

IVANA VOTTA
STEFANIE GARTENMANN
PATRICK R. SCHMIDLIN

Universität Zürich, Zentrum für Zahnmedizin, Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin
 Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie
 Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
 Plattenstrasse 11
 CH-8032 Zürich
 Tel. +41 44 634 34 17
 Fax +41 44 634 43 08
 E-Mail: patrick.schmidlin@zsm.uzh.ch

Dieser Artikel erschien erstmals im Prophyllaxe Journal, Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde, 5/2017 (S. 6–11).



Das «Zero-Pocket-Konzept» im Rahmen der UPT

Eine Zürcher Perspektive

SCHLÜSSELWÖRTER

Parodontitis, unterstützende Parodontitistherapie, Recall, Debridement

Bild oben: Sondieren ist wichtig: Evaluation einer Tasche mit Eiter- und Pusaustritt.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine konsequent durchgeführte Parodontalbehandlung führt in den meisten Fällen zu einer akzeptablen Remission (Sondierungstiefen ≤ 5 mm) oder Genesung (Sondierungstiefen ≤ 3 mm ohne Bluten auf Sondierung). Die synonym verwendeten Begriffe «Nachsorge» oder «unterstützende Parodontitistherapie» (UPT) unterstreichen mit den Termini «Sorge» und

«Therapie» nicht nur die geforderte Langzeitbetreuung, sondern implizieren auch die antizipierten Bemühungen bzw. Sorgen und eine gewisse zur Selbstverständlichkeit gewordene dauerhafte Behandlung. Es stellen sich daher in diesem Zusammenhang grundsätzliche Fragen, die wir gerne in dieser kurzen Abhandlung anstossen möchten.

Einleitung

Parodontitis ist eine multifaktorielle opportunistische Erkrankung, deren primäre Ursache dem subgingivalen Biofilm zuzuschreiben ist. Modifizierende Faktoren wie die individuelle Immunantwort auf den Angriff, Rauchen, systemische Erkrankungen, Medikamente usw. beeinflussen den Schweregrad und den Verlauf der Erkrankung.

Erwähnenswert ist dabei der chronische Charakter bei einer Mehrzahl der Fälle, der sich nach erfolgter Hygienephase u.a. durch eine rasche Rekolonisierung bereits nach sechs bis acht Wochen bemerkbar macht (SBORDONE ET AL. 1990). Diese Zeitspanne gilt vor allem bei Patienten mit mangelnder Selbstpflege. Bei adäquater Mundhygiene wird die Wiederbesiedlung auch nach sechs Monaten verhindert oder mindestens signifikant reduziert (BRAATZ ET AL. 1985; MACALPINE ET AL. 1985). In diesem Kontext rückt der Ruf nach Nachsorge bzw. einer unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) ins Zentrum, die beide zum Ziel haben, den Langzeiterfolg einer Parodontitistherapie zu gewährleisten. Dabei scheinen die regelmässige und kontinuierliche posttherapeutische Reevaluation, eine individuelle Risikoeinschätzung und Betreuung erforderlich.

Diverse Studien belegen die Wirksamkeit der UPT und zeigen, dass eine gute und engmaschige Kontrolle der Zahnpflege die Inzidenz von Karies, Parodontitis und Zahnverlust gering halten und den Erfolg der primären Parodontitistherapie zu gewährleisten vermag (AXELSSON ET AL. 2004; EICKHOLZ ET AL. 2008; PRETZL ET AL. 2008). Daran gibt es nichts zu rütteln. Dennoch stellen sich grundlegende Fragen.

Wann ist ein Patient bereit für die UPT?

Wichtig in diesem Zusammenhang erscheint zunächst die Frage, ob das zur Verfügung stehende Armamentarium an möglichen Therapieformen im Rahmen der aktiven Parodontitisbehandlung bereits ausgeschöpft wurde und eine Ausheilung – im Sinn der maximal möglichen Effektivität – bereits stattgefunden hat. Ist diese Frage mit «Nein» zu beantworten und es wurde zum Beispiel noch keine korrektive Phase in Erwägung gezogen, um Resttaschen bei entsprechender Indikation anzugehen, ist es naheliegend, dass Probleme bestehen bleiben (PAPAPANOU ET AL. 2000). Ob in diesem Fall die UPT bereits Sinn hat oder gar einen zusätzlichen Erfolg bringen kann, ist – in Abhängigkeit der Taschentiefe und der Anatomie – fraglich. Wenn überhaupt, kann höchstens eine weitere Progression verhindert werden (SBORDONE ET AL. 1990).

