

Initialtherapie ohne vorzeitige Extraktion

Das Würzburger Konzept

Ein Beitrag von Dr. Frederic Kauffmann, Würzburg

Betrachtet man die aktuellen Zahlen der DMS V [1], leiden noch immer mehr als 50 Prozent der Bevölkerung an einer moderaten oder schweren Form der Parodontitis. Die Therapie einer Parodontitis ist häufig mit Zahnentfernung und anschließender prothetischer Rekonstruktion verbunden, die sich aufgrund der vorbelasteten Pfeilerzähne schwieriger als im naturgesunden Gebiss darstellt. Therapiekonzepte verschiedener Behandler, die Lehrmeinungen der Universitäten und nicht zuletzt die Richtlinien der Krankenkassen führen zu unterschiedlichen Meinungen, die es in Einklang zu bringen gilt. Der Autor möchte in diesem Artikel das Würzburger Konzept näher erläutern. Hier werden Zähne nur in den seltensten Fällen vor einer Initialtherapie extrahiert.

Im Würzburger Konzept werden alle Zähne bis zur Reevaluation belassen, sofern sie nicht so stark gelockert sind, dass Verschlucken oder Aspirieren mögliche Gefahren darstellen. Eine Extraktion mit der Begründung eines stark vorangeschrittenen Knochenverlusts findet nicht statt. Alle übrigen Zähne werden in die Initialtherapie eingeschlossen. Hierbei werden die Patienten in zwei Gruppen unterteilt. Die Patienten, die noch über alle Zähne und über eine sogenannte geschlossene Zahnreihe verfügen und solche, bei denen bereits Zähne verloren gegangen sind und prothetischer Handlungsbedarf besteht. Sind noch keine Zähne

verloren, führt eine Extraktion von geschädigten Zähnen – sofern es sich nicht um dritte oder zweite Molaren handelt – zwangsläufig zu einer prothetischen Handlungsnotwendigkeit. Jedoch ist die Versorgung von parodontologisch vorgeschädigten Patienten durch das gesteigerte Zahnverlustrisiko häufig schwieriger als beim parodontologisch gesunden Patienten [2]. Die Rekonstruktion mit Implantaten ist – sofern die PA-Behandlung erfolgreich verläuft – nicht ausgeschlossen.

Therapieoptionen anstelle einer Extraktion

Gerade beim vollbezahnten Patienten zieht die Extraktion von einzelnen oder mehreren Zähnen in der Regel eine prothetische Rekonstruktionsnotwendigkeit nach sich. Jedoch wird durch die Extraktion das ursächliche Problem nicht behandelt, sodass die erste Extraktion nur der Beginn folgender Extraktionen ist. Gerade in der Phase von der Initialtherapie bis zur Reevaluation lässt sich noch nicht abschätzen, wie es um das Regenerationspotenzial der betroffenen Zähne bestellt ist. Häufig sprechen stark befallene und initial als extraktionswürdig eingestufte Zähne sehr gut auf die Therapie an und können im weiteren Behandlungsverlauf erhalten bleiben (Abb. 1).

Um in der Heilungsphase den Heilungsverlauf der betroffenen Zähne zu optimieren, gibt es folgende Möglichkeiten:

Schienung

Die Schienung von stark gelockerten Zähnen mit Komposit hat sich – speziell in der Unter- und Oberkieferfront (Abb. 2 bis 7) – auch über einen langen Zeitraum als probate Möglichkeit erwiesen, Zähne zu stabilisieren und vor einer Extraktion zu bewahren. Um einen möglichst langfristigen Erhalt zu gewährleisten, haben sich Glasfaserbänder verschiedener Hersteller als sinnvolle Unterstützung gezeigt. Auch Metalldrähte oder kieferorthopädische Retainer helfen, die Zähne zu festigen. Dies bringt mehrere Vorteile. Zum einen können die Zähne schnell und kostengünstig primär erhalten bleiben. Zum ande-

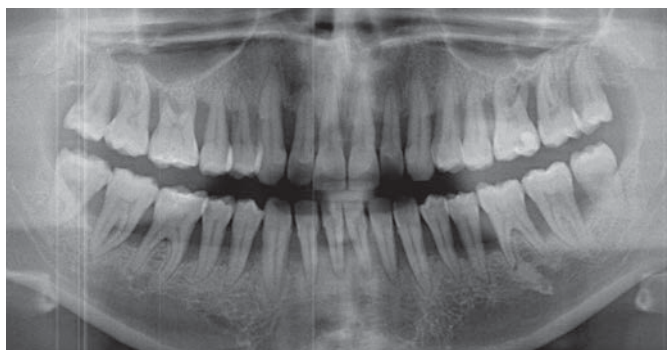


Abb. 1: Orthopantomogramm vor Initialtherapie – 28-jähriger Patient mit bis zu 90 Prozent Knochenverlust



