

Motivation: Entscheidend bei der Prophylaxe

Konsequenzen aus dem Prophylaxekonzept nach Professor Per Axelsson

Ein Beitrag von Dr. Jens Thomsen, Hamburg

Die Frage nach dem Sinn der Prophylaxe stellt sich schon seit vielen Jahren nicht mehr. Eine 30-Jahrestudie aus Schweden verdeutlicht eindrucksvoll, wie Patienten ihr Gebiss bis ins hohe Alter gesund erhalten können. Dies geht aber nur mit der richtigen Motivation zur häuslichen Zahnpflege. Außerdem ist die effektive Abstimmung zwischen den Prophylaxeassistentinnen beziehungsweise Dentalhygienikerinnen und dem Zahnarzt wichtig. Anhand von Risikoprofilen kann man Prognosen zum späteren Krankheitsstatus treffen und die Patienten in Risikogruppen einteilen. Nur so kann eine bedarfsgerechte Behandlung mit entsprechenden Recall-Intervallen stattfinden. Beim Thema Zahnerhalt sind regenerative Methoden auf dem Vormarsch und sollten primär in Betracht gezogen werden. Neben den parodontalen Erkrankungen rückt die Periimplantitis immer mehr in den Fokus.

Studie von Professor Per Axelsson weist den Weg

Ziel der Studie von Professor Per Axelsson war es, anhand eines sorgfältig vorgenommenen Plaquekontrollprogramms über einen Zeitraum von 30 Jahren die Inzidenz von Zahnverlust, Kariesbefall und Attachmentverlust bei erwachsenen Probanden zu evaluieren. Ein Vergleich des Gesundheitszustands von 375 Teilnehmern, die 1972 im Alter zwischen 51 und 65 Jahren waren, mit Patienten der gleichen Altersgruppe, sollte im Jahr 2002 weitere Aufschlüsse geben. Bei der Eingangsuntersuchung und nach 3, 6, 15 und 30 Jahren wurden die Probanden auf Plaquebefall, Karies, Sondierungstiefe, Attachmenthöhe und den parodontologischen Behandlungsbedarf untersucht.

Im Anschluss an die Eingangsuntersuchung wurden bei Bedarf kariöse Läsionen beseitigt, Defekte an Restaurationen behoben und bei jedem Patienten eine nichtchirurgische Parodontaltherapie vorgenommen. Zudem wurden alle Probanden über häusliche Prophylaxe aufgeklärt und motiviert. Dazu gehörten auch Unterweisungen zur Eigen diagnose und Zahnpflege mit Schwerpunkt Plaquekontrolle, einschließlich der Verwendung von Zahn-

bürsten und interdentalen Reinigungshilfen wie Interdentalbürsten, Zahnseide und Zahnhölzern. Lediglich knapp zwei Prozent der Patienten verloren trotz des anspruchsvollen Prophylaxeprogramms das Interesse an der Studie. Insgesamt gingen nur 21 Zähne infolge progredienter Parodontitis oder Karies verloren. Der Vergleich mit Patienten, die im Alter von 50 bis 65 Jahren ein Gebiss mit durchschnittlich 20,1 Zähnen besaßen, mit den Probanden gleichen Alters, die aber über 30 Jahre lang an der bedarfsorientierten Prophylaxe teilgenommen hatten, ist aufschlussreich, da diese Gruppe durchschnittlich noch 26,3 Zähne besaß. Die Probanden gaben an, mindestens zweimal täglich Zähne zu putzen und regelmäßig interdentalen Reinigungshilfen wie Interdentalbürsten, Zahnseide und Zahnhölzer zu verwenden.

Auch die Inzidenz der Karies war bei den Probanden gering. Im Verlauf der Studie entstanden pro Proband durchschnittlich etwa 1,7 neue Läsionen, die allerdings zu 80 Prozent als Kariesrezidive einzustufen waren. Nach 10 bis 15 Jahren hatte die Studiengruppe 0,7 neue kariöse Läsionen, während die Kontrollgruppe 13 neue Läsionen aufwies. Die meisten Zähne zeigten – mit Ausnahme der bukkalen marginalen Gingiva – keine Anzeichen von Attachmentverlust. Der Vergleich beider Gruppen belegt deutlich den Erfolg regelmäßiger Prophylaxesitzungen und einer gründlichen häuslichen Zahnpflege. Während am Beginn der Studie im Jahre 1972 etwa 27 Prozent der Teilnehmer eine Parodontaltherapie benötigten, war es im Jahr 2002 nur noch ein Prozent.

