

Die Unterstützende Parodontaltherapie

Auf das richtige Timing kommt es an

Ein Beitrag von Dr. Wolfgang M. Zimmer, München

Die Unterstützende Parodontaltherapie (UPT), auch parodontale Nachsorge genannt, ist ein unverzichtbarer Teil der parodontalen Behandlung. Sie folgt auf die aktive Parodontitis- oder Peri-implantitistherapie, um deren Behandlungserfolg langfristig zu erhalten. Dass die UPT wirkt, zeigen zahlreiche wissenschaftliche Studien, und dass sie notwendig ist, wird inzwischen allgemein anerkannt. Einige Unklarheit besteht jedoch darüber, wie häufig die UPT erfolgen sollte. Ein einheitliches, für alle Patienten passendes Nachsorgeintervall gibt es nicht, denn die parodontale Zerstörung und die Abwehrlage des einzelnen Patienten können sehr unterschiedlich sein. Zu diesem Ergebnis gelangen auch umfangreiche Metaanalysen [1]. Auch weitere Einflussfaktoren wie Allgemeinerkrankungen oder Rauchen sind von Patient zu Patient verschieden. Es existieren jedoch zahlreiche Erkenntnisse bezüglich bestimmter UPT-Intervalle. Die Ergebnisse qualitativ hochwertiger wissenschaftlicher Studien erlauben wichtige Schlussfolgerungen für das richtige Timing des parodontalen Recalls. Ziel dieses Beitrags ist es, aus den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen ableitbare Empfehlungen für angemessene Nachsorgeintervalle nach einer Parodontitistherapie aufzuzeigen. Diese Intervalle haben sich in den vergangenen 25 Jahren im Recallprogramm der parodontologischen Fachpraxis des Autors bewährt.

Parodontitis marginalis ist eine chronisch-entzündliche parodontale Erkrankung, die von Bakterien eines dysbiotischen Plaque-Biofilms ausgelöst wird. Klinisch ist die parodontale Entzündung als Rötung und Schwellung der marginalen Gingiva feststellbar. Beim Sondieren des gingivalen Sulkus tritt bei Sondiertiefen größer als drei Millimeter Blutungen auf (Abb. 1). Bei der bakteriellen Infektion werden bindegewebiges parodontales Attachment zerstört und alveolärer Knochen abgebaut. Mit fortschreitender Zerstörung lockern sich die erkrankten Zähne zunehmend und können ohne angemessene Behandlung letztlich verloren gehen [2].

Parodontitisbehandlung

Ziel der Parodontitistherapie ist es, die bakterielle Infektion zu eliminieren, so dass die fortschreitende parodontale Zerstörung gestoppt wird. Die primär mechanische Behandlung zerstört den dysbiotischen subgingivalen Plaque-Biofilm und entfernt die pathogenen Bakterien weitestmöglich aus den Zahnfleischtaschen. Als Folge etabliert sich wieder ein mit Gesundheit assoziierter subgingivaler Biofilm und die bakterielle Infektion heilt ab. Wenn die Entzündung der Gingiva und Taschen verschwindet und sich die Zahnfleischtaschen reduzieren oder sogar völlig schließen, sind dies sichtbare Anzeichen eines Behandlungserfolgs. Gelockerte Zähne festigen sich in vielen Fällen deutlich. Oberstes Erfolgskriterium der Parodontitistherapie ist, dass die Zähne erhalten bleiben und ihre physiologische Funktion weiter erfüllen können.

Erhöhtes Parodontitisrisiko bleibt bestehen

Parodontitispatienten bleiben jedoch auch nach erfolgreicher Therapie verstärkt anfällig für eine Parodontitis. Insbesondere die Anfälligkeit für eine schwere Parodontitis ist wohl genetisch determiniert und bleibt zeitlebens bestehen. Auch stellen Resttaschen oder Knochendefekte in den Furkationen weiterhin Bakterien-schlupfwinkel dar (Abb. 2). Nicht zuletzt

sind pathogene Bakterien, zumindest in geringem Umfang, Teil des normalen, gesunden Mikrobioms. Ihr Vorhandensein ist eine entscheidende Voraussetzung für eine erneute Dysbiose. Wegen des erhöhten Parodontitisrisikos benötigen alle ehemaligen Parodontitispatienten eine Unterstützende Parodontaltherapie. Nur mit ihr lässt sich eine erneute Parodontitis vermeiden [3].

