

stomatologi[e]

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



© Universitätszahnklinik Wien



Dr. Corinna Bruckmann, MSc
c/o Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
Klostergasse 37
1180 Wien
bruckmann@oegp.at

BEHANDLUNG DER PARODONTITIS DER STADIEN I-III: DIE NEUE S3 LEITLINIE DER EFP (2)

„Wofür braucht es eine Leitlinie: bei Parodontitis müssen die PatientInnen halt öfter zur Mundhygiene!“ Nun, das ist bewiesenermaßen nicht die geeignete Therapie tiefer Taschen, da gibt es mittlerweile besser abgesicherte Vorgehensweisen. Diese sind sinnvollerweise anzuwenden und helfen – so dokumentiert - zB im Rahmen von Leistungserstattungen oder schlimmstenfalls bei Patientenklagen. Daher ist es gut zu wissen: was macht Sinn? Denn S3 Leitlinien erfüllen die höchste der von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) definierten Qualitätsansprüche (3). Im Gegensatz zu Richtlinien sind sie zwar rechtlich nicht verbindlich, aber Abweichungen sollten jeweils begründet sein.

WAS IST DIE ZIELSETZUNG DER LEITLINIE?

Es geht um nicht weniger, als eine Verbesserung der Gesamtqualität der Parodontaltherapie in Europa zu erreichen, die Zahl der durch Parodontitis verlorenen Zähne zu verringern und schlussendlich Allgemeinesundheit und Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

AN WEN RICHTET SICH DIE LEITLINIE?

Sie richtet sich an alle ZahnärztInnen, ÄrztInnen, InteressensvertreterInnen im (fach)zahnärztlichen und ärztlichen Versorgungsbereich akademischer Einrichtungen, Krankenhäuser, Kliniken und Praxen.

WELCHE THEMEN WURDEN ABGEHANDELT?

- Kontrolle von Plaque und Entzündung: mechanisch, chemisch oder wie?
- Subgingivale Instrumentation: mit und ohne Laser, Modifikation der Wirtsantwort
- Zusätzliche Gabe systemischer oder lokaler Antibiotika
- Tiefe Knochentaschen und Grad II- bzw. III Furkationsbeteiligung, Zugangslappen und Verfahren zur Taschenreduktion/-elimination

WELCHE METHODIK WURDE ANGEWANDT?

Es wurde ein Gremium aus 90 internationalen ExpertenInnen (aus der Parodontologie, unterstützt von InteressenvertreterInnen anderer zahnmedizinischen Professionen und wissenschaftlicher Vereinigungen aus Europa² und von außerhalb) etabliert und eine Konsensuskonferenz durchgeführt.

Die ExpertenInnen erstellten vorab insgesamt 16 systematische Reviews (SRs): für jede wurde eine fokussierte Fragestellung im PICO(S)-Format (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study design) formuliert, um alle potenziellen parodontalen Therapiemöglichkeiten, die derzeit Anwendung finden, einzubeziehen und zu bewerten (siehe Tab. 1).

Autor, Jahr	Titel der SR	Finale PICO(S)-Fragen
(4)	Resective surgery for the treatment of furcation involvement – a systematic review	(P) Bei Patienten, welche nichtchirurgische Parodontaltherapie durchlaufen haben und Furkationsbefall Grad II und III aufweisen, (I) Worin besteht der Nutzen resektiver Parodontalchirurgie (z. B. Wurzelamputation oder -resektion, Wurzelseparation, Tunnelpräparation) (C) im Vergleich zu Patienten, welche an Parodontitis leiden und Furkationsbefall Grad II und III aufweisen, jedoch keine Parodontaltherapie durchlaufen haben oder keine resektive Chirurgie erhalten oder ausschließlich mit subgingivaler Instrumentierung oder Zugangslappen behandelt wurden, (O) im Hinblick auf 1) Zahnüberlebensrate (primärer Endpunkt), 2) vertikalen Gewinn an klinischem Attachmentlevel (CAL), und 3) Reduktion der Taschensondierungstiefe (TST; (sekundärer Endpunkt), (S) nachgewiesen durch randomisierte klinische Studien, prospektive und retrospektive Kohortenstudien und Fallserien mit einem Nachuntersuchungszeitraum von mindestens 12 Monaten?

Tab. 1. Beispiel für SRs und PICO(S)-Fragen

stomatologi[e]

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

Alle SRs inklusive Leitlinientext wurden einem mehrstufigen Peer-Review-Prozess, sowie einer externen Beurteilung unterzogen und durchliefen den regulären redaktionellen Prozess des Journal of Clinical Periodontology. Auf Basis der SRs wurden die evidenzbasierten Empfehlungen in der Konsensuskonferenz diskutiert, im Panel abgestimmt und verabschiedet. Dazu wurde die Qualität der Evidenz (Bewertungsskala), der Grad der Empfehlung (A, B, O)³ und die Konsensstärke⁴ rapportiert.

