



Schwere Parodontitis mit funktionellen Einschränkungen, die nach der neuen Klassifikation der Stufe 3 entspricht.

Foto: Kebschull

Parodontitis-Leitlinie ist diagnosebezogen und damit hoch praxisrelevant

S3-Leitlinie der European Federation of Periodontology (EFP): Maßstäbe für die Zahn- und Oralmedizin

Mit der im Juli 2020 publizierten Leitlinie steht erstmals eine umfassende Empfehlung zur Behandlung von Parodontitiden der Stadien I bis III zur Verfügung [1]. Dazu gehören alle Fälle, die sich ohne umfangreiche restaurative und andere interdisziplinäre Maßnahmen behandeln lassen.

Das angewandte S3-Verfahren entspricht der höchsten Qualitätsebene für Leitlinien. Die Autoren berücksichtigten bei der Einordnung von Verfahren, basierend auf

klinischen Erfolgsparametern, auch wichtige weitere Faktoren wie die Ausgewogenheit von Nutzen und potenziellem Schaden, Patientenpräferenzen und die Wirtschaftlichkeit einzelner Methoden [2].

62 klinische Schlüsselempfehlungen formuliert

Insgesamt wurden 62 klinische Schlüsselempfehlungen formuliert, die in Abwägung von vorlie-

gender Evidenz durch die Leitliniengruppe entweder eine starke, eine schwache oder eine offene Empfehlung, eine Maßnahme durchzuführen oder zu unterlassen, aussprechen. An der Entwicklung waren neben führenden Parodontologen eine breite Leitliniengruppe mit Vertretern aus unter anderem Endodontologie, Zahnerhaltung, Prothetik und dentaler Versorgungsforschung beteiligt. Die Leitlinie wurde ausschließlich von der EFP finanziert und mög-

liche Interessenkonflikte von Teilnehmern streng kontrolliert.

