

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



© Zahnklinik SFU

## MEHR SYSTEMATIK IN DER PARODONTOLOGIE DIAGNOSTIK – BEHANDLUNG – ERHALTUNG

ÖGZMK

**Univ.-Prof. Dr. Hady Haririan, PhD, MSc**  
Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie  
Leiter Parodontologie, Zahnklinik der Sigmund Freud PrivatUniversität  
Freudplatz 3/2  
1020 Wien  
hady.haririan@med.sfu.ac.at

**AM DIESJÄHRIGEN ÖSTERREICHISCHEN ZAHNÄRZTEKONGRESS VOM 16.-18.9. WIRD ES EINE SCHWERPUNKTVORTRAGSREIHE IN PARODONTOLOGIE GEBEN. PROF. ANTON SCULEAN WIRD DIE NEUE KLASSIFIKATION DER PARODONTALEN ERKRANKUNGEN ERLÄUTERN, PROF. JOHANNES EINWAG EINEN ÜBERBLICK ÜBER DIE AKTUELLEN BEHANDLUNGSRICHTLINIEN KONSERVATIVER PARODONTITISTHERAPIE GEBEN UND PROF. HADY HARIRIAN SCHLIESSLICH ÜBER CHIRURGISCHE PARODONTITISTHERAPIE REFERIEREN. DABEI STEHT DAS EVIDENZBASIERTE VORGEHEN IM VORDERGRUND.**

Mit Einführung der neuen Klassifikation bei dem gemeinsamen Workshop der European Federation of Periodontology und der American Academy of Periodontology 2017 wurden neue Maßstäbe in der Parodontologie gesetzt.

Einteilungen in chronische und aggressive Parodontitiden sind verschwunden, da sie sich nicht wesentlich in der Behandlung unterscheiden, parodontale Gesundheit klarer definiert und schließlich wurden auch periimplantäre gesunde und kranke Zustände in die Klassifikation mitaufgenommen. Für Parodontitis wurde auf eine Einteilung auf Stadien und Grade ähnlich eines Tumorstaging und -gradings zurückgegriffen um den Schweregrad und die Progression der Erkrankung besser sichtbar zu machen. Auf Basis dieser neuen Einteilung ließen sich nun S3-Richtlinien für die konservative und chirurgische Parodontitistherapie für Stadium I-III erstellen (siehe auch ÖGZMK Newsletter 01/21).

Die Parodontitistherapie (Stadium I-III) erfolgt dabei schrittweise und verfolgt mehrere Ziele.

Nach konservativer Parodontitistherapie findet eine erste Evaluierung statt, ob weiterführenden Maßnahmen notwendig sind oder ob die Patient\*innen bereits in eine unterstützende parodontale Therapie (UPT) aufgenommen werden können. Hier hat sich gerade bei Patient\*innen mit Implantaten gezeigt, dass eine regelmäßige Nachsorge im Sinne einer UPT die Entwicklung einer Periimplantitis verhindern kann. So entwickelten beispielsweise in einer Untersuchung von Costa et al. 2012 43 % der Patient\*innen mit periimplantärer Mukositis ohne UPT und nur 18 % der Patient\*innen mit regelmäßiger UPT eine Periimplantitis.

Der evidenzbasierte Zugang zu allen Schritten der Parodontitistherapie wird am Samstag, 18.9.21, zwischen 9.00-10.30 vorgestellt werden.

# stomatologi[e]

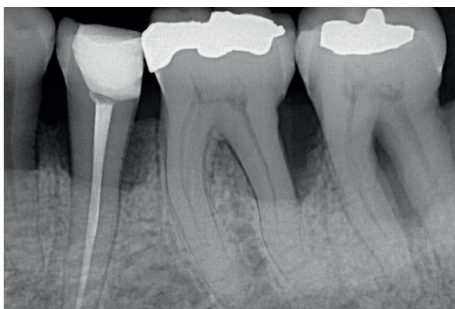
der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