²ZB: Council of European Chief Dental Officers, Council of European Dentists, European Association of Dental Public Health, European Dental Hygienists Federation, European Dental Students' Association, European Federation of Conservative Dentistry, European Prosthodontic Association, European Society of Endodontology, Platform for Better Oral Health in Europe

³Grad der Empfehlung
A Starke Empfehlung: soll (↑↑)/soll nicht (↓↓)
B Empfehlung: sollte (↑)/sollte nicht (↓)
O Offene Empfehlung: kann erwogen werden/kann verzichtet werden (↔)

⁴Konsensstärke: einstimmig (100%), stark (>95%), Konsens (75-95%), einfache Mehrheit (50-74%), kein Konsens (<50% Zustimmung)

WORAN SIEHT MAN, DASS DIE PARODONTALE THERAPIE ETWAS BEWIRKT HAT?

Ziel der Parodontitistherapie ist der langfristige Erhalt der eigenen Bezahnung. Da dies in Studien, die „nur“ über Monate oder wenige Jahre laufen, nicht abzubilden ist, werden Ersatzparameter wie Sondierungstiefe (ST), Bluten auf Sondieren (BoP) oder klinischer Attachmentlevel (CAL) verwendet.

Endpunkte der erfolgreichen Therapie: keine Taschen ≥4 mm mit BoP; keine tiefen Taschen ≥6 mm, kein weiterer Verlust von CAL

AUS WELCHEN 4 SCHRITTEN BESTEHT PARODONTALE THERAPIE (TAB. 2)?

Auslöser von Gingivitis und Parodontitis ist ein dysbiotischer Biofilm, dieser muss reduziert werden. Alle komplexeren Maßnahmen sind ohne Biofilmkontrolle langfristig meist wirkungslos.

Schritt 1: Kontrolle von lokalen und systemischen Risikofaktoren

Einleitung einer Verhaltensänderung: bei allen Parodontitis-PatientInnen durchzuführen und regelmäßig zu überprüfen und zu wiederholen

- Kontrolle des supragingivalen Biofilms durch Verbesserung der Effizienz individueller Mundhygienemaßnahmen, professionelle mechanische Plaquekontrolle.
- Kontrolle von Rauchgewohnheiten, Diabeseinstellung u.ä., ernährungsbezogene Faktoren (Abb. 2.a).



Abb. 2.a Pat. 48 Jahre. Vor konservativer Parodontitistherapie: Parodontitis Stadium III, generalisiert, Grad C (20 Zieg/d), dzt. instabil (©Universitätszahnklinik Wien)

Schritt 2: Ursachenbezogene Therapie der Parodontitis

Elimination oder zumindest Reduktion des dysbiotischen subgingivalen Biofilms durch subgingivale Instrumentierung und ggf. lokale oder systemische Begleitmaßnahmen. Beurteilung des Therapieergebnisses in Hinblick auf die Qualität der Durchführung und die o.a. Endpunkte.

Schritt 3: falls Schritt 2 adäquat durchgeführt wurde, aber die Endpunkte nicht erreicht wurden

Maßnahmen zur Kontrolle schlecht oder nicht ansprechender Stellen, z.B. in Verbindung mit anatomischen Problemen wie infraossären Defekten oder Furkationen durch wiederholte subgingivale Instrumentierung oder chirurgische Eingriffe.

Schritt 4: unterstützende parodontale Therapie UPT

Nach Abschluss von Schritt 3 und idealerweise Erreichen der oben beschriebenen Behandlungsendpunkte (Abb. 2.b) sollen ein Parodontitis-PatientInnen in die Langzeitbetreuung überführt werden.



Abb. 2.b Drei Monate nach Ende der konservativen Parodontitistherapie: Parodontitis Stadium III, generalisiert, Grad A (Exraucher), derzeit stabil (man beachte die Gewebsschrumpfung, zB bei Zahn 33/32): Pat. kann in UPT übernommen werden (©Universitätszahnklinik Wien)

Parodontitis-PatientInnen können aufgrund ihrer inhärenten Krankheitsanfälligkeit nie als dauerhaft „geheilt“ angesehen werden und bleiben daher lebenslang Parodontitis-PatientInnen; wohl können sie „stabil“ sein, benötigen aber eine fortwährende Erhaltungstherapie. (Abb.2)

Fazit:

Die Original Leitlinie umfasst 62 klinische Empfehlungen für die vier o.a. Schritte der Parodontitistherapie. Der Schlüssel zum Behandlungsprozess ist der Fokus auf die Risikobewertung und risikoorientierte Prävention unter Verwendung einer minimalinvasiven Philosophie. Schritte 1 und 4, die fast 50 % der Leitlinie darstellen, sind im Wesentlichen auf präventive Strategien ausgerichtet. Für weitere Informationen und eine detaillierte Beschreibung der Faktoren, die dem Entscheidungsfindungsprozess zugrunde liegen wird derzeit noch auf das Originaldokument verwiesen (3). Nähere Ausführungen werden in den kommenden Monaten sowohl auf der Homepage der ÖGP, als auch im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen europä-

stomatologi[e]

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

weit verbreitet werden. Für die Therapie von Parodontitis Stadium IV, die nekrotisierenden Parodontalerkrankungen, die Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und die mukogingivalen Erkrankungen sind bereits weitere Leitlinien in Arbeit.

Referenzen:

1. ÖGP. Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen 2018. Available from: <https://www.oegp.at/2018/12/03/die-neue-ist-da/>
2. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-043.html>
3. IQWiG. Was sind Leitlinien? 2020 [updated 25.03.2020. Available from: <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-leitlinien.2980.de.html>.