

PERIO TRIBUNE

— The World's Periodontic Newspaper · Austrian Edition —

No. 12/2013 · 10. Jahrgang · Wien, 4. Dezember 2013



Parodontitistherapie

Der parodontologische Zahnerhaltung sollte ein größerer Stellenwert zugeordnet und die parodontale Behandlungslast stärker reduziert werden.

► Seite 20



Langzeiterfolge sichern

Periimplantitis und periimplantäre Mukositis gehören zu den großen Herausforderungen in der Implantologie. Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf, im Interview.

► Seite 21



Neues Lokalanesthetikum

Tiefe parodontale und periimplantäre Taschen können auch ohne chirurgischen Eingriff oder Antibiotika schnell und erfolgreich minimiert werden.

► Seite 23

Parodontologie als Basis des Ordinationskonzeptes

Parodontale Aspekte und Kenntnisse auf diesem Fachgebiet sind nicht nur in der Restaurativen Zahnheilkunde erfolgsentscheidend, sondern auch in der Kieferorthopädie und Implantologie.

Von Dr. Norbert Salenbauch, Göppingen, Deutschland.

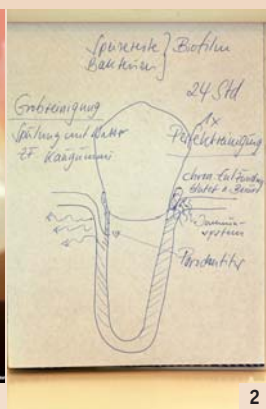


Abb. 1: Befundorientierte Problemvermittlung. – Abb. 2: Pathogenesezeichnung nach Prof. F. Henning. Befundorientierte Vermittlung wissenschaftlicher Daten. – Abb. 3: Demonstration von Dentotape (Johnson & Johnson) und einer Multitufted-Zahnbürste (Paro).

„Parodontologie ist die Königsdisziplin innerhalb der zahnmedizinischen Fachdisziplinen“ – zu dieser Einsicht kommen bekanntlich hierzulande ausgebildete Zahnärzte kaum. Wird doch selbst der Kieferorthopädie innerhalb der zahnärztlichen Ausbildung trotz einer möglichen postdoktoralen Facharztausbildung mehr Raum gegeben wie der Parodontologie.

Spätestens nach meinem Postgraduate Studium bei Prof. Ramfjord in Ann Arbor, Michigan, 1977/78, ein Jahr nach Beginn meiner beruflichen Laufbahn, war mir diese Einschätzung jedoch klar geworden und sie wird heute von vielen, vornehmlich restaurativ tätigen Zahnärzten und Spezialisten, geteilt.

So wurde meine ursprüngliche damalige Intention, Okklusion und Funktionslehre in den USA fundiert zu erlernen, vom Leiter der Abteilung, Prof. Ash, schnell relativiert, indem er mich zu seinem Kollegen Prof. Ramfjord in die PA-Abteilung führte, die damals durch ihre Forschungsergebnisse zur sogenannten Michigan-Studie bereits Weltruhm besaß, und meinte: „This is going to become the waymost important disciplin in the field.“

35 Jahre später kann ich nur sagen, er hatte Recht, denn ich kann die Parodontologie in ihrem gesamten heutigen Wissensumfang als das wichtigste Korrektiv für die Qualität des gesamten zahnmedizinischen Behandlungsspektrums

tagaus, tagein erkennen. Ramfjords klassisches Paper aus 1974 „Periodontal aspects of restorative dentistry“¹ hat mir dabei immer den Weg gewiesen, wobei auch die später dazugekommene Implantologie keine Ausnahme macht.

Und wenn wir uns heute um die geriatrischen Probleme in der Zahnheilkunde kümmern, hat z.B. die kompetente Biofilamentfernung bei hospitalisierten Patienten zum Ziel, die oft letale Alterspneumonie, die durch Aspiration² entsprechender Keime aus der Mundhöhle entsteht, zu vermeiden. Erneut eine wichtige Aufgabenstellung für die Parodontologie.

Fortsetzung auf Seite 18 ➔

Parodontitis in aller Munde?

Statement von Dr. Axel Mory*



Damit dem nicht so ist, bemüht sich die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) kontinuierlich um Aufklärung in der Bevölkerung und Kollegenschaft. Wir wollen die Parodontitis aus den Mündern eliminieren und deren Vorbeugung im Bewusstsein verankern.