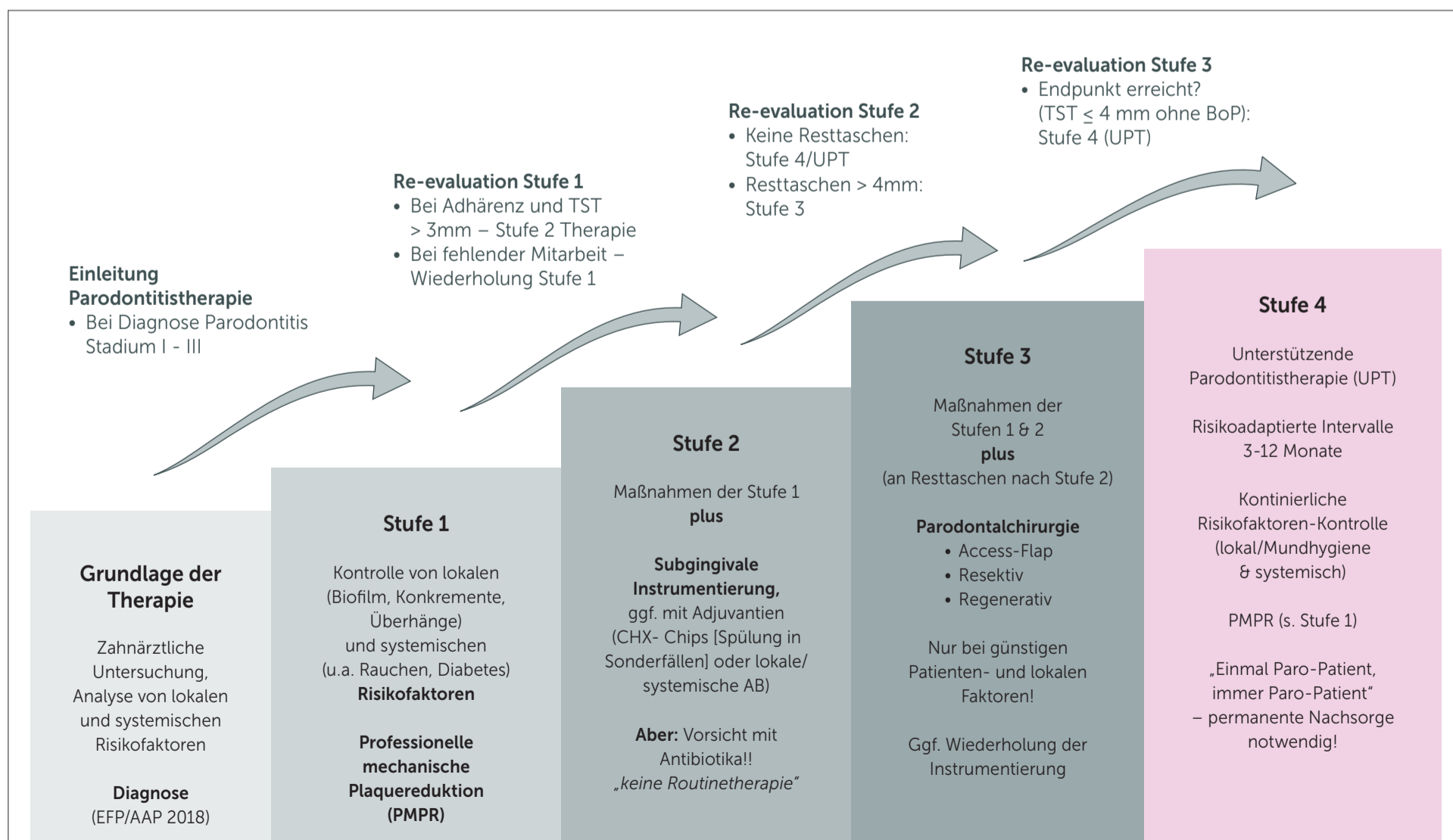
Auf demselben formellen Niveau wie die EFP-Leitlinie hatte die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG Paro) bereits im vergangenen Jahr zwei Leitlinien zu den Themen subgingivale Instrumentierung und adjuvante systemische Antibiotikagabe veröffentlicht, die als wichtige fachliche Referenz für die europäischen dienen [3, 4]. Die EFP-Leitlinie wird voraussichtlich allen nationalen Gliederungen als

Vorlage dienen und kann als Sonderausgabe des renommierten „Journal of Clinical Periodontology“ kostenlos heruntergeladen werden (bit.ly/2Huc38n).

Von Stufen und Graden

Die neue EFP-Leitlinie basiert auf der im Jahr 2018 vorgestellten Parodontitis-Klassifikation [5]. Die Stadien (Stages) beschreiben das Aus-

Fortsetzung auf Seite 22



Gratik: Kebschull

Gratik: Stufenschema zur Parodontitis-Therapie nach der neuen S3-Leitlinie der European Federation of Periodontology (EFP)

SRP plus PerioChip®

Das eingespielte Team
bei mäßiger bis schwerer
Parodontitis

einfach | effizient | nachhaltig



SRP plus PerioChip® reduziert Taschentiefen
signifikant besser als SRP¹ allein.²

Attraktive Mengenrabatte

Jetzt bestellen über unsere kostenfreie Servicehotline
0800 - 284 37 42 oder unter www.periochip.de

NEU: PerioChip® Online-Schulung

Wir bieten Ihnen in 30 Minuten wissenswerten Input
zu PerioChip® - live & persönlich -

Jetzt Termin vereinbaren:

0800 - 284 37 42 oder service@periochip.de

20
Jahre
PerioChip®



20,00 €
Willkommensrabatt
für Neukunden!