Abb. 2: Oberkiefer labial vor der Schienung



Abb. 5: Oberkiefer labial nach der Schienung



Abb. 3: Oberkiefer palatinal vor der Schienung



Abb. 6: Oberkiefer palatinal nach der Schienung



Abb. 4: Unterkiefer lingual vor der Schienung



Abb. 7: Unterkiefer lingual nach der Schienung

ren wird die Heilung durch die stabilisierten Zähne begünstigt. Kann ein Zahn dennoch nicht erhalten werden, kann die Wurzel entfernt und der Zahn als eine Art Klebebrücke belassen werden. Dies führt zu einer positiven Verschiebung des Versorgungsintervalls [3]. Eine später folgende zahn- oder implantatgetragene Versorgung ist weiterhin möglich.

Auch im Seitenzahnbereich ist eine Schienung möglich. Aufgrund der höheren Belastungen brechen die Schienungen in diesem Bereich häufiger. Dennoch lautet auch hier die Empfehlung, die Schienung primär zu versuchen. Stellt sich dieser Schritt aufgrund häufig auftretender Frakturen als frustrierend – sowohl für den Patienten als auch den Behandler – dar, sollte eine andere Art der Versorgung in Erwägung gezogen werden.

Regeneration vertikaler Defekte

Würden auch die stark betroffenen Zähne nicht entfernt, kommt es häufig zu einer deutlichen Verbesserung, wenn nicht sogar zur Ausheilung des Defekts. Hat sich der Befund zum Zeitpunkt der Reevaluation verbessert, wird in diesen Situationen zum wei-

teren Abwarten und einer erneuten Befundung nach zwölf Monaten geraten. Stellt sich der Defekt wie initial befundet dar, kann gerade bei einwurzeligen Zähnen mithilfe von Schmelz-Matrix-Proteinen der Weg einer Regeneration des Defekts gegangen werden (Abb. 8 bis 13). Auch hier geht es primär darum, eine Extraktion – speziell im Fall der geschlossenen Zahnreihe – zu vermeiden.

Sind bereits Zähne verloren gegangen, muss kritisch abgewogen werden, ob ein Erhalt sinnvoll ist. Sind Furkationen betroffen, lassen sich diese nur schwer therapieren. Als Empfehlung gilt:

- Durchgängige Furkationen (Grad III) lassen sich nicht regenerieren. Gegebenenfalls ist in diesen Situationen – speziell im Unterkiefer – eine Tunnelierung erfolversprechender.
- Tiefe Grad II-Furkationen können durch chirurgische Eingriffe in Grad I- oder leichte Grad II-Furkationen umgewandelt werden. Die Prognose wird so deutlich verbessert.
- Grad I-Furkationen sollten in regelmäßigen UPT-Sitzungen (Unterstützende Parodontaltherapie) gereinigt werden, und auch patientenseitig sollte