Ein wichtiger Schlüssel dazu ist die parodontale Grunduntersuchung. Wenige Sondierungen mit der geeigneten Parodontalsonde reichen aus, um zu erkennen, ob ein Parodontitisproblem vorliegt und wie schwerwiegend es ist. Die Durchführung dieser Screeninguntersuchung ist auf der Webseite der ÖGP (www.oegp.at) im Submenü „Ärztinnen“ genau erklärt.

Die konsequente Plaque- und Konkremententfernung ist sicher eine der tragenden Säulen in der Parodontitistherapie. Mindestens ebenso wichtig aber ist die Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos. Patienten mit erhöhter Empfänglichkeit erleiden rascher Schäden am Zahnhalteapparat und bedürfen einer wesentlich gründlicheren und intensiveren Behandlung als Patienten mit geringer Disposition. Dem individuellen Risiko muss demnach in der Parodontitistherapie Rechnung getragen werden.

Prekär wirkt sich die genetische Parodontitisdisposition an Implantaten aus. Bereits im klinisch unauffälligen periimplantären Weichgewebe zeigt sich eine unbedenkliche und diskrete Granulozyteninfiltration.

Eine klinisch manifeste periimplantäre Entzündung mit Lockerung der ZF-Manschette um Zahnimplantate führt aber zu deutlich rascherem Knochenverlust als an natürlichen Zähnen. Der Perimukositis bzw. der Periimplantitis werden wir uns in den nächsten Jahren verstärkt zuwenden müssen, da die stetig steigende Zahl an Zahnimplantaten auch vermehrt periimplantäre Probleme nach sich ziehen wird. Im Recall muss nach initialen periimplantären Symptomen Ausschau gehalten werden. Sind die Kriterien einer operativen Intervention erfüllt, wird im Gegensatz zur Parodontitis nicht auf eine Abheilung nach konservativer Taschenreinigung gewartet, sondern frühzeitig chirurgisch interveniert. Das chirurgische Protokoll ist bis heute nur zum Teil vereinheitlicht, da wissenschaftlich noch nicht endgültig gezeigt werden konnte, welche Defektreinigung und -sanierung den bestmöglichen Erfolg verspricht.

Nicht nur Weihnachten steht vor der Tür. 2014 kommt auch die Jahrestagung paroknowledge® in Kitzbühel wieder, für die wir bereits intensiv mit den Vorbereitungen beschäftigt sind.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen angenehmen Jahreswechsel.

*Vorstandsmitglied der ÖGP, zertifizierter Spezialist für Parodontologie und Implantologie.