PerioChip® 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen
Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zus.: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) Sonst. Best.: Hydrolys. Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Gereinig. Wasser. Anw.: In Verb. m. Zahnsteinentfern. u. Wurzelbehandl. zur unterstütz. bakteriostat. Behandl. v. mäßig. bis schwer. chron. parodont. Erkr. m. Taschenbildg. b. Erwachs., Teil ein. parodont. Behndl. programms. Gegenanz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis(D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drittel der Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf, die normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch a. mechan. Einleg. d. Chips in Parodontaltasche od. a. vorhergeh. Zahnsteinentfern. zurückzuf. sein. Am häufigst. treten Erkr. des Gastroint.tr. (Reakt. an d. Zahn., am Zahnfleisch o. den Weichteil. i. Mund) auf, d. auch als Reakt. am Verabr.ort beschrieb. werd. könn. Sehr häuf.: Zahnschmerzen; Häuf.: Zahnfleischschwell., -schmerz., -blutung; Geleg.: Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpfg., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnpfändl., Unwohls., grippeähnl. Erkrank., Pyrexie. Nicht bek.: Überempfindl. (einschl. anaph. Schock), allerg. Reakt. w. Dermatitis, Pruritus, Erythem, Ekzem, Hautausschl., Urticaria, Hautreiz. u. Blasenbildg.; aus Berichten nach Zulassg.: Zellgewebsentzünd. u. Abszess am Verabr.ort, Geschmacksverlust, Zahnfleischverfärbg. Weitere Hinw.: s. Fachinform. Apothekepflchtig. Stand: 06/2020. Pharmaz. Untern.: Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, 63755 Alzenau, Deutschland, Tel.: +49 (0) 6023 94800, Fax: +49 (0) 6023 948050

¹ Scaling und Root Planing

² Soskolne, W.A. et al. (1997): Sustained Local Delivery of Chlorhexidine in the Treatment of Periodontitis. A Multi-Center Study. J Periodontol, Vol. 68, Nr. 1, p. 32-36.



Bilden Sie sich universitär weiter und zeigen Sie Ihren Patienten, dass Sie ein

Master of Science (MSc.)

im Fachgebiet
Parodontologie/Implantologie

„Die Erkenntnisse über das Zustandekommen entzündlicher parodontaler Destruktionsprozesse sind in den vergangenen Jahren vertieft und erweitert worden. Es ist die Gewebeantwort selbst, hervorgerufen durch mikrobielle Reize aus subgingivalen Biofilmen, die die Destruktion des marginalen Parodonts einleitet und als chronische Parodontitis auch systemische Auswirkungen zeigt. Neue Therapieansätze sind deshalb als Ergänzung zur mechanischen Therapie erarbeitet worden. Diese hat ihrerseits bezüglich Methodik und Instrumentation gewaltige Fortschritte gemacht. Der Paro-Therapie, wie auch der Endo-Therapie, sind jedoch Grenzen gesetzt.

Die günstige Beurteilung der Qualität und der Quantität des alveolären Knochens sowie der Dicke der Mukosa mit adäquaten modernen Methoden ist primäre Voraussetzung für das korrekte Einbringen und den problemlosen Verbleib von Implantaten in zahnlosen Kieferabschnitten. Therapeutisch muss gegebenenfalls vorangehend an die perfekte Verankerung von Implantaten der Kieferknochen und/oder die periimplantäre Mukosa mit den Methoden der plastischen Parodontalchirurgie augmentiert werden.

Die wissenschaftliche Leitung haben,
unter allerhöchster Anerkennung des
Studienprogramms durch die Studierenden,

**Prof. Dr. Moritz Keschull MBA und
Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald.**

Jetzt handeln!

Neuer Studiengangsbeginn 25.02.2021
für Zahnärzte an der DPU Österreich

- **Master of Science Endodontie 8 (MSc)***
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Thomas Wrbas*
Start: Juni 2020 Quereinstieg noch möglich
- **Master of Science Orale Chirurgie/
Implantologie 15 (MSc)***
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald*
Start: Oktober 2020 Quereinstieg noch möglich
- **Parodontologie/Implantologie 5 (MSc)***
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. M. Keschull/
Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald*
Start: Februar 2021
- **Ästhetisch-Rekonstruktive Zahnmedizin X (MSc)***
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. C. von See
Start: März 2021

