

Das Experten- interview

Bei der Behandlung der meisten komplexen, multifaktoriell verursachten, chronischen Krankheiten steht die Reduktion der schädlichen Einflüsse etablierter Risikofaktoren im Mittelpunkt. Dies betrifft insbesondere die marginale Parodontitis. Was sagt die Wissenschaft und wie sieht's der Praktiker? Hierfür trafen wir uns am runden Tisch mit OA Dr. Albert Mehl, OA Dr. Matthias Folwaczny, Uni München und Dr. Lutz Laurisch, niedergelassener Zahnarzt in Korschenbroich.

▶ D. L.

Angaben zur allgemeinen Anamnese kann der Patient im Wartezimmer auf einem geeigneten Formblatt machen. Welche Risikofaktoren sollten abgefragt werden, die mit der Behandlung einer Parodontalerkrankung interferieren könnten?



PD Dr. Albert Mehl:

Der sympathische Franke ist Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie. Seine Schwerpunkte: Einsatz von Lasersystemen, klinische Studien, Entwicklung und Verbesserung von CAD/CAM-Systemen und die Materialforschung.

Dr. Folwaczny: Grundsätzlich kann man Krankheiten und Lebensbedingungen unterscheiden, die ein erhöhtes Risiko für eine Parodontalerkrankung bedingen – und umgekehrt forciert eine Parodontalerkrankung durch bestimmte Erkrankungen. An erster Stelle sind Diabetes mellitus vom Typ 1 und 2, und der chronische Nikotinabusus zu nennen. Beide stellen die derzeit einzigen, epidemiologisch nachweisbaren und gesicherten Risikofaktoren für eine Parodontalerkrankung dar. Dementsprechend groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Zuckerkrankte und Raucher an einer Parodontitis marginalis erkranken.

Dr. Laurisch: Einleitend frage ich bei meinen Patienten immer ganz allgemeine Faktoren ab. Die Risikofindung ist ja ein progredienter Prozess, der im Rahmen der Diagnostik Stück für Stück ein Gesamtbild ergibt. Geht es ins Detail bei einer parodontalen Befunderhebung, frage ich neben Diabetes mellitus und dem Rauchverhalten auch nach einem eventuell bestehenden erhöhten Endokarditisrisiko, nach Schwangerschaft, Infektionserkrankungen, Medikamenten, Drogenmissbrauch, Allergien, Osteopenie und allgemeinen Stressfaktoren.

Dr. Mehl: Diese Aufzählung kann um Immundefekterkrankungen (insbesondere HIV), Leukosen und chronische Autoimmunerkrankungen erweitert werden.

Welche therapeutische Konsequenz ziehen Sie, wenn einer der oben genannten Punkte zutrifft?

Dr. Folwaczny: Bei Zuckerkranken und starken Rauchern sollte man die Recallintervalle im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie enger staffeln und speziell bei den Diabetikern darauf achten, dass deren Zuckerverwerte konsequent lückenlos und richtig eingestellt sind. Gekoppelt mit einer guten Compliance lässt sich bei diesen Menschen das Parodontitis-Risiko auf das Niveau eines Gesunden senken. Bei Endokarditis-Patienten sollte eine antibiotische Prophylaxe vorgenommen werden, um einer bakteriellen Infektion des Endokards vorzubeugen.

Dr. Laurisch: Schwangere klären wir darüber auf, dass sie mit einer schweren Parodontitis marginalis eine Frühgeburt riskieren. Doch das Ankreuzen der oben genannten Faktoren zieht in unserer Praxis erst einmal keine direk-

ten Konsequenzen mit sich: Wir versuchen, im Rahmen der ersten Prophylaxe-Behandlung einen entzündungsfreien Zustand herzustellen. Kritisch werden die Punkte erst, wenn es zu oralchirurgischen Maßnahmen kommt. So kann eine knochenregenerierende OP für einen starken Raucher durchaus kontraindiziert sein. Auch erlebe ich Patienten, die blutdrucksenkende Mittel einnehmen, wo eine starke Proliferation der Gingiva einfach nicht in den Griff zu bekommen ist.

Laut der Kassen fängt eine Tasche bei drei Millimetern Sondierungstiefe an. Wo liegt Ihre Definitionsgrenze?