Infos zum Autor

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



Anmeldeformular – Spezialisten-Newsletter
www.zwp-online.info/newsletter

www.zwp-online.at

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online



ANZEIGE

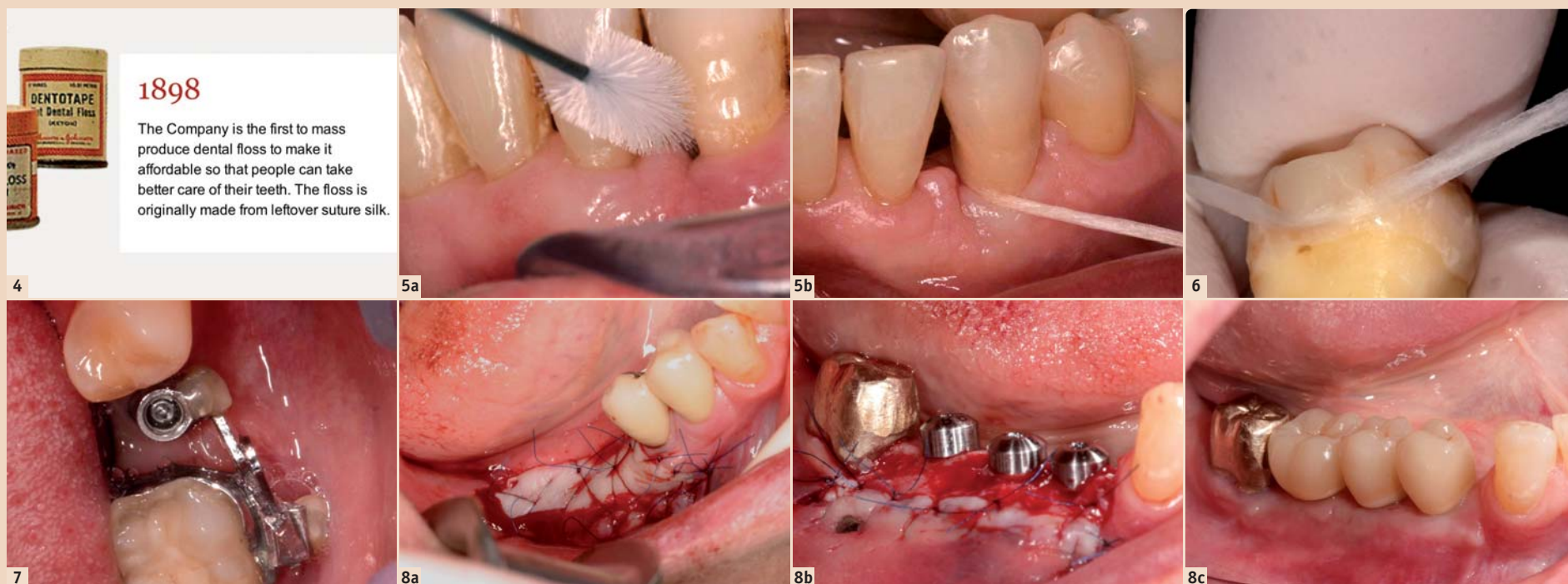


Abb. 4: Zahnseide und Dentotape der Firma Jonson & Johnson werden seit 1898 mit gleichbleibender Qualität vertrieben. – **Abb. 5a und b:** Interdentalbürstchen erreichen sulkusnahe Bereiche im Gegensatz zum Dentotape oft nicht, sicherlich ein Problem beim PA-erkrankten Patienten. – **Abb. 6:** Nur Zahnseide oder Tape ist in der Lage, Obstruktionen an Füllungs- oder Kronenrändern zu identifizieren. – **Abb. 7:** Aufgerichteter zweiter Molar nach Entfernung eines verlagerten Weisheitszahns und der konservativen Therapie einer parodontalen Tasche von 6 mm mesial. – **Abb. 8a–c:** Schaffung von Attached Gingiva und Verdickung der gesamten Weichgewebe um Implantate, beides sind erwiesene Kriterien für die Vermeidung von Periimplantitis.

← Fortsetzung von Seite 17

Standardisiertes Motivationsgespräch

Im Zeitalter von „Periodontal Medicine“ geht es beileibe nicht mehr nur um den Verbleib von Zähnen in einer Mundhöhle, sondern viel eher um eine Mundhöhle, die frei ist von chronischer Entzündung. So ist meines Erachtens heute auch eine Mundhöhle voller, auf Berührung blutender Papillen, nicht mehr nur als eine zu vernachlässigende lokale Entzündung zu betrachten, sondern muss vielmehr als ernstzunehmender Beitrag zum Risiko des gesamten chronischen Entzündungspools eines Organismus mit all seinen bekannten Konsequenzen betrachtet und als solcher dem Patienten zum Bewusstsein gebracht werden.

Nur ein sehr hoher Standard bei der täglichen Mundhygiene und eine hohe Qualität an professioneller Hilfestellung und regelmäßiger Erhaltungstherapie durch hochmotiviertes und gut ausgebildetes Hilfspersonal kann dieses Ziel erreichen. Dies beginnt in unserer Ordination bei der ersten Sitzung des schmerzfreien Patienten mit seinem zukünftigen Behandler. Dabei haben wir in den letzten dreißig Jahren ein standardisiertes Motivationsgespräch entwickelt, das aus drei Teilen besteht:

