

Privat-Dozent Dr. med. dent. Axel Spahr begann seinen Vortrag mit einer kurzen Wiederholung der Anatomie und der Funktion des Zahnhalteapparates. Er stellte fest, daß der Sulcus die Eintrittspforte für die Bakterien in das Parodontium darstellt. Noch vor allen anderen gingivalen Entzündungszeichen wie beispielsweise der Blutung, kann das Sulcusfluid durch vermehrtes Fließverhalten Aufschluss über einen bakteriellen Befall des Parodontiums geben. Spahr stellte heraus, daß eine bestehende Parodontitis, nur gestoppt werden kann, wenn genug Hintergrundwissen vorhanden ist, um diese genau zu spezifizieren!

Die "alte" Klassifizierung der Parodontitis in P. superficialis, P. profunda und P. media wurde 1999 durch eine neue Einteilung ersetzt. Wir unterscheiden seither acht verschiedene parodontale Krankheitsbilder, von denen Typ I, II und III am häufigsten auftreten. Die Unterschiede zwischen diesen drei Typen sind von großer Wichtigkeit und sollten daher sicher erkannt werden können.

Typ I der parodontalen Erkrankungen, die sog. "gingivale Erkrankung", wird in die beiden Hauptgruppen "Plaque-induzierte Gingivitis" und "Nicht-Plaque-induzierte Gingivitis" unterteilt. Bei beiden lassen sich in einem relativ kurzen Zeitraum gesunde parodontale Verhältnisse wiederherstellen. Die Gingivitis unterscheidet sich im wesentlichen dadurch von der Parodontitis, daß kein Alveolarknochen verloren geht.

Schwieriger ist Typ II, die "chronische Parodontitis", vom Typ III, der "aggressiven Parodontitis" zu unterscheiden. Hierzu müssen weitere diagnostische Mittel wie ein Röntgenbild oder mikrobiologische Tests herangezogen werden.

Die chronische PA ist in zwei Formen untergliedert. In der lokalisierten Form weisen weniger als 30% der Parodontien eine Taschentiefe von mehr als 5mm auf, in der generalisierten Form können über 30% der Parodontien über 5mm sondiert werden. Die chronische PA entwickelt sich langsam und wird demzufolge erst spät erkannt. Hier liegen im Unterschied zu Typ III Beläge vor, sowie supra- und subgingivaler Zahnstein bzw. Konkremente.

Die vorwiegend genetisch bedingte aggressive Parodontitis (Typ III), tritt bei gesunden Patienten unter 30 Lebensjahren auf. Es kommt zu einem schnellen Attachmentverlust, der Knochenrückgang innerhalb eines Jahres ist gravierend und besonders an den sogenannten Markerzähnen den 1ern und 6ern, zu beobachten. Dementsprechend erfolgen bei Verdacht auf Typ III regelmäßige Kontrollen dieser Zähne mit einem Röntgenbild und PSI-

Code.

Ebenfalls häufig tritt die Parodontitis als systemische Erkrankung Typ IV z.B. bei Patienten mit HIV, Leukämie oder Trisomie 21, die nekrotisierende Parodontitis Typ V ein rauchender HIV Patient mit emotionalem Stress und Fehlernährung der somit alle Faktoren diese Typs beinhaltet oder Typ VI - VIII Parodontalabzesse, Paro-Endo-Läsionen und die Parodontitis durch entwicklungsbedingte Störungen /Rezessionen auf.

Im weiteren Verlauf seines Vortrages ging PD Spahr auf die Therapieplanung ein. Er stellte die Fragen: geschlossene oder offene PA-Therapie, manuell oder maschinell? Was kann man erreichen und wo sind die Grenzen?

Bei Furkationen zeigt die maschinelle Reinigung bessere Ergebnisse. Seine Empfehlung lautete: Bei maschinellem Vorarbeiten und manuellem Nacharbeiten ist die höchste Präzision zu erwarten! Das therapeutische Ziel ist erreicht wenn der Zahn sauber ist (man das Wurzelzement am Zahn belässt, Taschen bis 4mm werden generell nicht kurrettiert!

In der geschlossenen Therapie können wir somit nachweislich eine Verringerung der Blutung von 90% auf 25- 30% erreichen, 15- 66% der Bakterien bleiben zurück, der Attachmentgewinn kann von ca. 0,5- 2mm betragen.

Die offene PA-Therapie sollte erst ab einer Taschentiefe von 6mm angestrebt werden, da eine PZR, sei sie manuell oder maschinell unterstützt, in diesem Krankheitsstadium langfristig belegbar nicht erfolgreich ist. Zudem sind bei einer aggressiven PA die verursachenden Bakterien wie der *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a.) durch Kürrettage nicht sicher zu bekämpfen ist.