Dr. Laurisch: Die Behandlungsbedürftigkeit beginnt dann, wenn es aus der Tasche blutet („bleeding on probing“). Doch sollte man unterscheiden: Blutet es nur oberflächlich oder aus der Tiefe? Im Rahmen einer ersten initialen Präventionsbehandlung müsste eine oberflächliche Blutung bei entsprechender Compliance verschwinden. Wenn nicht, ist die der Einstieg in eine systematische Parodontaltherapie – egal, wie tief die Tasche ist.

Dr. Mehl: Bei einer Sondierungstiefe von drei Millimetern erreicht man den Grenzbereich zwischen physiologisch und pathologisch. An unserer Klinik beginnen wir ab einer Sondierungstiefe von vier Millimetern mit der Initialtherapie (Scaling und Rootplaning). Der Grund: Man weiß inzwischen, dass eine mechanische Wurzeloberflächenbearbeitung unter drei Millimetern eine Schädigung hervorruft und sich die Taschentiefen im Vergleich zur Kontrollgruppe anschließend schneller erhöhen. Damit liegt man für ein regelmäßiges Scaling ab vier Millimetern auf der sicheren Seite. Einschränkend werden natürlich auch an allen übrigen Zähnen die vorhandenen Beläge entfernt.

Inwieweit klären Sie Ihre Patienten über die Wechselwirkungen einer parodontalen Erkrankung mit systemischen Allgemeinerkrankungen auf?

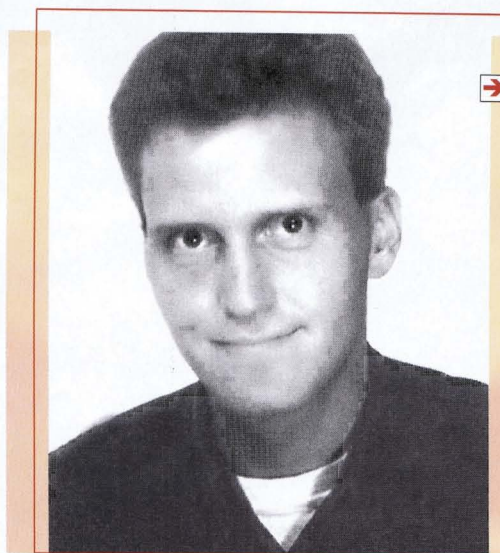
Dr. Laurisch: Es ist doch eine interessante Herausforderung für jeden niedergelassenen Zahnarzt, sein „Handwerker-Dasein“ in die Medizin ausweiten und hier Kompetenz zeigen zu können! Damit kommen wir als Zahnärzte weg von unserem mechanisch-lokalistischen Tun als „Mundwerkstätte“, hin zu somatischen Zusammenhängen. Wer meint, hier aus wirtschaftlichen Gründen Zeit sparen zu müssen, liegt falsch.

Dr. Folwaczny: Der Aufklärungsbedarf ist insbesondere für die Art von Erkrankung gegeben, wo eine Parodontitis marginalis unmittelbare Auswirkungen haben kann. Stichwort: Endokarditis bei Bestehen einer kardial prädisponierenden Erkrankung. Umgekehrt sollte man den Patienten auch darüber aufklären, dass seine Parodontitis systemische Erkrankungen verursachen kann. Hier ist die Arteriosklerose mit ihren Folgeerscheinungen wie koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt oder Schlaganfall zu nennen. Kurzum: Je früher der Patient seine Parodontitis marginalis behandeln lässt, desto geringer wird sein Parodontitis-assoziiertes Risiko für eine arteriosklerotische Folgeerkrankung.

Was umfasst für Sie ein parodontales Screening?

Dr. Mehl: Unser Standardinstrumentensatz besteht aus dem zahnärztlichen Grundinstrumentarium (Spiegel, Sonde, Pinzette),

hinzu kommt die Parodontalsonde, eine Furkationssonde und die 3A-Sonde zum Tasten von Konkrementen im subgingivalen Bereich. Für die parodontale Grunduntersuchung werden zunächst die Sondiertiefen an zwei Punkten pro Zahn genommen. Zusätzlich wird der Furkationsbefall beurteilt und schließlich werden als Kriterien noch die Anwesenheit von Zahnstein, oder insuffiziente



→ **OA Dr. Matthias Folwaczny**

Dr. Folwaczny studierte Medizin und Zahnmedizin und arbeitet seit 1995 an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Ludwig-Maximilians Universität München. Seine Forschungsschwerpunkte: Laser in der Zahnmedizin, immunologische Ursachen marginaler Parodontopathien, Wechselwirkungen marginaler Parodontopathien mit Allgemeinerkrankungen sowie die Therapie von Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen.