Welche Restprobleme dürfen nach einer Therapie bestehen?

Plaque, Blutung und Sondierungstiefe sowie anamnestiche Risikofaktoren sind die wichtigsten Erhebungen, die als mögliche Surrogatparameter für den Endpunkt unserer Behandlung im Rahmen der Entscheidungsfindung entscheidend sind!

Grundsätzlich scheint nach heutigem Kenntnisstand festzustehen, dass beim Vorliegen von Resttaschen von mehr als 6 mm keine positive Veränderung, tendenziell sogar eher eine Verschlechterung der klinischen Situation im Rahmen der UPT (oder trotz UPT) zu erwarten ist (MATULIENE ET AL. 2008; DAHLEN ET AL. 1992).

Bezüglich Blutung auf Sondierung konnte gezeigt werden, dass es vor allem bei Patienten, die regelmässig zum Recall erscheinen und kontinuierlich keine Blutung auf Sondierung aufweisen, kein Attachmentverlust zu erwarten ist (LANG ET AL. 1990). Allerdings sind beeinflussende lokale Faktoren wie Son-

dierungstiefen, Zahntyp sowie patientenabhängige Faktoren wie Geschlecht (BRAATZ ET AL. 1985) oder Tabakkonsum zu berücksichtigen (FARINA ET AL. 2013).

Eine konsequente und erfolgreich abgeschlossene aktive Parodontitisbehandlung unter Einbezug aller möglichen Behandlungsvarianten mit Taschentiefen von möglichst unter 5 mm und einer guten Patientencompliance sind aus unserer Sicht die geforderten Grundvoraussetzungen für einen Übertritt in die UPT. Hinsichtlich dieser Parameter sollte man – wenn immer möglich – eine «Zero-Pocket-Strategie» im Praxisalltag verfolgen und leben, wenn es die Compliance und die Finanzen zulassen!

Wie oft sollte ein Patient zur UPT erscheinen?

Eine konsequente posttherapeutische Betreuung, die lebenslang und in individuellen engmaschigen Abständen vollzogen wird, reduziert oder verhindert eine Progression oder das Neu- bzw. Wiederauftreten parodontaler Erkrankungen. Das Recallintervall ist entscheidend, jedoch vom individuellen Parodontitisrisiko eines jeden Patienten abhängig (EICKHOLZ ET AL. 2008; PRETZL ET AL. 2008).

In der Risikobeurteilung schätzt man das Risiko einer parodontalen Erkrankung als Ganzes ein und nicht anhand eines einzelnen Zahnes oder einer befallenen Stelle. Dabei haben sich folgende Parameter für die parodontale Risikobeurteilung als hilfreich erwiesen:

- Taschentiefe (Anzahl parodontaler Taschen \geq 5 mm)
- Bluten auf Sondierung (Anzahl blutender Stellen)
- Knochenverlust (geschätzter Knochenverlust in Bezug auf das Alter)
- Zahnverlust (Anzahl verlorener Zähne)
- Verhaltensfaktoren (v.a. Rauchen)
- systemische Faktoren (HIV, Diabetes mellitus usw.)

Die sogenannte «Berner Spinne» kann hierfür ein Hilfsmittel zur Bestimmung des Recallintervalls sein (www.perio-tools.com/prä/de). Nach erfolgreicher Behandlung komplexer Fälle sollte allerdings – je nach veränderten Parametern und Behandlungshistorie – durchaus fallspezifisch ein kürzeres Intervall in Betracht gezogen werden. Wir empfehlen nach Abschluss einer aktiven Parodontitisbehandlung, das Recallintervall zuerst konsequent auf drei Monate festzusetzen. Bei stabilen Verhältnissen im Verlauf der Erhaltungsphase und in Abhängigkeit vom geschätzten Risiko kann später der Zeitabstand immer noch auf vier bis sechs Monate (oder gar länger) ausgedehnt werden.

Abbildung 1 zeigt den Entscheidungsbaum für die jeweilige Recall- oder Behandlungseinschätzung von Patienten nach einer aktiven Parodontitisbehandlung gemäss eines nach dem PSI modifizierten «Zero-Pocket-Konzepts». Dabei sollte sich der Behandler grundsätzlich immer die Frage stellen, ob sich ein Patient bei der Konsultation bei einem Kollegen oder einer Kollegin als Gesunder (bzw. «Geheilte(r)») oder «Patient» mit Behandlungsbedarf gemäss PSI vor- und darstellen würde.

