

THERAPIE

Neue Leitlinie zur Parodontitistherapie auf höchstem wissenschaftlichem Niveau

Die S3-Leitlinie zur Behandlung von Parodontitiden der Stadien I bis III soll die Behandlungsqualität in ganz Europa verbessern. Die Entwicklung stand unter der Schirmherrschaft der Europäischen Föderation für Parodontologie (EFP). Auch viele deutsche Experten waren an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt.

Original-Publikation für jedermann zugänglich

Wissenschaftler haben auf Basis von 15 aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten insgesamt 62 Behandlungsempfehlungen erstellt, die Behandlern die Therapieentscheidung in unterschiedlichen Phasen einer Parodontitistherapie erleichtern soll. Die Leitlinie ist in einer Sonderausgabe des „Journal of Clinical Periodontology“ im Juli 2020 erschienen und dort im Original nachzulesen (Open Access, siehe Quelle).

Leitlinie enthält
insgesamt
62 Therapie-
empfehlungen

Die Leitlinienautoren gliedern die Parodontitistherapie in vier Phasen

- Schritt 1: Initial- oder Hygienephase
- Schritt 2: Subgingivales, mechanisches Debridement (nicht chirurgisches Vorgehen)
- Schritt 3: Zusätzliche Maßnahmen an Stellen, die nicht auf Therapieschritt 2 angesprochen haben, zum Beispiel Furkationsbefall, tiefe Resttaschen – chirurgisch-resektive und -regenerative Therapien
- Schritt 4: Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)

Im Folgenden finden Sie einen Auszug der wichtigsten klinischen Empfehlungen der Leitlinie.

Schritt 1: Initial- oder Hygienephase

Supragingivale Biofilmkontrolle durch den Patienten

- Mindestens zwei Minuten Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta mit einer Hand- oder elektrischen Zahnbürste nach detaillierter Instruktion der Bürsttechnik
- Interdentalraumhygiene mit Zwischenraumbürsten

Häusliche
Mundpflege

Supragingivale professionelle Biofilmkontrolle durch den Zahnarzt

- Professionelle mechanische Plaqueentfernung
- Kontrolle bzw. Beseitigung von Retentionsfaktoren

PZR

Risikofaktorkontrolle: Rauchen und Diabetes

- Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
- Diabetes-Kontrolle

Risikofaktoren

Schritt 2: Subgingivales mechanisches Debridement

Subgingivaler Biofilm und Konkremente sollten mit Handinstrumenten oder einer Kombination aus Hand- und Schall-/Ultraschallinstrumenten entfernt werden. Ausdrücklich **nicht (!)** empfohlen als Ergänzung zur subgingivalen Instrumentierung werden:

- Lokale Verabreichung von Statin-Gelen (Atorvastatin, Simvastatin, Rosuvastatin) oder Metformin-Gel,
- Lokale Gabe von Bisphosphonat-Gelen oder systemische Bisphosphonate,
- Gabe systemischer oder lokaler nicht steroidaler, entzündungshemmender Medikamente (NSAIDs) oder
- Routinemäßige Anwendung systemischer Antibiotika.

Schritt 3 bei Nichtansprechen auf Therapieschritt 2

Verbleiben nach Schritt 2 tiefe Parodontaltaschen (≥ 6 mm) oder solche > 4 mm, die bei Sondierung bluten, empfehlen die Leitlinienautoren, die subgingivale Instrumentierung zu wiederholen und ggf. mit einer Lappenoperation und resektiven oder regenerativen parodontalchirurgischen Maßnahmen zu kombinieren. Jegliche Parodontalchirurgie einschließlich Implantatchirurgie sollte nur bei Patienten mit adäquater Mundhygiene erfolgen.

Resttaschen ≥ 6 mm: subgingivale Instrumentierung unter Sicht (Zugangslappen)

- Zahnärzte sollten für chirurgische Behandlungen eine zusätzliche, spezifische Ausbildung haben bzw. Spezialisten sein, andernfalls sollten sie den Patienten besser überweisen. Falls eine Überweisung nicht möglich ist, besteht die Mindestversorgung solcher Resttaschen aus dem wiederholten subgingivalen Scaling mit Wurzelreinigung.
- Verbliebene Zahnfleischtaschen mit intraossären Defekten ≥ 3 mm regenerativ behandeln (Membranen, Schmelzmatrixderivate, Knochen transplantaten)

Furkationsbeteiligung Klasse II und III

Eine Furkationsbeteiligung ist kein Grund für eine Extraktion des Zahnes. Vielmehr sollten solche Zähne mit Furkationsbeteiligung der Klassen II und III und Resttaschen eine Parodontaltherapie erhalten.