Individuelle Risikoprofile motivieren

Plaque ist der wichtigste ätiologische Faktor für Karies, Parodontitis und Periimplantitis. Plaque lagert sich am entzündeten Gingivalsaum viermal schneller ab als am gesunden. Schon innerhalb von zwei Tagen nimmt die Dicke der Plaque immens zu. Damit ist der Plaqueindex ein wichtiger Indikator in Risikoprofilen. Patienten, die anfällig für Karies und Parodontopathien sind, können so sehen, wo beson-

dere Pflege erforderlich ist. Den Risikoprofilen ist auch im Hinblick auf die Eigenverantwortung der Patienten Bedeutung beizumessen. Gemeinsam mit dem Behandler erstellt, sind individuelle Risikoprofile mit 30 ätiologischen und modifizierenden Faktoren ein wichtiges Instrument für die Motivation zur bedarfsgerechten Zahnpflege. Dazu gehört auch eine Einweisung in die Benutzung von Leuchtspiegeln zur Selbstuntersuchung. Anhand der Risikoprofile kann man Prognosen zum späteren Krankheitsstatus ableiten und die Patienten in Risikogruppen einteilen. Daraus können individuelle Intervalle für den Recall festgelegt werden.

Regenerative Methoden auf dem Vormarsch

Bei Karies und Parodontitis ist eine intensive Initialtherapie notwendig. Zu dieser zählen die Etablierung einer bedarfsgerechten Zahnpflege zur Heilung der Gingiva, die Reduktion der Plaque und der Taschentiefe sowie die Remineralisierung des Zahnschmelzes. Die Methode des Scalings ist ebenfalls entscheidend. Zum Deep-Scaling sind Küretten vorzuziehen, da bei der Entfernung von Konkrementen mit Ultraschall die haptische Kontrolle fehlt und dadurch häufig der Zement beschädigt wird. Die Notwendigkeit eines wiederholten Deep-Scaling ist als Rückschlag zu deuten, da dieses durch regelmäßige professionelle Zahnreinigungen und bedarfsgerechte häusliche Selbstpflege nicht erneut indiziert sein sollte. Zu beachten ist auch, dass es nur bei kariösen Läsionen, die bis an oder in das Dentin reichen, sinnvoll ist zu bohren. Eine reine Schmelzkaries sollte primär mit Prophylaxemaßnahmen in Kombination mit einer Fluoridierung, wie zum Beispiel mit Duraphat, therapiert und danach regelmäßig kontrolliert werden. Dies gilt vor allem dann, wenn der Schmelz zwar lokal demineralisiert ist, aber noch keinen morphologischen Defekt aufweist.

Zudem ist es nicht sinnvoll, erkrankte, aber erhaltungsfähige Zähne durch Implantate zu ersetzen. Weltweit sind lediglich zwei Langzeituntersuchungen zur Qualität von Implantaten vorgenommen worden. In den Studien wurden Raten an Periimplantitis zwischen 28 bis 56 Prozent ermittelt, was beunruhigend ist. Unbehandelt dauert es bei einem für eine Parodontopathie anfälligen Patienten 50 Jahre bis zum Zahnverlust. Bei einem Implantat mit einer Periimplantitis dauert es bis zum Implantatverlust nur fünf bis zehn Jahre. Bei erhaltungsfähigen Zähnen empfehlen sich regenerative und resektive Therapien.

Nutzen für Parodontologie und Implantologie

Eine gute häusliche Mundhygiene hat großen Nutzen für die Prävention parodontaler Erkrankungen. Durch professionelle Anleitung zur häuslichen Mundhygiene, stetige Motivation und engmaschige Kontrollen wird die Plaque entscheidend minimiert. Deshalb ist bei Patienten mit Parodontitis die regelmäßige Motivation zur häuslichen Mundhygiene, eingebettet in ein effektives Behandlungskonzept, unabdingbar. Wiederholte Einweisungen in die Regeln der Zahnpflege, speziell zur Reinigung der Interdenträume, sind daher ebenso wichtig wie regelmäßige, alle drei bis sechs Monate stattfindende professionelle Zahnreinigungen.