Notwendigkeit und Häufigkeit der Parodontitisnachsorge

Zahlreiche wissenschaftliche Studien wurden in parodontologischen Praxen und Klinikabteilungen durchgeführt, um zu ergründen, ob und inwieweit ein parodontales Recall notwendig ist. Eine Langzeitstudie untersuchte 44 Parodontitispatienten, die in einer parodontologischen Fachpraxis in den USA behandelt worden waren und die die anschließende parodontale Nachsorge jedoch nicht wahrgenommen hatten. Bei diesen Patienten wurde fünf Jahre postoperativ ein erneuter Attachmentverlust sowie ein weiterer Knochenabbau festgestellt. Im Durchschnitt verlor ein Patient 0,22 Zähne jährlich. Im Gegensatz dazu hatten vergleichbare Parodontitispatienten mit parodontaler Nachsorge stabile Sondiertiefen und Knochenniveaus. Der Zahnverlust war bei ihnen nur halb so groß und betrug nach fünf Jahren durchschnittlich 0,11 Zähne pro Jahr und Patient. Das Resümee der Autoren lautete: „Eine Parodontitisbehandlung ohne Nachsorge hat für die Wiederherstellung der parodontalen Gesundheit wenig Wert.“ [4].

In einer anderen Langzeitstudie mit 90 Parodontitispatienten an der Universitätszahnklinik in Göteborg/Schweden wurden zwei Drittel der zuvor behandelten Patienten in der parodontologischen Abteilung alle zwei bis drei Monate stringent nachgesorgt. Die restlichen Patienten erhielten keine systematische Nachsorge und wurden mit der Maßgabe, sie „so weit als nötig“ nachzusorgen, zum überweisenden Zahnarzt zurücküberwiesen. Nachuntersuchungen nach drei und sechs Jahren zeigten bei den Patienten ohne



Abb. 1 Parodontitis marginalis mit blutender Zahnfleischtasche am Zahn 11



Abb. 2 Ein Knochenabbau in Furkationen bedingt ein erhöhtes Risiko für eine erneute Parodontitis.

systematische Nachsorge Anzeichen von rezidivierender Parodontitis. Im Gegensatz dazu ermöglichten die sorgfältige Nachsorge alle zwei bis drei Monate und eine exzellente Mundhygiene den Attachmentlevel der anderen Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum zu erhalten [5].

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte eine dritte, achtjährige Langzeitstudie zur Parodontitisnachsorge an der Universitätszahnklinik in Ann Arbor/USA. 78 Patienten wurden nach der Parodontistherapie in einem dreimonatlichen,

stringenten Recallprogramm nachgesorgt und jährlich nachuntersucht. Mithilfe der Nachsorge konnten die ein Jahr postoperativ erreichten reduzierten Taschentiefen und der verbesserte Attachmentlevel während der folgenden sieben Jahre nahezu unverändert erhalten werden [6].

Diese Langzeitstudien erlauben wichtige Schlussfolgerungen für die tägliche Praxis. Um den Behandlungserfolg zu erhalten, brauchen Patienten im Anschluss an eine erfolgreiche Parodontistherapie eine parodontale Nachsorge. Mit einem sorgfältigen Recall alle zwei bis drei

Monate lassen sich die parodontalen Gewebe langfristig gesund halten.

Es stellt sich nun die Frage, ob auch weniger häufige Recalltermine ausreichen würden, um die parodontalen Gewebe weiter gesund zu erhalten. Auch dazu existieren wissenschaftliche Erkenntnisse. Eine Studie untersuchte, ob sich die parodontale Gesundheit nach einer Parodontitistherapie mit einer unregelmäßigen „traditionellen“ Prophylaxe alle 9 bis 18 Monate langfristig erhalten lässt. Es zeigte sich, dass eine unregelmäßige Nachsorge innerhalb von fünf Jahren bei fast jedem zweiten Patienten zu einem Parodontitisrezidiv führte [7]. Eine andere Untersuchung zur Nachsorge bei Gingivitispatienten ohne Attachmentverlust ergab, dass ein Recall alle sechs Monate die parodontale Gesundheit erhalten und eine erneute Gingivitis vermeiden konnte [8].