- Furkationsbeteiligung Klasse II und Resttaschen an UK-Molaren und bukkal an OK-Molaren sollten eine regenerative Therapie erhalten
 - mit Schmelzmatrixderivaten allein oder in Kombination mit Knochen transplantaten mit oder ohne resorbierbare Membranen.

MERKE |

- Ein Flowchart zur regenerativen Therapie intraossärer Defekte und Resttaschen finden Sie online unter www.de/s4165, Abschnitt 7.5 (Intervention: Management of intrabony defects), Abb. 1.
- Ein Flowchart zur parodontalen Chirurgie an Molaren mit Furkationsbeteiligung (Klassen II und III) und Resttaschen finden Sie online unter www.de/s4165, Abschnitt 7.6 (Intervention: Management of furcation lesions), Abb. 2

Nicht zur Ergänzung des subgingivalen Debridements empfohlen

Chirurgische Maßnahmen nur bei adäquater Mundhygiene



IHR PLUS IM NETZ
www.de/s4165
Flowcharts online

Therapieadhärenz ist
entscheidend

IHR PLUS IM NETZ
Volltext online



Schritt 4: Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)

Eine Adhärenz des Patienten bzgl. der UPT ist entscheidend für die langfristige parodontale Stabilität. Die Leitlinienautoren empfehlen für die UPT:

- Recallintervall 3 bis maximal 12 Monate mit routinemäßiger, professioneller, mechanischer Plaqueentfernung, je nach Risikoprofil des Patienten und Verlauf der Parodontalerkrankung
- Mundhygieneinstruktion und -motivation, einschließlich der Interdentalreinigung zur Entzündungskontrolle
- Bzgl. der Beschaffenheit von Handzahnbürsten, elektrischen Zahnbürsten und Interdentalbürsten sollte auf die Bedürfnisse und Vorlieben der Patienten eingegangen werden. Wenn es anatomisch möglich ist, sollte immer mit Interdentalraumbürsten gereinigt werden. Zahnseide ist nicht die erste Wahl.
- Bei Mundspülungen empfehlen die Leitlinienautoren Produkte, die Chlorhexidin, ätherische Öle oder Cetylpyridiniumchlorid enthalten, zur Kontrolle einer Gingivitis anzuwenden.
- Risikofaktorkontrolle (Rauchen, Diabetes)

QUELLE

- Mariano Sanz, David Herrera, Moritz Kepschull, Iain Chapple, Søren Jepsen, Tord Beglundh, Anton Sculean, Maurizio S. Tonetti on behalf of the EFP Workshop Participants and Methodological Consultants: Treatment of stage I-III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. Volume 47, Issue S22, July 2020, Pages 4-60. doi: [10.1111/jcpe.13290](https://doi.org/10.1111/jcpe.13290)

KOMPLIKATIONEN

Periimplantitis aufgrund von Titanpartikeln im umliegenden Gewebe?

| In Deutschland setzen Zahnärzte rund 1,3 Mio. Implantate jährlich. Damit steigt auch die Zahl möglicher Komplikationen wie z. B. einer Periimplantitis. Diese Entzündung der Weichgewebe um ein Implantat mit fortschreitenden Abbau des angrenzenden Knochens kann bereits zwei bis drei Jahre nach der Implantation beginnen. Es mehren sich Hinweise, dass Titanpartikel, die im Zuge der Implantation in das umliegende Gewebe abgegeben werden, Entzündungsreaktionen auslösen können. |

Risikofaktoren für eine Periimplantitis

Die „klassischen“ Risikofaktoren einer Periimplantitis sind eine schwere Parodontitis in der Vorgeschichte, unzureichende Mundhygiene, Nichteinhaltung regelmäßiger Recalltermine im Sinne einer Erhaltungstherapie und das Rauchen. Reste von Zement oder Abformmaterial im Periimplantatsulkus können eine Fremdkörperreaktion auslösen und zu einer Periimplantitis führen, wie Albrektsson et al. 2016 in ihrer Studie zeigten (sämtliche genannten Quellen in den weiterführenden Hinweisen am Ende des Beitrags).

Fremdkörperreaktion
als eine Ursache
einer Periimplantitis