

Mexikanische Studie aggressiver Formen der Parodontitis

Bestimmung des Genotyps zur Erkennung des Risikofaktors, von Gloria Martínez de Zambrano, DDS

Parodontitis wird durch spezifische zumeist anaerobe gramnegative Bakterien verursacht (Haffajee & Socransky 1994). Diese aktivie-

und Knochen zerstört werden (Page 1991, Genco 1994). So sind bekanntermaßen die Bakterien zwar der Auslöser dieser parodontalen Erkran-

che Patienten eine leichte oder mittlere Form der Erkrankung entwickeln werden, die mit normaler professioneller Therapie kuriert

werden. Die aggressive Parodontitis (1999) gehören zu den aggressiven Formen die folgenden Parameter:

Es ist bekannt, dass jede Person auf das gleiche Vorhan-

gezeigt, dass einige Individuen Polimorphismen in ihren Genen tragen, die mit Übersekretion bestimmter Zytokine als Folge der Einwir-

Aggressive Parodontitis

Die aggressive Parodontitis ist eine spezifische Krankheitsform mit klar erkennbaren klinischen Merkmalen und speziellen Befunden hinsichtlich der Wirt-Parasiten-Interaktion. Dazu zählen:

- Der Patient ist, abgesehen von der Parodontitis, klinisch gesund
- Rasch fortschreitende Gewebedestruktion
- Auffällige familiäre Häufung.

Oft, aber nicht immer sind zu beobachten:

- Ein Missverhältnis zwischen der Menge von bakteriellen Ablagerungen und dem Ausmaß der Gewebedestruktion
- Erhöhte Zahlen von Actinobacillus actinomycescomitans; in gewissen Populationen von P. gingivalis
- Abnormale Phagozytenfunktion
- Ein hyperresponsiver Makrophagen-Phänotyp mit erhöhter Produktion von PGE₂ und IL-1β
- Die Gewebedestruktion kann selbstlimitierend sein.

Es wird zwischen zwei Befallsformen unterschieden, die lokalisierte und die generalisierte Parodontitis. Es gelten folgende pathogenomische Unterscheidungen:

Lokalisiert

- Beginn während der Pubertät
- Befall der ersten Molaren und der Schneidezähne
- Markante Serumantikörpertiter gegen nachgewiesene bakterielle Agentien.

Generalisiert

- Patienten sind meist jünger als 30 Jahre
- Generalisierter Befall mit Attachmentverlust an mindestens drei Zähnen außer der ersten Molaren und den Schneidezähnen
- Schubhafter Verlauf
- Schwache Serumantikör-



Abb. 3a: Röntgenbild der linken Seite.



Abb. 3b: II. Quadrant nach Elevation des Mukoperiostlappens. Palatinalansicht.



Abb. 3c: Ausmaß des Parodontaldefekts. Labialansicht.

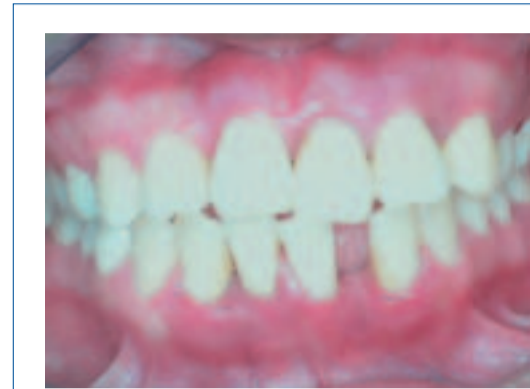


Abb. 1a: Klinisches Bild der 18-jährigen Patientin mit aggressiver Parodontitis vor der Vorbehandlung.



Abb. 1b: Okklusale Übersicht.



Abb. 1c: Übersichtsaufnahme des Unterkiefers.

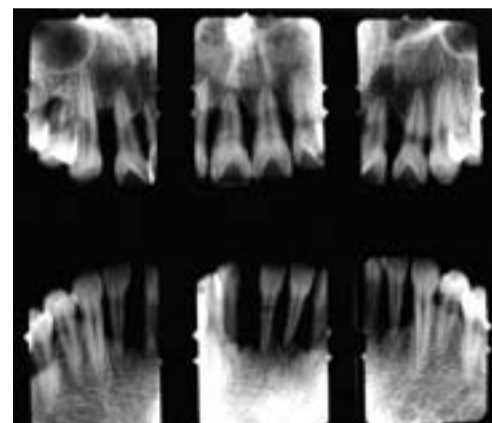


Abb. 2a: Röntgenstatus der Patientin im Alter von 18 Jahren. Ausgeprägte Parodontaldestruktion der Ober- und Unterkieferfrontzähne.