*) Studienzentrum Bonn



Infoanforderung bei PUSH GmbH

TEL: +49 228 96 94 25 15

FAX: +49 228 46 90 51

e-mail: info@dpu-push.de

Fortsetzung von Seite 20

maß der Erkrankung, also den bereits eingetretenen Attachment- oder Zahnverlust („Was ist kaputt?“ – siehe dazu das Interview mit Prof. Dr. Moritz Keschull auf den Seiten 1 und 23). Dagegen steht die zweite Komponente (Progressionsgrad) für den zu erwartenden Verlauf, also die Progredienz („Wie schnell ging das Parodont kaputt und was ist entsprechend für die Zukunft zu erwarten?“). Hier kommen neben dem Verlauf von Attachmentverlust oder radiologischem Knochenabbau weitere Risikofaktoren ins Spiel, zum Beispiel [6]:

- das individuelle Verhalten, wie Adhärenz zu Hygieneempfehlungen und gesundheitsbezogene Lebensführung (Rauchen, Sportaktivitäten)
- systemische Belastungen wie Diabetes oder ein erhöhter humoraler Entzündungswert (C-reaktives Protein, CRP)

Wie funktioniert die Leitlinie? Ein Beispiel

Ein 55-jähriger Patient stellt sich mit parodontaler Blutung und Lockerungen einzelner Zähne vor. Die klinische und radiologische Untersuchung zeigt:

- lokalisierter klinischer Attachmentverlust von 6 mm
- maximaler radiologischer interproximaler Knochenabbau von ca. 50 Prozent (das heißt bis zum mittleren Wurzel Drittel)
- Es liegen keine Hinweise auf pathologische Zahnwanderungen, sekundäre okklusale Traumen sowie Bishhöhenverlust vor.

Zusätzlich liegen bei dem Patienten noch Faktoren vor, die die Behandlung komplexer machen:

- mehrere Taschen über 6 mm und
- tiefe intraossäre Defekte an zwei Molaren (S. 15)

Aufgrund dieser Befunde wird eine Parodontitis des Stadiums III diagnostiziert [1].

Da keine früheren Attachmentmesswerte oder Röntgenstatus vorliegen, wird die Progredienz anhand des am stärksten betroffenen Zahns indirekt ermittelt, und zwar über den Quotienten aus aktuellem radiologischen Knochenverlustwert (in Prozent) und Patientenalter (im Beispiel: 0,72). Der Patient ist Nichtraucher und hat einen CRP-Wert von 2, der nach internistischer Abklärung auf eine endotheliale Dysfunktion zurückzuführen ist. Progressionsrate und Risiko entsprechen damit insgesamt dem Grad B.

Stufe-1-Therapie: Motivation des Patienten hin zu einer positiven Verhaltensänderung

Für den Beispielpatienten gibt die EFP-Leitlinie eine mehrstufige Behandlungsempfehlung: In der ersten Stufe der Behandlung soll eine Motivation des Patienten hin zu einer positiven Verhaltensänderung erfolgen. Diese soll zu einer Optimierung der individuellen

Biofilmkontrolle führen. Lokale und systemische Risikofaktoren sollen aktiv adressiert werden, gegebenenfalls in Kooperation mit medizinischen Kollegen. Schließlich soll eine professionelle mechanische Plaque Reduktion (PMPR) erfolgen.

Stufe-2-Therapie: Subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen

Nach erfolgreicher Durchführung der Stufe-1-Therapie erfolgt in der zweiten Stufe der Therapie eine subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen, mit Handinstrumenten und/oder Schall- oder Ultraschallinstrumenten. Wichtig ist, dass die meisten der adjuvant eingesetzten Verfahren zur subgingivalen Instrumentierung in der Leitlinie nicht empfohlen werden konnten, so etwa die Anwendung von Lasern, der photodynamischen Therapie oder von Probiotika. Eine Ausnahme bilden hier lokale Präparate mit verzögerter Freisetzung wie Chlorhexidinchips oder lokale Antibiotika, deren Anwendung vom Kliniker erwogen werden kann. Von der adjuvanten Anwendung systemischer Antibiotika als Routinemedikation sollte dringend abgesehen werden – diese können lediglich bei sehr spezifischen Patientenfällen mit rapider Progression erwogen werden.