Es ist klar, dass eine derart konsequent geforderte Behandlung nicht immer realisierbar ist. Dennoch erscheint sie rein konzeptionell und gemäss Erfüllung der schweizerischen Qualitätsleitlinien erstrebenswert und sinnvoll. Gerade für Patienten, die jedoch trotz Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten noch immer Probleme aufweisen, sollten die therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der UPT näher beleuchtet werden.

Welche prophylaktischen und therapeutischen Möglichkeiten bestehen im Rahmen der UPT?

Sämtliche infrage kommenden Konzepte sollten neben hoher Effizienz keine oder minimale negative Auswirkungen auf das Weich- und Hartgewebe aufweisen. Eine gezielte, effiziente und schonende Eliminierung des supra- und subgingivalen Biofilms sowie des Zahnsteins ist essenziell. Die im Rahmen der UPT zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Die gewählte Anwendung sollte sich jeweils auf die notwendigen fall- und sitespezifischen Massnahmen beschränken, um Schaden zu vermeiden. Vor allem bei der Instrumentierung von Stellen von ≤ 3 mm sollten dabei folgende Regeln gelten: Es sollte nur sichtbarer oder tastbarer Zahnstein gezielt mit Kürette, Scaler oder Ultraschallinstrument entfernt werden. Blutende Stellen sollten vorwiegend mit Ultraschall und/oder Pulverstrahlgerät (Perioflow; mit entsprechend niedrigabrasiven Pulvern, z.B. Glycin) behandelt werden.

Abb. 1 Entscheidungsbaum für die Recallbeurteilung nach erfolgter aktiver Therapie basierend auf dem PSI. Der Fokus wird auf die möglichen Behandlungsoptionen gelegt.

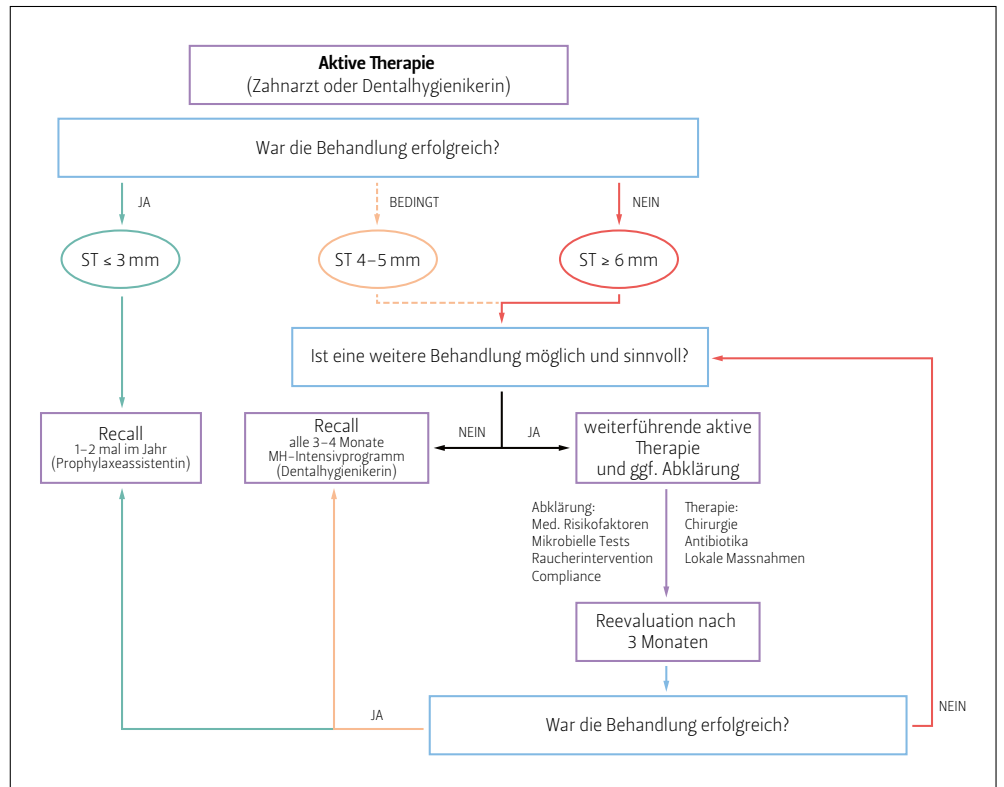
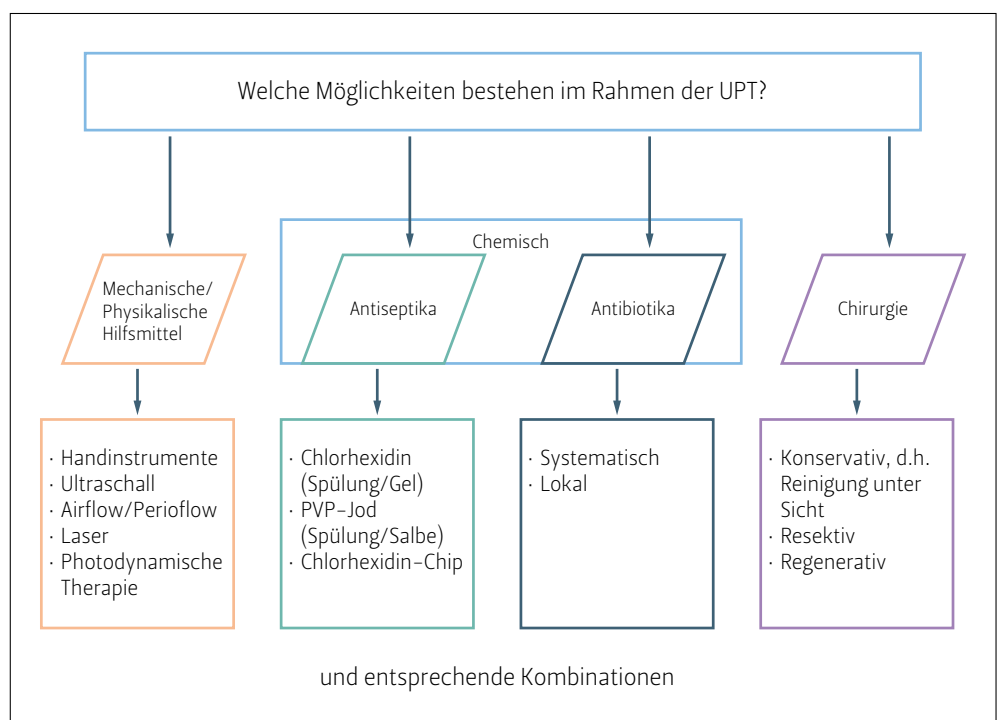