Diese und weitere wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass kein einheitliches Nachsorgeintervall für alle Patienten existiert. Die Ergebnisse der großen Mehrheit der wissenschaftlichen Studien legen bei Parodontitispatienten Nachsorgeintervalle von weniger als alle sechs Monate nahe. Ob die Unterstützende Parodontaltherapie bei einem Patienten alle drei Monate oder sogar öfter erfolgen sollte, oder ob ein viermonatiges Nachsorgeintervall ausreicht, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Wichtig sind unter anderem lokale und medizinische

Risikofaktoren, wie das beim World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions im Jahr 2017 erarbeitete System zur Klassifizierung parodontaler und periimplantärer Erkrankungen bestätigt. Dessen Stadien und Grade reflektieren den Umfang der parodontalen Zerstörung, das Fortschreiten der Parodontitis sowie weitere Risikofaktoren [9].

Risikofaktoren für eine schwere Parodontitis

Für eine Parodontitis existieren zahlreiche bekannte oder mutmaßliche Risikofaktoren, von denen nachfolgend einige der wesentlichsten und für die Praxis relevantesten besprochen werden sollen.

Ein erhöhtes Risiko für eine erneute schwere Parodontitis besteht, wenn die parodontalen Gewebe über mehr als die Hälfte der Zahnlänge beziehungsweise über das koronale Wurzeldrittel hinaus geschädigt sind oder kraterförmige Knochendefekte vorliegen. Furkationsdefekte der Grade II oder III sowie ein parodontaler Zahnverlust signalisieren ebenfalls ein starkes zukünftiges Parodontitisrisiko sowie ein erhöhtes Risiko für weiteren Zahnverlust (vgl. Abb. 2). Zu den systemischen Risikofaktoren zählt eine genetische Disposition für schwere Parodontitis, so etwa bei schwerer Parodontitis junger Erwachsener oder bei bestehendem Interleukin-1-Polymorphismus.

Rauchen – insbesondere starkes und langjähriges Zigarettenrauchen – ist ein weiterer starker Risikofaktor für eine schwere Parodontitis. Je stärker der Patient raucht, desto negativer ist der Effekt [10] (Abb. 3). Auch Fettleibigkeit und Dysstress stellen systemische Risikofaktoren dar. Ähnlich wie Rauchen fördern sie systemische Entzündungen und können bakterielle Dysbiosen auslösen.

Ein weiterer bedeutsamer systemischer Risikofaktor ist Diabetes mellitus. Patienten mit Diabetes mellitus haben ein dreifach höheres Parodontitisrisiko, wobei mit zunehmendem Hyperglykämiegrad auch der Schweregrad der Parodontitis proportional ansteigt (Abb. 4). Es besteht eine dergestaltige Zwei-Wege-Beziehung zwischen Diabetes und Parodontitis, dass Diabetes das Parodontitisrisiko erhöht und Parodontitis das Diabetesrisiko. Die Behandlung der Parodontitis reduziert zugleich den Schweregrad des Diabetes [11].

Auch das Nichteinhalten der regelmäßigen Recallintervalle erhöht das Risiko für eine erneute Parodontitis und weiteren Zahnverlust [12].

Nachsorgeintervalle für die Unterstützende Parodontaltherapie

In Anlehnung an die neue Parodontitis-klassifizierung und die wissenschaftliche Literatur wird das folgende Timing für die UPT empfohlen:



Abb. 3 Rauchen ist ein starker Risikofaktor für eine erneute Parodontitis.



Abb. 4 Hohe Blutzuckerwerte und ein schlecht kontrollierter Diabetes verstärken das Risiko für eine erneute Parodontitis.

Timing I

Patienten mit Gingivitis oder beginnender Parodontitis entsprechend dem Parodontitis-Stadium I des World Workshop 2017 (WW 2017) mit niedriger Progressionsrate ohne weitere Risikofaktoren benötigen weniger häufige Nachsorgeintervalle. Eine UPT alle sechs Monate ist angemessen.