Abb. 8: Situation vor der OP in regio 46

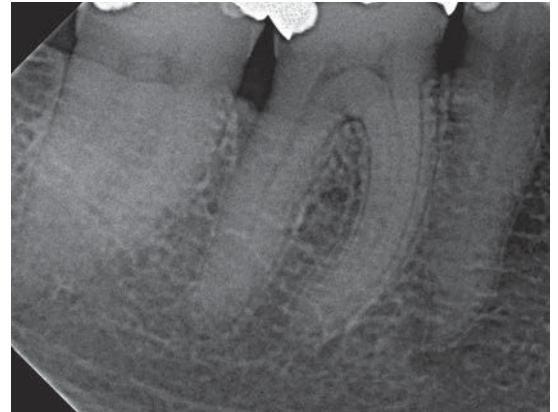


Abb. 9: Zahnfilm vor der Regeneration in regio 46



Abb. 10: Defekt in regio 46

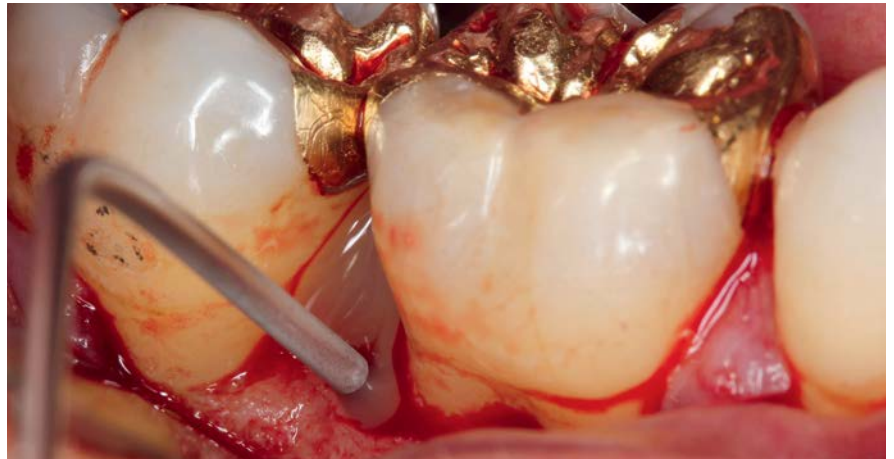


Abb. 11: Applikation von Schmelz-Matrix-Proteinen



Abb. 12: Situation nach drei Jahren

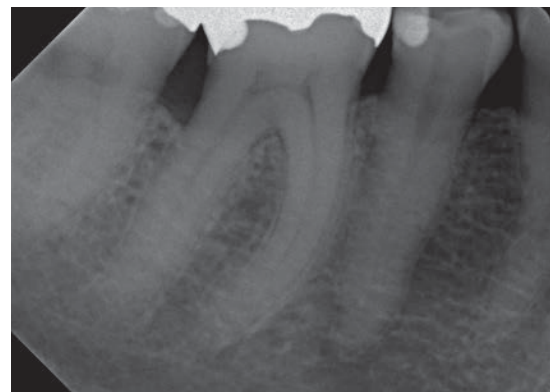


Abb. 13: Zahnfilm drei Jahre nach der Regeneration

eine ausreichende Compliance gegeben sein. Ein chirurgisches Eingreifen ist nicht notwendig.

Spezialfall hoffnungslose Zähne

Auch Zähnen mit starkem Attachmentverlust bis zum oder über den Apex hinaus sollte eine Chance gegeben werden. Zeigen diese schwer befallenen Zähne trotz Einsatz von Antibiotika (van Winkelhoff-Cocktail) keine Heilungstendenz, ist der Zahn noch nicht verloren. Speziell die Zähne der Ober-

kieferfront und die Eckzähne sowohl im Ober- als auch Unterkiefer sind anspruchsvoll, wenn es um die Zahnersatzversorgung geht. Cortellini et al. konnten mit chirurgischer und kieferorthopädischer Therapie diese Zähne mit vergleichbarem Erfolg (92 %) erhalten wie mit implantatgetragener Zahnersatz (100 %) [4]. Auch in diesen hoffnungslosen Fällen zeigt sich der Vorteil in der abwartenden Haltung und in der Vermeidung einer frühzeitigen Exzision (Abb. 14 bis 20).