Abb. 2 Übersicht über mögliche Therapiemittel



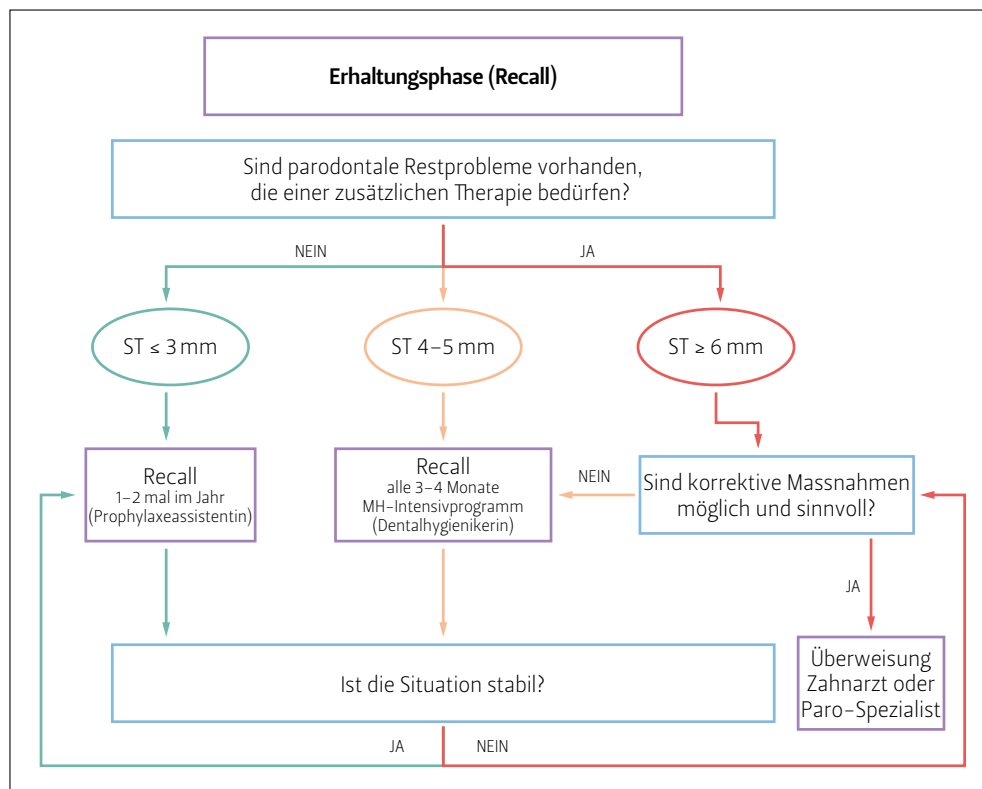


Abb. 3 Entscheidungsbaum im Recall. Man sollte sich dabei regelmässig die Frage nach dem Behandlungserfolg und möglichen Triageoptionen stellen.