Füllungsänder hinzugezogen. In Unabhängigkeit von der Grunduntersuchung wird ggf. der eigentliche PA-Befund durchgeführt.

Dr. Laurisch: Solch eine komplexe Bestandsaufnahme führen wir in unserer Praxis nur dann durch, wenn ein konkreter Verdacht auf eine Parodontalerkrankung vorliegt. In diesem Zusammenhang prüfen wir auch Früh- bzw. Fehlkontakte, denn die funktionelle Ausgewogenheit muss sichergestellt sein.

Sollten molekularbiologische Tests eher die Ausnahme oder die Regel sein?

Dr. Mehl: Sie bleiben eher die Ausnahme und werden in Anlehnung an die Empfehlung der DGP bzw. der American Academy of Periodontology vor allem im Wesentlichen bei Patienten gemacht, bei denen die Verdachtsdiagnose einer refraktären bzw. aggressiven Parodontitis besteht sowie bei Fällen einer fortgeschrittenen aduktiven Parodontitis.

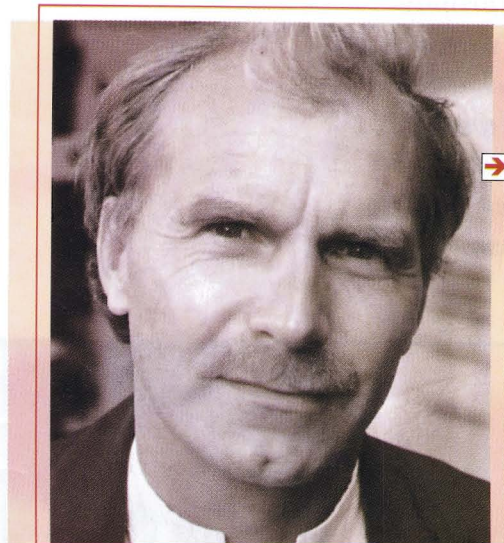
Kann durch Früherkennungstests beim bisher parodontal unauffälligen Patienten eine Prognose über dessen „Paro-Karriere“ gemacht werden?

Dr. Mehl: Früherkennungstests im Sinne einer zuverlässigen prognostischen Aussage sind bisher nicht möglich. Die in der Vergangenheit propagierten Tests zum Nachweis des Interleukin-1 β -Genotyps scheinen nicht zu halten, was sie versprechen und sind nur bei einer begrenzten Patientengruppe sinnvoll, wie z.B. bei Rauchern.

Dr. Laurisch: Und selbst wenn – für mich als niedergelassener Zahnarzt stellt sich dann die Frage, inwieweit diese Tests beim parodontal Gesunden Sinn machen. Wir sollten versuchen, die Risikofaktoren auszuschalten. Wer was verspricht, muss es auch halten! Dabei helfen uns mikrobiologische und genetische Tests, die aber erst Sinn machen, wenn sich trotz konventioneller Maßnahmen der Zustand nicht verbessert. Beispiel Gentest: Im Recall arbeiten wir sehr oft mit Chlorhexidin-haltigen Lacken, die gegen die parodontalpathogene Mischflora, nicht jedoch ge-

gen die Markerkeime wirken. Bei Therapieversagern bzw. stagnierendem Recall-erfolg muss man sich fragen: Arbeite ich mit dem richtigen Mittel gegen den richtigen Feind? Darüber gibt der DNS-Test Auskunft.

Furkationen, die der Patient mit einer speziellen Bürste reinigt, können 10 bis 15 Jahre im Mund verbleiben. Schwachstellen wie Karies im interradikulären Bereich kann man dadurch effektiv bekämpfen. Eine prognostische Bedeutung eines Furkationsbefalls



Dr. Lutz Laurisch:

Seine Praxis in Korschenbroich wurde 1994 zur Prophylaxepraxis des Jahres gekürt. Sein Know-how gibt der dynamische Zahnarzt in Form von Fachbüchern, eigenen Kursen und durch seine Referententätigkeit gerne an die Kollegen weiter. Sein Motto: „Wenn ich meinen Patienten etwas verspreche, dann muss ich auch alles dafür tun, um es zu halten.“

Beschreiben Sie bitte die richtungsweisen- den Behandlungskonsequenzen nach Auf- deckung verschiedener Keime!