Schritte	Ziel	Empfehlung
<b>Schritt 1 – Vorbereitung</b>	Anleitung zur Verhaltensänderung durch Motivation der Patient*innen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Erfolgreiche Entfernung des supragingivalen dentalen Biofilms</li><li>• Kontrolle der Risikofaktoren</li></ul>	Mundhygiene ist entscheidend in allen Schritten der Behandlung und wird mittels Einbeziehung der Patient*innen durch Verhaltensänderungen erreicht. Teil des ersten Therapieschritts ist die Kontrolle von Risikofaktoren. Interventionen zur Raucherentwöhnung und Diabetes-Kontrolle sollten durchgeführt werden. Die professionelle mechanische Plaqueentfernung und die Kontrolle der plaqueretentiven Faktoren ist ein grundlegender Bestandteil des ersten Therapieschritts.
<b>Schritt 2 – Konservative Parodontitistherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontrolle (Reduktion/Elimination) des subgingivalen Biofilms und Konkrements (subgingivale Instrumentierung)</li><li>• Die subgingivale Instrumentierung kann durch folgende Maßnahmen ergänzt werden: physikalische oder chemische Mittel, wirtsmodulierende Mittel (lokal oder systemisch), topische antimikrobielle Substanzen, subgingival lokal verabreichte oder systemische Antibiotika.</li><li>• Dieser Schritt sollte bei allen Parodontitis-Patient*innen durchgeführt werden, unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung, und dieser sollte nach einer angemessenen Heilungsphase neu bewertet werden.</li></ul>	Die subgingivale Instrumentierung wird empfohlen, um Krankheitsindikatoren wie Sondierungstiefen, gingivale Entzündungen und die Anzahl der erkrankten Stellen zu reduzieren. Die subgingivale Parodontalinstrumentierung sollte mit Hand- oder elektrischen (Schall/Ultraschall) Instrumenten durchgeführt werden, entweder allein oder in Kombination. Es macht keinen Unterschied, ob eine subgingivale parodontale Instrumentierung mit traditioneller quadrantenweiser oder vollmundiger Applikation innerhalb von 24 Stunden durchgeführt wird.
<b>Reevaluation</b>	Keine parodontalen Taschen >4 mm mit Blutung auf Sondieren oder tiefe Taschen [≥6 mm]	Wenn durch die Behandlung ein stabiler Zustand erreicht wird, definiert durch gingivale Gesundheit auf einem reduzierten Parodontium (Blutung auf Sondierung in < 10% der Stellen; geringe Sondierungstiefen von 4 mm oder weniger und keine Stellen >4 mm mit Blutung auf Sondieren), sollten diese Patient*innen in eine unterstützende Parodontale Therapie (UPT) aufgenommen werden.

# stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

Schritte	Ziel	Empfehlung
<b>Schritt 3 – Weiterführende Therapiemaßnahmen</b>	<p>Behandlung der Stellen, die nicht ausreichend auf den zweiten Therapieschritt ansprechen, mit dem Ziel, Zugang zu tiefen Taschen zu erhalten, oder mit dem Ziel, die Läsionen zu regenerieren oder zu resezie- ren, die das Management der Parodontitis komplexer machen (infraossäre und Furkationsläsionen).</p> <p>Wenn bei der Reevaluation immer noch parodontale Taschen &gt;4 mm mit Blutung auf Sondieren und/oder tiefe Taschen [<math>\geq 6</math> mm] vorhanden sind, können verschiedene Optionen für Schritt 3 in Betracht gezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wiederholte subgingivale Instrumentierung mit oder ohne begleitende Therapien.</li><li>• Access Flap</li><li>• Resektive Lappenparodontalchirurgie</li><li>• Furkationstherapie</li><li>• Regenerative Parodontalchirurgie</li></ul>	<p><b>Resektive Parodontalchirurgie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei Vorhandensein von tiefen Resttaschen (PPD <math>\geq 6</math> mm) sollte eine Zugangslappenoperation durchgeführt werden.</li><li>• Eine resektive Parodontalchirurgie wird empfohlen, eine Verstärkung der Gingivarezession ist jedoch möglich.</li></ul> <p><b>Regenerative Parodontalchirurgie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zähne mit verbleibenden tiefen Taschen, die mit intraossären Defekten von 3 mm oder tiefer verbunden sind, sollten durch regenerative Parodontalchirurgie behandelt werden.</li><li>• Bei der Regeneration sollten entweder Barriere-membranen oder Schmelzmatrixderivate mit oder ohne Zugabe von Knochentransplan- taten verwendet werden.</li><li>• Papillenerhaltende Lappen sollten verwendet werden</li></ul>
<b>Schritt 4 – Erhaltungstherapie</b>	Langfristiger Erhalt parodontaler Stabilität	regelmäßige unterstützende Parodontaltherapie (UPT)



Grenzen konservativer Parodontitisbehandlung – in jenem Fall werden Schritt 1-4 zur Anwendung kommen.

#### Referenzen:

Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LO, Ferreira SD, Silva GL, Costa JE. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. J Clin Periodontol. 2012 Feb;39(2):173-81. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01819.x.

Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S1-S8

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-043.html>