1. Die intraorale Demonstration des Bezugs zwischen gingivalem Belag und Blutung sowie einer belagsfreien, gesunden Stelle ohne Gingivablutung (**Abb. 1**).
2. Pathogenesezeichnung, welche die Entwicklung der papillären Entzündung und ihre Risiken für die orale und systemische Gesundheit auf der Basis der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse verständlich entwickelt, und daraus die korrekte Mundhygienefrequenz sowie die fallspezifisch richtigen Hilfsmittel, zeichnerisch erklärt (**Abb. 2**).³
3. Die Erstdemonstration dieser Hygienhilfsmittel konsequent durch sämtliche Interdentalräume und Oral-/Lingualflächen, sowie die Erklärung ihrer tech-

nisch richtigen Anwendung; Einführung der Rolle der Hygienikerin während der Hygienephase und des gesamten Therapieverlaufs und posttherapeutisch durch den Zahnarzt selbst sowie Einbettung einer ganz grob beschriebenen Therapievorstellung in die Sitzungen bei der Hygienikerin und deren Funktion als Hilfestellerin bei der Verwirklichung dieser Vorgaben auf Dauer (**Abb. 3**).

Diese Vorgehensweise bei der ersten Sitzung ist essenziell und wurde über drei Jahrzehnte, motiviert durch den kontinuierlichen Erfolg, verfeinert und dem neuesten wissenschaftlichen Stand angepasst. Bei vielen Patienten löst sie eine direkte persönliche Betroffenheit aus und macht die Pforten für eine mögliche Verhaltensänderung bei den täglichen Hygienegewohnheiten in ihrer Mundhöhle weit auf.

Es ist so gut wie nie eine Frage, dass neue Patienten im Anschluss an diese Sitzung ihre Termine bei der Hygienikerin gerne vereinbaren, auch wenn ihr Kostenträger dafür nicht aufkommt. Aufwendige Behandlungen beginnen wir erst, wenn der Entzündungswert für eine papilläre Blutung (PBI) in akzeptable Bereiche kommt.

Bei der Behandlungsplanung und Terminvergabe folgen wir der Systematik von Ramfjord als Grundschemata für alle Patienten:

- Systemische Phase
- Hygienephase I und II
- Korrektive Phase I und II
- Posttherapeutische Betreuung (modifiziert)
- Erhaltungsphase

Verwendung von Mundhygienemitteln – wirklich notwendig?

Was den Erfolg dieser gesamten Aktivitäten zur Patientenmotivation und Betreuung sowie zur wirkungsvollen häuslichen Mundhygiene unserer Patienten anbelangt, so wurde es in den letzten Jahren immer klarer, dass nur Zahnärzte und Hygieniker/-innen mit ständiger

Selbsterfahrung durch Einbindung ihrer eigenen Mundhöhle in das Betreuungssystem ihrer Ordination dazu in der Lage sind.⁴ Dazu gehören neben der qualifizierten Basisausbildung auf dem Gebiet der Prävention und kontinuierlich erneuerten wissenschaftlichen Weiterbildung auch Erkenntnisse auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie, die allerdings bisher wenig systematisiert sind und eher aus dem Umgangsbereich mit den Problemen des Nikotin- und Drogenabusus stammen⁵ und so nicht direkt übertragbar erscheinen.

Hier sind dringend neue Denkansätze auf der Basis positiver empirischer und theoretischer Erkenntnisse vonnöten. Wir bauen bis dato auf unser System. Auch die vorhandenen Studien zur Wirksamkeit einzelner Mundhygienemittel, vor allem auf dem Gebiet der Interdentalhygiene, sind bei näherer Betrachtung eher dürftig.⁶ So gibt es bis heute keine einzige Untersuchung, die den täglichen Einsatz von Zahnseide wissenschaftlich rechtfertigen würde. Dabei ist ein Artikel wie das Dentotape der Firma Johnson & Johnson seit 1898 im Handel (**Abb. 4**).

Eine zeitgenössische vergleichende Untersuchung zur Wirksamkeit einer Mundspüllösung im Vergleich zur Zahnseide sieht so aus, dass den Patienten zur Instruktion und Motivation für maximal zwei Minuten an einem Zahnmodell der Gebrauch von Zahnseide gezeigt wurde. So wird verständlich, warum die Gruppe der Zahnseideanwender schlechter abschneidet.⁷

In einer anderen Studie wird die Anwendung von Interdentalbürstchen der Zahnseide vorgezogen, ohne zu wissen, welche Hygienemittel diese Patienten vorab der Studie gewohnheitsmäßig bereits eingesetzt haben.⁸ Aus einer weiteren Studie zur Kariesprävention geht hervor, dass Zahnseide überhaupt nur dann eine Wirkung zeigt, wenn sie von Profis, also von Dentalhygienikerinnen durchgeführt wird.⁹

Unabhängig von der Wahl der Hygienhilfsmittel ist klar, dass es besonders am erkrankten Pa-

tienten Situationen gibt, bei denen jedes dieser beiden Hilfsmittel lokal spezifische Mängel und Vorteile besitzt, die der Fachmann beachten und beherrschen muss (**Abb. 5a und b**).