Jeder Patient – v.a. bei Vorliegen persistierender tieferen Taschen (≥ 6 mm) – sollte regelmässig neu evaluiert werden und eine chirurgische (Re-)Intervention in Erwägung gezogen werden. Sowohl chemische, physikalische als auch die mechanischen Hilfsmittel kommen im Recall an ihre Grenzen. Eine Überweisung an den Zahnarzt oder Spezialisten ist eine Möglichkeit, Taschen erneut und gezielt anzugehen, um diese zu eliminieren. Abbildung 3 zeigt ein Flowchart zur Entscheidungsfindung im Rahmen der Erhaltungsphase (Recall) basierend auf dem PSI.

Die Parodontologie ist gefordert, Konzepte zu erforschen und zu etablieren, die die parodontale Ökologie und Immunologie derart dauerhaft verändern, dass Dysbiosen und Entzündungen kein Thema mehr sind. Dass eine UPT eines Tages nicht mehr nötig sein wird oder in einem deutlich anderen Umfang, ist ohne «Zero-Pocket-Konzept» leider immer noch eine Wunschvorstellung, und Dentalhygiene im Rahmen der Erhaltungsphase bleibt immer noch sehr therapielastig.

Abstract

VOTTA I, GARTENMANN S, SCHMIDLIN P R: **A Zero Pocket Concept in periodontal maintenance** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 128: 131–134 (2018)

Pulling all registers in the treatment of periodontal disease with taking advantage of optimized treatment phases is very effective in most of the cases and can lead to reasonable remission (probe depth of ≤ 5 mm) if not complete recovery (probe depth of ≤ 3 mm without bleeding on probing). To maintain treatment success after active periodontal therapy a so-called “periodontal maintenance” recall interval is required. Not uncommonly, this recall program leads to bypassing further treatment options and turns into an ongoing long-term patient care. This article tries to shed light on the questions asked about patient treatment and handling with the elimination of the disease as chief objective. Hence, pathways of triage and treatment endpoints are being challenged and the expression “recall” is being readjusted.

Literatur

- AXELSSON P, NYSTROM B, LINDHE J: The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 31(9): 749–757 (2004).
- BRAATZ L, GARRETT S, CLAFFEY N, EGELBERG J: Antimicrobial irrigation of deep pockets to supplement non-surgical periodontal therapy. II. Daily irrigation. *J Clin Periodontol* 12(8): 630–638 (1985).
- DAHLEN G, LINDHE J, SATO K, HANAMURA H, OKAMOTO H: The effect of supragingival plaque control on the subgingival microbiota in subjects with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 19(10): 802–809 (1992).
- EICKHOLZ P, KALTSCHMITT J, BERBIG J, REITMEIR P, PRETZL B: Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol* 35(2): 165–174 (2008).
- FARINA R, TOMASI C, TROMBELLI L: The bleeding site: a multi-level analysis of associated factors. *J Clin Periodontol* 40(8): 735–742 (2013).
- LANG N P, ADLER R, JOSS A, NYMAN S: Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* 17(10): 714–721 (1990).
- MACALPINE R, MAGNUSON I, KIGER R, CRIGGER M, GARRETT S, EGELBERG J: Antimicrobial irrigation of deep pockets to supplement oral hygiene instruction and root debridement. I. Bi-weekly irrigation. *J Clin Periodontol* 12(7): 568–577 (1985).
- MATULIENE G, PJETURSSON B E, SALVI G E, SCHMIDLIN K, BRÄGGER U, ZWAHLEN M, LANG N P: Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 35(8): 685–695 (2008).
- PAPAPANOU P N, TONETTI M S: Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions. *Periodontol* 2000 22: 8–21 (2000).
- PRETZL B, EICKHOLZ P, KALTSCHMITT J, KIM T S, REITMEIR P: Tooth loss after active periodontal therapy. 2: tooth-related factors. *J Clin Periodontol* 35(2): 175–182 (2008).
- SBORDONE L, RAMAGLIA L, GULLETTA E, LAcono V: Recolonization of the subgingival microflora after scaling and root planing in human periodontitis. *J Periodontol* 61(9): 579–584 (1990).