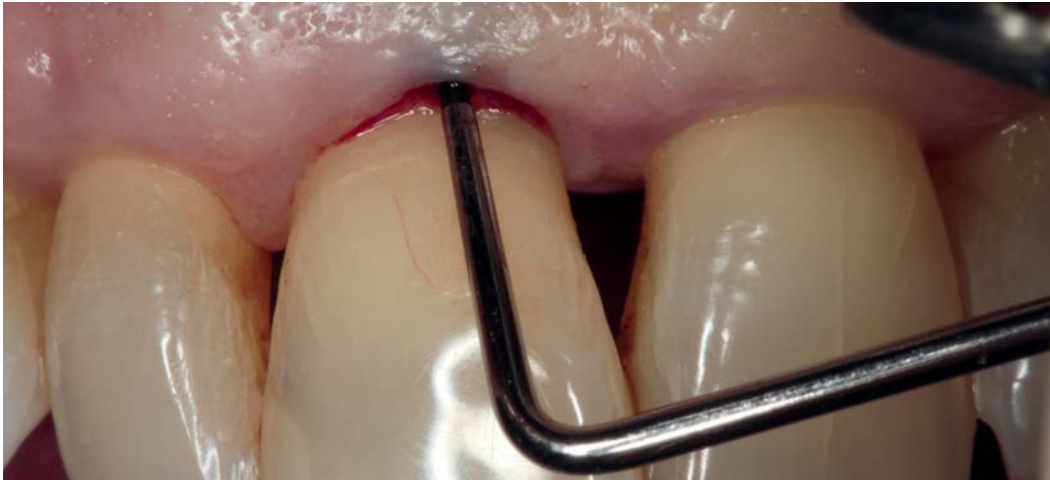


Abb. 14: Ausgangssituation regio 11 mit stark erhöhter Taschensondierungstiefe



Abb. 15: Ausgangsröntgenbild regio 11 mit Knochenverlust über den Apex hinaus



Abb. 16: Intraoperative Darstellung des gereinigten Defekts. Zahn 11 „schwebt“ und wird nur noch durch die Schienung gehalten.

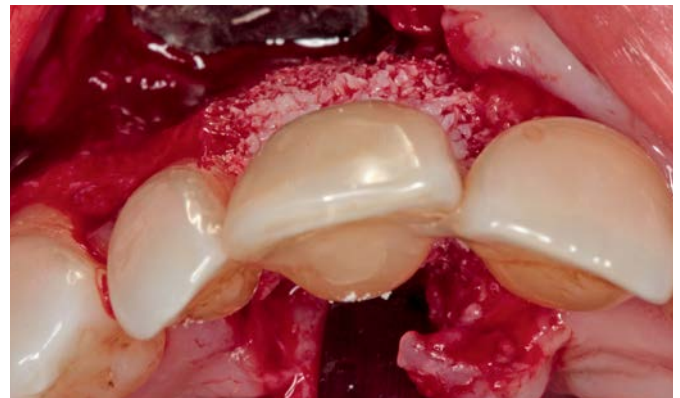


Abb. 17: Der Defekt wurde mit einem schwer resorbierbaren Knochenersatzmaterial aufgefüllt.



Abb. 18: Primärer Wundverschluss mit 6-0 Nahtmaterial



Abb. 19: Klinische Situation nach zwölf Monaten



Abb. 20: Röntgenologische Situation nach zwölf Monaten

Ablauf der Behandlung

Jeder Initialtherapie geht eine parodontologische Befunderhebung voraus. Neben der Erhebung der Taschensondierungstiefen, Rezessionen, Lockerungs- und Furkationsgrade wird besonders auf die bei der Sondierung auftretende Blutung oder Suppuration geachtet. Zähne, die einen Lockerungsgrad III aufweisen, werden mit glasfaserverstärkten Kompositbändern gesichert. Eine Vorbehandlung oder Mundhygieneinstruktion findet nicht statt. Grund

dafür ist, dass den Patienten aufgrund der hohen Entzündungslast des Parodonts kaum eine Möglichkeit gegeben ist, eine optimale Mundhygiene mit Plaquescores unter 20 Prozent zu betreiben. Durch das proteinreiche Sulkusfluid ist es ihnen auch bei guter bis sehr guter Mundhygiene nicht möglich, die entzündeten Bereiche konsequent von Biofilm zu befreien. Dies konnten Tonetti et al. [5] in experimentellen Studien zeigen. Durch den direkten Behandlungsstart und das Belassen aller Zähne wird

die Effektivität eventuell eingesetzter Antibiotika gesteigert und die prothetische Rekonstruktionsnotwendigkeit minimiert. Zähne, die vor der Therapie noch extraktionswürdig waren, stellen sich zum Zeitpunkt der Reevaluation häufig als erhaltungswürdig dar und zeigen im weiteren zeitlichen Verlauf keine Auffälligkeiten. Initial extraktionswürdige Zähne, die bei der Reevaluation keine Verbesserung zeigen, werden je nach Situation chirurgisch therapiert oder extrahiert und im Verlauf ersetzt.

Dass auch parodontal maximal stark geschädigte Zähne – mit radiologischem Knochenabbau bis zum oder über den Apex hinaus – erhalten werden können, zeigten Cortellini et al. [4]. Sie verglichen die Extraktion dieser stark geschädigten Zähne mit anschließender implantologischer Versorgung und chirurgischer regenerativer Therapie. Das Ergebnis zeigte vergleichbare Überlebensraten für einen Zeitraum von fünf Jahren. Dies spricht dafür, dass Zähne nicht leichtfertig entfernt werden sollten. Spricht der Zahn auf die Therapie an, kann er erhalten und eine notwendige prothetische Rekonstruktion in die Zukunft verschoben oder verhindert werden.