Deshalb sind bei einer schweren chronischen PA oder V.a. Typ III zusätzliche mikrobiologische Tests sinnvoll. Damit kann das Keimspektrum genau ermittelt und ein geeignetes Antibiotikum ausgewählt werden.

Vorraussetzung ist die richtige Durchführung eines mikrobiologischen Tests am Patienten ist eine supragingivale Reinigung und die Trockenlegung des Sulcusbereiches. Damit nehmen die Papierspitzen tatsächlich nur Bakterien aus dem subgingivalen Bereich auf. Die bakterielle Einzelauswertung eines Zahnes mag zwar interessant sein, ist jedoch überflüssig da bei diesen Erkrankungen die Zähne insgesamt behandelt werden. Somit ist eine "gepoolte" Probe ausreichend.

Sollte dieser Test Bakterien wie den A.a. nachweisen ist die systemische Antibiotikavergabe zusätzlich zur Kürrettage unerlässlich! Der sogenannte Winkelhoff-Cocktail, eine Kombination aus Metronidazol und Amoxicillin (bei Penicillinallergikern Ciprofloxacin) ist nur beim Nachweis des A.a notwendig. Bei allen anderen Bakterienarten, wie P. g .,P. i. etc. ist nur ein einziges Medikament ausreichend. Die Aufklärung zur Einnahme von Antibiotika sollte sehr sorgfältig und gewissenhaft durchgeführt werden. Das betrifft unbedingt auch das medizinische Personal. Wichtige Punkte sind unter anderem Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten wie zum Beispiel der Pille: hier kann es zu Wirkungseinschränkungen in der Kontrazeption kommen (Schwangerschaft!) .

Die Kürrettage des Patienten erfolgt nach den Grundsätzen der Full-Mouth-Desinfection, was bedeutet:

- Alle Zähne werden in einem Zeitraum von 24 Stunden gereinigt, danach erfolgt das dreimalige Einbringen alle 3 Minuten eines hochdosierten CHX-Gels in die Taschen mit einer Wiederholung acht Tage später.
- Da Anaerobier auch auf der Zunge gedeihen, wird diese unmittelbar nach dem Scaling der Zähne mit einem Zungenschaber gereinigt und mittels H₂O₂ 3% gereinigt. Das Wasserstoffperoxid wird hierbei in der medianen Zungenfurche aufgeschäumt, danach wird die Zunge nochmals gründlich geschabt. Abschließend erfolgt das 3 minütige Einbürsten der Zunge mit CHX-Gel.
- Da Rachen und Tonsillen ebenfalls Bakterien beherbergen, werden diese zum Schluß der Behandlungssitzung mit einer 0,2% Sprühhlösung CHX eingestäubt.
- Dazu bekommt der Patient eine 0,2% Spüllösung eines CHX- Präparates zum Beispiel Chlorhexamed zur häuslichen Anwendung verordnet, mit der er zweimal täglich mindestens eine Minute spülen muss. Ganz wichtig: Aufklärung über die Nebenwirkungen wie Verfärbungen etc.!

In einige Praxen wird zusätzlich ein lokales Antibiotikum verabreicht, dieses ist, wenn überhaupt nur bei einer chronischen PA indiziert. Die Wirkung des Antibiotikums im Parodontium wird durch Resorption und Auswaschung herabgesetzt und ist deshalb umstritten. Die systemische Antibiotikagabe erfolgt erst nach der FMD. Um den Erfolg der Behandlung beurteilen zu können, wird 2-3 Wochen nach der FMD ein neuer mikrobiologischer Test durchgeführt.

Im letzten Kursdrittel gab PD Spahr einen kurzen Überblick über die operativen Behandlungstechniken in der Parodontitistherapie.

Zum Abschluß seines Vortrages betonte PD Spahr die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Zahnarzt, Hygienikerin und Patient ist, um die Parodontitis erfolgreich und dauerhaft stoppen zu können! Mit Ihrem Hintergrundwissen, Ihrer Aufmerksamkeit und Ihrem Einsatz für die Patienten sind die zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen in modernen Zahnarztpraxen unverzichtbar und zu eine großen Stütze in der sorgfältigen Behandlung der Patienten geworden.

Fazit: PD Spahr überzeugte mit einer lebhaften und ganz auf die Belange der Mitarbeiterinnen zugeschnittenen Präsentation. Die Veranstaltung war mit 120 Teilnehmerinnen ausgebucht, darüberhinaus lag eine ebenso lange Warteliste vor.