Dr. Laurisch: Parodontale Mischflora heißt für mich: Scaling, Rootplaning, Chlorhexi- din-haltige Lacke oder Einsatz des Perio- chip. Markerkeime bedeuten: systemische oder lokale Antibiotikamaßnahme.

Dr. Folwaczny: Die Behandlungskonsequenzen sollte man nicht allein an der mikrobiologischen Diagnose festmachen, sondern am Gesamtbild, das sich aus klinischem und mikrobiologischem Befund ergibt. Für die Infektionen mit *Actinobacillus actinomycetemcomitans* ist bei einer aggressiven Parodontitis die unterstützende Therapie mit einer Kombination aus Amoxicillin und Metronidazol zu empfehlen. Grundsätzlich wird beim Nachweis von typischen parodontopathogenen Keimen (*P. gingivalis*, *B. forsythus* und *T. denticola*) die Behandlung mit Metronidazol bzw. Clindamycin als Therapie der Wahl angesehen.

Welche prognostische Bedeutung hat ein Furkationsbefall?

Dr. Laurisch: Erst einmal keine. Wir versuchen, die Furkation entweder zu schließen – bei einem dreiwurzeligen Zahn ist die Prognose einer GTR-Behandlung sicherlich schlechter als bei einem zweiwurzeligen – oder für den Patienten hygienisch zu öffnen. Damit kann auf Jahre hinaus ein stabiler Zustand erreicht werden. Freiliegende Bi-

kommt erst dann hinzu, wenn der Zahn mit Zahnersatz versehen werden soll. Hier muss man eine verkürzte Lebenszeit einkalkulieren.

Dr. Folwaczny: Für die Prognose eines Furkationsbefalls spielt die Lokalisation eine große Rolle. Grad 1 besitzt eine relativ günstige Prognose, Grad 2 zeigt für eine regenerative Therapie gute Erfolge nur an den Unterkiefer-Molaren von vestibulär und oral sowie an den Oberkiefer-Molaren von bukkal. Schlechter dagegen steht es bei Grad 2 an der mesopalatalen und distopalatalen Furkation im Oberkiefer. Unabhängig von der Lokalisation besitzt ein Grad 2-Furkationsbefall im Oberkiefer immer eine schlechtere Prognose als im Unterkiefer. Furkationsbefall Grad 3 besitzt eine schlechte Prognose, jedoch kann die Anatomie durch chirurgische Eingriffe so verbessert werden, dass die Entzündung dauerhaft eliminiert ist.

Beeinflusst die gewonnene Risikoeinschätzung, ob ein Scaling manuell oder per Ultraschall vorgenommen wird?

Dr. Laurisch: Nein, Hauptsache es ist sauber! Und dies wiederum hängt von den Präferenzen der ZMF oder Prophylaxehelferin ab.

Dr. Mehl: Das Risiko ist grundsätzlich unabhängig von der gewählten Therapieform.

Vielen Dank für das Gespräch! ◀

ANZEIGE

Manus
10/20/30

Ein Rotlichtlaser, der gut in der Hand liegt.



Hersteller: Pierenkemper

Allgemeine Indikationen

- Dermatologie: Ulcera cruris, Narben, Ekzeme, Akne, Herpes labialis
- Ohr- und Körperakupunktur
- Sportmedizin und Rheumatologie: Arthritis, Osteoarthritis, Tendinitis, Arthrose
- Dentalmedizin: Aphthen, Parodontitis, Gingivitis, Periodontitis

Technische Daten

Wellenlänge	635 nm / 675 nm
Ausgangsleistung	10 mW / 20 mW / 30 mW
Spannungsversorgung	4,8 V-NiCd-Akku
Stromaufnahme	55 mA / 75 mA / 85 mA
Max. Therapiezeit	120 min / 90 min / 70 min
Strahlendivergenz	0,6°
Laserklasse	3 B
Akku	110 mAh
Ladezeit	5 h

Z46 5-1 d

schwa-medico
Stark im Service

Prospektmaterial oder Ware fordern Sie einfach über unseren telefon. Bestellservice an:
Tel.: 0 64 43/83 33-1 10 · Fax 0 64 43/83 33-1 19

 <http://www.schwa-medico.de> 