Timing II

Patienten mit mäßiger Parodontitis entsprechend dem Parodontitis-Stadium II des WW 2017 mit Taschentiefen bis 5 mm und eher niedriger Parodontitisprogression ohne nennenswerte Risikofaktoren sowie ohne parodontalen Zahnverlust mit guter Mundhygiene und zuverlässiger Einhaltung der Recallintervalle benötigen mittelhäufige Nachsorgeintervalle zwischen vier und sechs Monaten.

Bei nur wenigen approximalen Taschen ohne nennenswerte Furkationsbeteiligung reicht eine UPT alle sechs Monate wohl aus. Wenn dagegen zahlreiche mitteltiefe Taschen therapiert wurden oder die Taschen deutlich in die Furkationen hineinreichten, sind Recallintervalle von vier Monaten angemessen. Ein Recall alle vier Monate ist besonders dann vonnöten, wenn vermehrt Kronen mit subgingivalen Kronenrändern oder sonstige deutliche Plaqueretentionsstellen bestehen, bei mäßiger häuslicher Mundpflege oder wenn der Patient das Recall nicht zuverlässig einhält.

Timing III

Patienten mit fortgeschrittener Parodontitis entsprechend dem Parodontitis-Stadium III des WW 2017 mit parodontaler Zerstörung über das obere Wurzeldrittel und/oder Taschen in den Furkationen oder kraterförmigen Knochendefekten, die zudem oftmals weitere Risikofaktoren aufweisen, benötigen eine UPT mit Intervallen von drei Monaten.

Timing IV

Patienten entsprechend dem Parodontitis-Stadium IV des WW 2017 mit fortgeschrittener Parodontitis, die zusätzlich mehr als fünf Zähne aus parodontalen



Abb. 5 Mukositis am Implantat in regio 11

Gründen verloren haben, deren Kaufunktion eingeschränkt ist und die häufig weitere Risikofaktoren aufweisen, benötigen eine häufige bis sehr häufige UPT mit Intervallen von drei oder sogar zweieinhalb bis zwei Monaten.

Zur Nachsorge von Implantaten existieren keine systematischen Langzeitstudien, die mit denen bei Zähnen vergleichbar sind. Implantatmukositis und Periimplantitis treten jedoch häufig auf (Abb. 5). Eine umfangreiche systematische Reviewstudie und Metaanalyse stellte bei 63 Prozent der Patienten eine Implantatmukositis fest, von der mehr als 30 Prozent der Implantate betroffen waren. Nahezu 20 Prozent der Patienten litten an einer Periimplantitis, von der circa 10 Prozent der Implantate betroffen waren [13]. Außerdem schreitet der Knochenabbau bei Periimplantitis meist rascher fort als bei Parodontitis. Deshalb sollte die Häufigkeit der Implantatnachsorge mindestens derjenigen von Zähnen entsprechen. Wenn also ein Implantat einen Zahn ersetzt, der aufgrund von schwerer Parodontitis verloren ging, sollte das Recallintervall drei Monate betragen. Falls die Implantation nicht aus parodontalen Gründen erfolgte, reicht wohl eine UPT alle vier bis maximal sechs Monate aus. Bei den Intervallen der Implantatnachsorge sind außerdem

lokale und systemische Risikofaktoren zu berücksichtigen [13]. So treten Mukositis und Periimplantitis bei Rauchern deutlich häufiger auf als bei Nichtrauchern [14].

Fazit

Das beschriebene Timing hat sich in der Praxis des Autors bei der Planung und Durchführung der Unterstützenden Parodontaltherapie für Zähne und Implantate bewährt. Regelmäßige parodontale Kontrolluntersuchungen bieten zudem ein wichtiges Feedback. Sie zeigen, ob das gewählte Timing für den betreffenden Patienten passt und beibehalten werden kann, oder ob es verändert werden sollte.

Bei langfristig stabiler parodontaler Gesundheit über mehrere Jahre kann das Recallintervall graduell verlängert werden. Um sicherzustellen, dass Patienten die notwendige UPT zuverlässig wahrnehmen, hat es sich als vorteilhaft erwiesen, wenn der nächste Nachsorgetermin fest vereinbart wird, bevor der Patient die Praxis nach dem Recalltermin wieder verlässt.

Korrespondenzadresse:
Dr. Wolfgang M. Zimmer
Fachpraxis für Parodontologie
Nibelungenstraße 84, 80639 München
info@dr-wm-zimmer.de

Literatur beim Verfasser