

Falldokumentation einer Patientin mit generalisierter aggressiver Parodontitis

Im August 2003 wurde die 21-jährige Patientin zur parodontalen Therapie einer „refraktären“ Parodontitis überwiesen. Intraoraler und röntgenologischer Befund wiesen auf eine aggressive Parodontitis hin. Die mikrobiologische Analyse (meridol Paro Diagnostik) bestätigte diesen Verdacht, da *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a.) nachgewiesen wurde.

DR. MED. DENT. ERIC VON BETHLENFALVY/STUTTGART

Mitte September wurde die Patientin kombiniert mechanisch-antibiotisch behandelt. Sieben Wochen später erfolgte bei der Patientin die Reevaluation nach Therapie. Die Sondierungstiefen konnten von generalisiert 4–9 mm auf 2–4 mm reduziert werden. A.a. war nicht mehr nachweisbar.

Ab dem 1.1.2004 wird mit der Einführung des neuen BEMA, in dem die internationale Nomenklatur von ARMITAGE (1999) zu Grunde gelegt wird, verdeutlicht, dass es keine „Parodontose“ gibt. Die klassischen Parodontitiden wie „Parodontose“, Parodontitis marginalis superficialis und profunda werden in chronische und aggressive Parodontitis unterteilt. Es findet zudem eine Unterteilung in Ausprägung bei beiden Parodontitisformen und in Schweregraden bei der chronischen Parodontitis statt. Spätestens jetzt sollte der Begriff „Parodontose“ obsolet sein. Parodontitis ist eine Erkrankung, an der Bakterien massiv beteiligt sind, es handelt sich also um eine Infektion. Die DGZMK empfiehlt in ihrer Stellungnahme von 2003 zur adjuvanten Antibiotikagabe in der Parodontitistherapie die begleitende Parodontitistherapie mit Antibiotika, wenn es sich u. a. um eine aggressive Paro-

odontitis handelt. Die beteiligten Keime müssen mittels eines mikrobiologischen Tests nachgewiesen werden. Im folgenden Fall wird dargestellt, dass die mikrobiologische Untersuchung zum einen bei der Diagnostik von Parodontopathien helfen kann und zum anderen der Therapieerfolg anhand der mikrobiologischen Untersuchung dokumentiert wird. Auch aus forensischen Gründen ist eine Analyse des Keimspektrums daher sinnvoll. Die 21-jährige Patientin wurde mit einer „refraktären“ Parodontitis überwiesen. Allgemeinanamnestisch waren keine Besonderheiten vorhanden. Aus der speziellen Anamnese ging hervor, dass im Frühsommer 2001 die letzte Parodontalbehandlung stattgefunden hatte. Intraoral war die Gingiva leicht ödematös verändert, es war nur wenig Zahnstein und Plaque vorhanden (Abb. 1). Die Sondierungstiefen lagen zwischen 4–9 mm (Abb. 2). Bei Sondierung kam es an den tiefen Taschen zu Blutungen (BoP). Röntgenologisch betrug der horizontale Knochenabbau ca. 4 mm. Zusätzlich fanden sich multiple vertikale Einbrüche ins mittlere bzw. apikale Wurzel Drittel (Abb. 3).

Bei der Mehrzahl der aggressiven Parodontitiden besteht

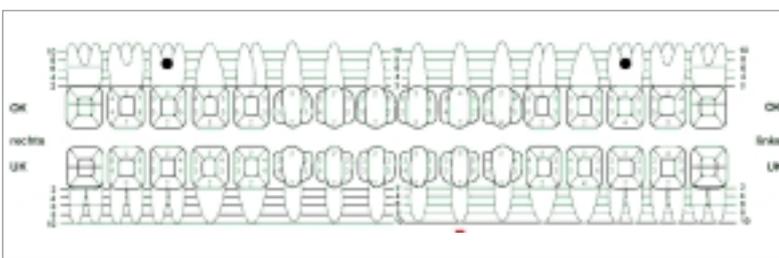


Abb. 1: Intraorale Situation vor Behandlung. – Abb. 2: Sondierungstiefen vor Behandlung.

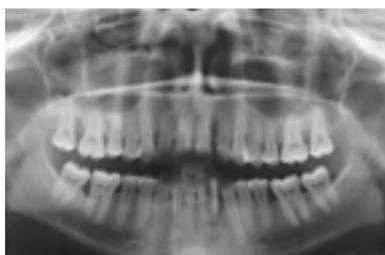


Abb. 3: OPG der Patientin von August 2003. – Abb. 4: Probenentnahme für die mikrobiologische Untersuchung: Papierspitze in situ. – Abb. 5: meridol Paro Diagnostik.