Obwohl Unterschiede zwischen natürlichen Zähnen und Implantaten hinsichtlich der Histologie des parodontalen beziehungsweise periimplantären Gewebes bestehen, gibt es zahlreiche wichtige Gemeinsamkeiten zwischen einer Periimplantitis und einer Parodontitis. Als ätiologischer Faktor gilt bei beiden Erkrankungen die bakterielle Plaque. Weiterhin stellt eine unbehandelte Parodontitis einen wichtigen Risikofaktor für eine Periimplantitis in derselben Mundhöhle dar. Zudem leiden Patienten mit einer „parodontologischen Vorgeschichte“ häufiger an Periimplantitis. Der dauerhafte Erfolg einer Implantation hängt, neben ihrer korrekten prothetischen Versorgung, der Selbstreinigungsfunktion des Implantats und der Beseitigung hygienisch relevanter Spalträume, im Wesentlichen von der Mundhygiene des Patienten ab. Beim Verlust des Implantats durch Knochenabbau spielen dieselben Mikroorganismen eine Rolle wie bei einer Parodontitis. Zur Sicherung des implantologischen Erfolgs ist daher eine langfristig angelegte Beratungsstrategie mit Kontrolle, professioneller Reinigung und Motivation zur häuslichen Prophylaxe notwendig. Sie umfasst auch die Überprüfung und Verbesserung der Anwendung häuslicher Hilfsmittel sowie deren Neueinführung bei der Pflege der Implantate. Da die meisten Implantatverluste im ersten Jahr auftreten, sind in diesem Zeitraum engmaschige Kontrollen alle zwei bis drei Monate erforderlich. Hierbei sollten die Mundhygienemaßnahmen und die Funktionstüchtigkeit des Implantats überprüft und Plaqueanlagerungen beseitigt werden. Die weiteren Recallintervalle sollten, je nach Kooperationsfähigkeit und Plaqueanfälligkeit des Patienten, zwischen drei bis sechs Monaten festgelegt werden.



Abb. 1: Ausgangszustand



Abb. 2: Rechte Kieferseite: Status nach Initialbehandlung und Deep-Scaling mit Rückbildung der Gingivitis. Auch auf der linken Kieferseite erkennt man bereits eine Verringerung der Gingivitis, allein durch die verbesserte Mundhygiene.



Abb. 3: Status nach beidseitiger Initialbehandlung und Deep-Scaling

Die Dentalhygienikerin einbinden

Es gibt kaum eine bessere Chance, Patienten zur Mundhygiene zu motivieren, als bei der Hygiene-schulung oder bei der professionellen Zahnreinigung. Hierbei besteht die ideale Möglichkeit, die Putzgewohnheiten des Patienten zu eruieren. Ein Blick in die Patientenakte ermöglicht der Prophylaxehelferin beziehungsweise der Dentalhygienikerin eine angepasste Beratung, je nach Vorerkrankungen und individuellem Gesundheitszustand der Mundhöhle. Zudem kann der Patient selbst üben, wie zum Beispiel Interdentalbürsten oder Zahnseide zu handhaben sind, und man kann die richtige Größe der Interdentalbürste ermitteln. So wird dem Patienten klar, dass fundierte Prophylaxe auch besondere Hilfsmittel erfordert. Eine weitere Möglich-

keit zur Motivation ergibt sich aber auch schon vor der professionellen Zahnreinigung. Der Patient, der sich im Vorfeld die Zähne geputzt hat, wird annehmen, dass seine Zähne sauber sind. Um ihn zur effektiven Reinigung der Interdenträume zu motivieren, bietet sich an dieser Stelle der Riechtest an. Der Patient soll sich die Zahnzwischenräume mit einer Interdentalbürste säubern und anschließend daran riechen. Dieser simple Test motiviert die Patienten zur richtigen Interdentalpflege. Im Prophylaxeshop sollten Produktauswahl und Therapiemethoden ineinandergreifen, um den Patienten für ihre Bedürfnisse passende Produkte anbieten zu können. Ist eine Praxis beispielsweise auf Implantologie spezialisiert, liegt es nahe, im Praxisshop Produkte wie Interdentalbürsten und Implantat-Zahnseide anzubieten.

Fallbeispiel

Anhand einiger Abbildungen soll das bereits Gesagte verdeutlicht werden. Die Abbildung 1 zeigt den Ausgangsbefund eines Patienten. Den Status nach Initialbehandlung und Deep-Scaling mit Rückbildung der Gingivitis auf der rechten Seite demonstriert die Abbildung 2. Auch auf der linken Seite ist bereits eine Besserung der Gingivitis sichtbar, allein durch die verbesserte Mundhygiene des Patienten. Die Abbildung 3 zeigt den Zustand nach beidseitiger Initialbehandlung und Deep-Scaling, nach drei Monaten war die Gingivitis vollständig abgeheilt.

Fazit

Die Ausrichtung auf Prophylaxe ist für jede zahnärztliche Praxis Pflicht und nicht Kür. Ganz besonders gilt dies für Praxen mit parodontologischem oder implantologischem Schwerpunkt. Wer seine Patienten langfristig zahnärztlich optimal betreuen will, muss dafür sorgen, dass diese mitarbeiten. Er muss den Patienten regelmäßig eine professionelle Unterstützung anbieten und darauf achten, dass diese auch wahrgenommen wird. Generell gilt: Der Patient spielt eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der Gesundheit seiner Zähne, seines Zahnfleisches und, sofern er Implantate hat, auch seiner periimplantären Gingiva. Er kann jedoch nur so gut sein, wie ihn die Praxis anleitet.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jens Thomsen

Heilwigstraße 115, 20249 Hamburg

Telefon: 040 445971, www.oral-prevent.de