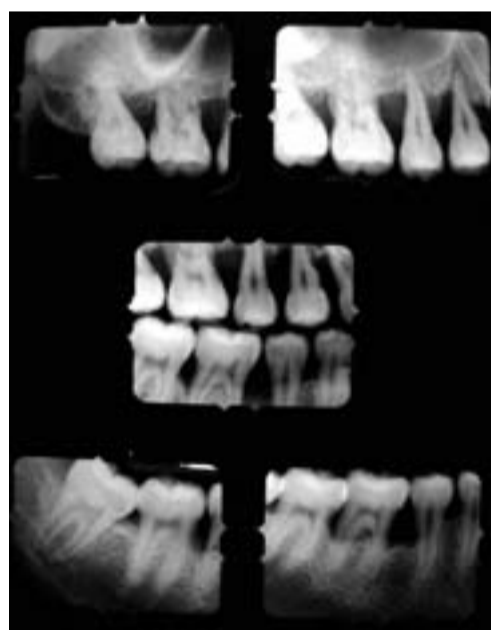


Abb. 2b: Rechte Seite vor der initialen Therapiephase: ausgeprägter Knochenabbau im Bereich aller ersten Molaren und Prämolaren.

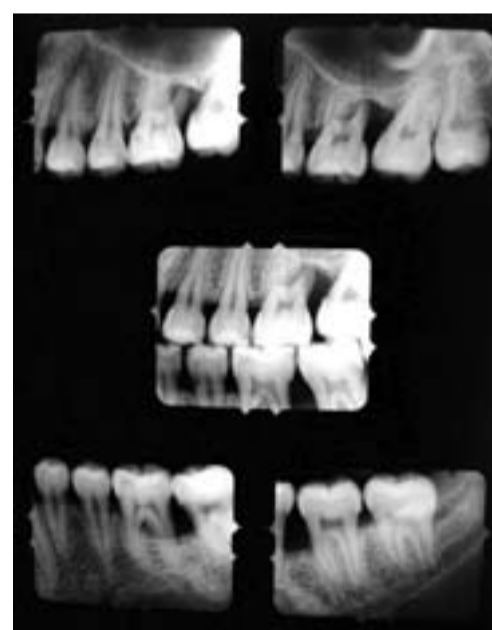


Abb. 2c: Röntgenstatus der linken Seite: Parodontaldestruktion im Bereich aller ersten Molaren.

ren im Gewebe Reaktionen, die ihrerseits wiederum eine Reihe von entzündlichen und immunologischen Veränderungen hervorrufen, durch die schließlich Bindegewebe

reaktion, jedoch ist bisher kein Mechanismus bekannt, nach dem der klinische Verlauf beim individuellen Patienten vorhergesagt werden kann. Auch eine Vorhersage, wel-

werden kann, oder welche Patienten eine chronische oder aggressive Parodontitis entwickeln werden, ist bisher nicht möglich. Nach der neuen Klassifizie-

den von Bakterien verschieden reagiert. Biologische Faktoren (genetische), systemische Faktoren (Diabetes), umweltbedingte (Rauchen) und verhaltensbedingte Faktoren beeinflussen die individuelle Reaktion der Person (Caffesse 2002). In den letzten Jahren wurde

von toxischen Stimuli reagieren (Melvig 1988, Lynch 1994). In der Pathogenese der Parodontitis spielen die entzündlichen Vermittler wie Prostaglandin, Interleucin 1(IL1) und die Matrix Metalloproteinase eine wichtige Rolle. Dieser genetische Marker konnte uns helfen, die Empfindlichkeit je-



Abb. 4a: Zahnfilm des III. Quadranten.



Abb. 4b: Nach Elevation des Mukoperiostlappens. Labialansicht.



Abb. 4c: Intraoperative Darstellung, Lingualansicht.



Abb. 4d: Adaption mit Einzelknopfnähten. Labialansicht.



Abb. 4e: Lingualansicht.



Abb. 5a: Zahnfilm des I. Quadranten.



Abb. 5b: Mukoperiostlappen des I. Quadranten. Labialansicht mit Parodontaldestruktion.



Abb. 5c: Parodontaldestruktion. Palatinalansicht.



Abb. 5d: Labialansicht mit Einzelknopfnähten.



Abb. 5e: Palatinalansicht.