Stufe-3-Therapie: Regenerative parodontalchirurgische Behandlung

Nach Durchführung der Stufe-2-Behandlung soll eine Reevaluation des Behandlungserfolgs erfolgen. Da der Beispielpatient – trotz weiterhin kontrollierter Risikofaktoren – nach der Stufe-2-Therapie an zwei Molaren immer noch erhöhte Taschentiefen von 6 bis 7 mm mit vertikalem Knochendefekt aufweist, entscheidet sich die entsprechend fortgebildete Zahnärztin nun für eine Therapie der Stufe 3, einer regenerativen parodontalchirurgischen Behandlung mit einer Membran und einem Knochenersatzmaterial knöchernen Ursprungs.

Literatur

- [1] Sanz M, Herrera D, Keschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglund T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol 2020;47 Suppl 22:4-60.
- [2] Keschull M, Chapple I. Evidence-based, personalised and minimally invasive treatment for periodontitis patients - the new EFP S3-level clinical treatment guidelines. British dental journal 2020;229:443-449.
- [3] DG PARO Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. , DGZMK Deutsche Gesellschaft für Zahn- M-uK. Subgingivale Instrumentierung. S3-Leitlinie (Kurzversion). Stand: Oktober 2019 Gültig bis: Oktober 2024. AWMF-Registernummer: 083-030.
- [4] DG PARO Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. , DGZMK Deutsche Gesellschaft für Zahn- M-uK. Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie S3-Leitlinie (Kurzversion). Stand: 12.11.2018 Gültig bis: 11.11.2023. AWMF-Registernummer: 083-029.
- [5] Caton JG, Armitage G, Berglund T, Chapple ILC, Jepsen S, K SK, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Periodontol 2018;89 Suppl 1:S1-S8.
- [6] Papananou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol 2018;89 Suppl 1:S173-S182.

Über den Autor



Foto: privat

Dr. med. dent. Jan Hermann Koch ist seit dem Jahr 2000 als freier Fachjournalist und Berater tätig. Arbeitsschwerpunkte sind Fachartikel, Presstexte und Medienkonzepte für Dentalindustrie und Verbände. Seit 2013 schreibt Dr. Koch als fester freier Mitarbeiter für die DZW und Fachmagazine, unter anderem die Kolumne ZahnMedizin kompakt (Nachfolge Dr. Karlheinz Kimmel).

Ziel: Übernahme in die risikoadaptierte unterstützende Parodontitistherapie

Nach dieser Therapie hat der Patient den gewünschten Endpunkt der Therapie, eine Situation ohne vertiefte Taschen über 4 mm Sondierungstiefe, erreicht und kann in die risikoadaptierte unterstützende Parodontitistherapie übernommen werden.

Fazit: Die neue EFP-Leitlinie ist nach der im Jahr 2018 vorgestellten Parodontitis-Klassifikation ein logischer Folgeschritt. Der entsprechende Text ist umfangreich, kann aber sehr gut als Leitfaden, Nachschlagewerk und Update für die tägliche Arbeit verwendet werden. Hilfreich wäre eine zusätzliche tabellarische Übersicht zu den einzelnen Therapieschritten und zugeordneten empfohlenen Methoden – gern unter Auslassung der nicht empfohlenen. Die Übernahme, Anpassung und gegebenenfalls Weiterentwicklung in die deutsche Version ist bereits angekündigt. Weitere oralmedizinische Leitlinien auf vergleichbarem Niveau und mit in ähnlicher Weise erweitertem Blickwinkel sollten folgen.

**Dr. Jan H. Koch,
Freising**