So ist z.B. nur Zahnseide in der Lage, iatrogen produzierte Schäden an zahnärztlichen Zahnrestaurationen zu identifizieren und rechtzeitig zu bemängeln. Es ist seit Langem bekannt, dass solche Hygieneobstruktionen beim parodontal erkrankten Patienten nicht nur zu Entzündung, sondern zu zusätzlichem Attachmentverlust, also zu iatrogenen Schäden führen (**Abb. 6**).¹⁰

Die Erkenntnis, dass alle Hygienhilfsmittel, insbesondere für den Interdentalraum, intensive Hilfestellung und Training zur wirkungsvollen Durchführung benötigen, hat dazu geführt, dass wir unseren Patienten als einen zusätzlichen Baustein ein Lernvideo in drei Sprachen auf unserer Website zur Verfügung stellen (www.wolfstrasse.com).

Als Verlaufskontrolle für die Behandler und Motivationskurve für die Patienten dient uns im Rahmen der Hygienephase der PBI11 bzw. im Rahmen der Erhaltungstherapie der BOP.¹²

In diesem Zusammenhang tritt natürlich immer wieder auch die Frage auf, wie qualifiziert muss die Ausbildung unserer „Co-Therapeuten“ Dentalhygieniker sein? Speziell bei den Ausbildungsgängen in Deutschland, egal ob nun mit oder ohne Bachelor, erscheint mir nicht mehr so sehr der theoretische Umfang der Ausbildung, als vielmehr der praktisch klinische Anteil am Patienten ein Problem zu sein.

Zahnärzte bzw. PA-Spezialisten als Ausbilder innerhalb ihrer Ordinationen sind meist nicht trainiert, Scaling und Root Planing aus dem Ellenbogen und der Schulter zu unterrichten, sondern wenn überhaupt, dann werden sie aus der Praxisroutine das sogenannte „Picking“ vermitteln können, was für die Berufsgruppe der tagaus, tagein „Instrumentierer“ die völlig falsche Muskulatur trainiert und damit frühzeitig zu den entsprechenden

Berufskrankheiten wie Karpaltunnelsyndrom oder Tennisarm führt.¹³

Die Zahnarztordination der Zukunft

Ein zusammengeführtes Team aus Allgemeinpraktikern und Spezialisten ist ohne eine Dentalhygienikerin, die nach internationalem Niveau ausgebildet ist, nicht denkbar! Parodontale Aspekte und Kenntnisse in der Parodontologie sind nicht nur in der Restaurativen Zahnheilkunde erfolgsscheidend, sondern auch in der Kieferorthopädie und der Implantologie. Eine perfekt aufgestellte Zahnreihe bedeutet per se bereits Karies- bzw. Parodontitisprävention. Umgekehrt heilt durch das Aufrichten und die Intrusion ein vorab parodontal erkrankter Zahn dadurch erst richtig aus (**Abb. 7**).

Erfolgreiche Implantologie ist auf die Dauer nur realisierbar, wenn die Techniken der perioplastischen Chirurgie beherrscht werden und so immer ein breites Hart- und Weichgewebsangebot, das auf der Unterlage verwachsen ist, kreierte werden kann (**Abb. 8a–c**).

Es ist somit die Parodontologie und ihr gesamtes wissenschaftliches Umfeld, welche ganz wesentlich die Nachhaltigkeit unseres zahnärztlichen Tuns erst ermöglicht, und dadurch ganz offensichtlich nicht nur zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch zur Allgemeingesundheit und damit zur Lebensdauer beiträgt. **[1]**



Literaturliste



Kontakt

Infos zum Autor

Dr. Norbert Salenbauch
Wolfstraße 9
73033 Göppingen, Deutschland
salenbauch@t-online.de
www.wolfstrasse.com