Patientin die Praxis verlassen konnte (Abb. 19a). Nach entsprechender Wund-



Patient		Befund	
Name	: R. L.	Zweck	: Korrektive Therapie / Therapieerg.
Geburtsstag	: 26.01.1961	Datum	: 08.10.2014

ST	0	0	0	2	2	3	2	1	3	0	0	0	0	0	0	3	1	2	2	1	3	2	1	2																									
ST	0	0	0	4	4	5	3	3	2	0	0	0	0	0	0	2	3	3	2	2	4	2	2	1	2	2	4	3	2	3	0	0	0	0	4	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ST	0	0	0	3	2	3	3	2	3	3	2	5	3	2	3	3	2	3	2	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ST	0	0	0	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	1	3	2	1	3	3	2	4	1	3	2	2	4	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Abb. 19a: Sofortprovisorium Oberkiefer gesamt. Abb. 19b: Oberkiefer eine Woche post OP. Abb. 20: Oberkiefer frontal eine Woche post OP. Abb. 21: Lachlinie mit Provisorium. Abb. 22: Parodontalstatus acht Monate nach definitiver Versorgung. Abb. 23: Definitive Versorgung Lachlinie. Abb. 24: Definitive Versorgung, Frontansicht.

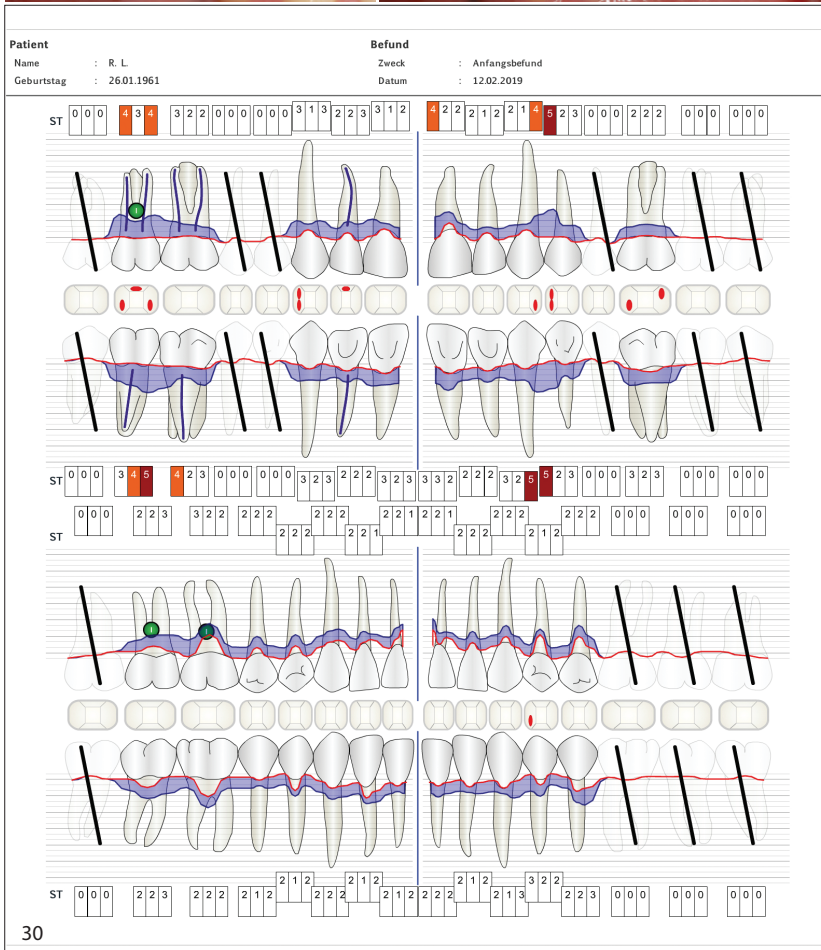


Abb. 25: Röntgenstatus fünf Jahre Follow-up.
Abb. 26: Fünf Jahre rechts. **Abb. 27:** Fünf Jahre Front. **Abb. 28:** Fünf Jahre links. **Abb. 29:** Fünf Jahre okklusal. **Abb. 30:** Parodontalstatus fünf Jahre nach Abschluss der definitiven Versorgung.

rapie (UPT) durchgeführt. Bei der erneuten Reevaluation sechs Monate nach der chirurgischen Korrektur zeigt sich, dass kaum Resttaschen im Oberkiefer vorhanden sind (einzige Sondierungstiefe ≥ 5 mm an Zahn 17), auch der Unterkiefer zeigt sich parodontal stabil. Daher konnte zur definitiven Versorgung mit Brücken und Einzelkronen übergegangen werden (Abb. 23 und 24). Die Patientin kam bislang regelmäßig alle drei bis vier Monate zum Recall mit UPT. Abbildung 22 zeigt den parodontalen Attachmentsstatus ein Jahr nach korrekativer Therapie.

Fünf Jahre nach definitiver Versorgung mit Brücken und Einzelkronen ist die parodontale Situation sowohl klinisch (Abb. 27–30) als auch röntgenologisch (Abb. 25) weitgehend stabil. Lediglich zwischen 23 und 24 ist leichter neu aufgetretener Attachmentverlust mit Sondierungswerten von 5 mm zu verzeichnen.

nachsorge und Nahtentfernung stellt sich die Situation wie in Abbildungen 19–21 dar.

Weitere geplante Behandlung:

1. Endodontische Revision von 16 und 12
2. Regelmäßiger parodontaler Recall
3. Reevaluation
4. Definitive Versorgung

Durchgeführte Behandlung

Während der Abheilphase wurden die endodontischen Revisionen wie geplant an den Zähnen 16 und 12 durchgeführt. Drei Monate nach der chirurgischen Korrektur wurde der erste parodontale Recall mit unterstützender Parodontitisthe-

Fotos: © Åslund

DR. MADELEINE ÅSLUND

MclinDent Perio (London)
 Spezialistin für Parodontologie
 Lasserstraße 4
 5020 Salzburg, Österreich