Zeigt die Reevaluation, dass der Zahn nicht durch konventionelle Reinigung zu erhalten ist, ist noch immer der Weg der chirurgischen Therapie gangbar. In jedem Fall ist der Zahn noch in situ. Schlagen alle Erhaltungsversuche fehl, lässt er sich immer noch entfernen. Aussagen, dass parodontal stark vorgeschädigte Zähne frühzeitig entfernt werden sollten, um nachfolgende Augmentationen zu verhindern, können vor diesem Hintergrund nicht bestätigt werden. Speziell Molaren mit einem Furkationsbefall Grad II (mehr als 3 mm sondierbar) sind in der Regel bei einem Knochenverlust von 30 Prozent und mehr noch fest (Lockerungsgrad 0–I). In diesen Situationen sind die Zähne über einen Zeitraum von zehn Jahren mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit erhaltungsfähig [6–8]. Eine Augmentation nach Entfernung dieser Zähne kann häufig nicht umgangen werden, da das verbleibende Knochenangebot bereits stark reduziert ist. Speziell im Oberkiefer ist das „prophylaktische“ Entfernen von Molaren aus diesem Grund sehr fraglich, da schon zum Zeitpunkt des sicheren Zahnerhalts eine Augmentation erforderlich ist [9].

Zusammenfassung

Der primäre Zahnerhalt stark parodontal geschädigter Zähne übt auf die Prognose der gesamten Behandlung keinen Einfluss aus. Es kommt jedoch häufig dazu, dass Zähne, die vor Therapiebeginn als extraktionswürdig eingestuft wurden, nach

der Therapie erhalten bleiben können. Dies führt gerade bei geschlossenen Zahnreihen dazu, dass keine weitere prothetische Rekonstruktion notwendig wird. Für ein Lückengebiss, das bereits vor der Therapie besteht, können häufig weniger invasive Zahnersatzlösungen gefunden werden, um das Versorgungsintervall positiv zu beeinflussen und in die Zukunft zu verschieben. Furkationsgrad I oder II-befallene Molaren frühzeitig zu entfernen, um genügend Knochen für ein Implantat vorzufinden, wird von der aktuellen Studienlage nicht bestätigt. Die betroffenen Molaren weisen bereits einen fortgeschrittenen Knochenabbau auf, was eine Augmentation in der Regel unumgänglich macht. Das Überleben befallener Molaren bis Furkationsgrad II liegt je nach Studie zwischen 80 und 100 Prozent. Auch wenn eine Augmentation im Sinne eines Sinuslifts mit anschließender Implantation eine sichere Operationstechnik darstellt, bleibt es ein chirurgisches Vorgehen mit Risiken für den Patienten. Bereiten die befallenen Molaren dem Patienten Beschwerden, sollten diese selbstverständlich entfernt werden.

Tipps für den Praktiker

Der Erhalt auch stark geschädigter Zähne sollte im Vordergrund stehen, da die prothetische Rekonstruktion häufig nicht ohne großen Aufwand möglich ist. Die Studienlage ist eindeutig: Auch parodontal stark geschädigte Zähne können über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren sicher erhalten bleiben. Als Nebeneffekt zum Erhalt dieser Zähne wird das Versorgungsintervall verschoben, sodass ein implantat- oder zahngetragener Zahnersatz erst später angefertigt werden muss und Probleme, die die jeweilige Versorgungsform mit sich bringt, erst nach längerer Zeit auftreten. Auch semipermanente Schienungen und der Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen können dazu beitragen, Zähne vor der Extraktion zu bewahren. Gerade in Fällen, in denen eine geschlossene Zahnreihe vorliegt, sollte sehr zurückhaltend entfernt werden. Liegt bereits ein Lückengebiss vor, stellt sich die Situation anders dar. Jedoch ist es gerade in der aktiven Phase der Initialtherapie auch in diesen Fällen möglich, einzelne Zähne durch geklebte Langzeitprovisorien zu ersetzen.

Korrespondenzadresse:
Dr. Frederic Kauffmann
Universitätsklinikum Würzburg
Abteilung für Parodontologie
Pleicherwall 2, 97070 Würzburg
kauffmann_f@ukw.de