

# Chronische Parodontitis – BoP, der wichtigste Indikator

„Das „Kratzen“ alleine reicht nicht aus - das erfolgsorientierte Therapiekonzept bei chronischer Parodontitis“; ein Leitfaden für das gesamte Team.

**Autorin:** Dr. Margit Schütze-Gößner

## Bluten auf Sondieren – BoP

Die größte Herausforderung in der Therapie der chronischen Parodontitis ist die bakteriell infizierte Tasche mit Sondierungstiefe von fünf Millimetern und darüber und dem Zeichen „Bluten auf Sondieren“. In meiner Praxis vermerkt die Prophylaxe-Assistentin 4 wichtige Parameter: Taschentiefe, Bluten auf Sondieren (BoP), Pus und Lockerungsgrad. Die neuesten internationalen Publikationen sind einhellig der Meinung, dass der Parameter BoP der wichtigste Indikator über die Vorhersage für den weiteren Verlauf der Krankheit ist. D. h. für mich in der Praxis:

Solange eine Tasche blutet, ist ein akuter Krankheitsprozeß im Gange und es muss eine Therapie stattfinden. Die Dokumentation und Visualisierung über den Blutungsindex nützt allen. Für den Patienten ist es nachvollziehbar und motiviert ihn zur Mitarbeit. Für Zahnarzt/-ärztin und Paro-Assistentin sichert es die Vorhersage im Therapieverlauf.

## Die feinste Ultraschallspitze bleibt im Vergleich zum Bakterium immer noch eine Eisenstange

Die Entfernung des subgingivalen Plaque-Biofilm, bzw. der Zahnoberfläche anhaftender mineralisierter Auflagerungen und damit die Entfernung von parodontal-pathogenen Mikroorganismen stehen im Mittelpunkt. Zu diesem Zweck stehen konventionelle Methoden wie die Verwendung von Hand- oder Ultraschall-Instrumenten zur Verfügung. Ebenfalls ist es möglich, Pulver-Strahlgeräte für die Reinigung betroffener Zahnoberflächen heranzuziehen. Durch die verschiedenen Methoden der Oberflächeninstrumentierung ist es generell möglich, eine Reduktion parodontalpathogener Mikroorganismen zu erreichen. Da die Wur-

zeloberfläche nicht spiegelglatt ist und es viele Nischen, Spalten und Furkationen gibt, gibt es genügend Möglichkeiten für den Biofilm, sich darin anzulagern. Der zusätzliche Einsatz von CHX-Spülungen, die zusätzliche lokale Verwendung von Antibiotika oder die systemische Gabe von antibiotisch wirksamen Substanzen wurde ganz hervorragend von Prof. Einwag, Stuttgart, auf der 30. Herbsttagung in Rust (30.11.2009) kritisch beleuchtet und als eigentlich kontraproduktiv dargestellt.

## Warum brauchen wir eine neue Methode zur Keimelimination?

In den 30 bis 80µm tiefen Resorptions-Lakunen siedeln Bakterien, die bei einer rein mechanischen Bearbeitung der Wurzeloberfläche in der Tasche verbleiben würden und dort zu einer Reinfektion führen könnten. Kein Patient hat heute noch Zeit, alle 3 Monate eine Therapie, deren Erfolg nicht anhaltend ist, über sich ergehen zu lassen, und reagiert entsprechend.

Die notwendige Keimelimination gelingt uns heute mit der antimikrobiellen photodynamischen Therapie (aPDT). Mit diesem neuen Therapieansatz startete vor 10 Jahren die Universität Wien mit ersten Studienergebnissen.

Die professionelle Zahnreinigung vorausgesetzt – sie ist nach wie vor unabdingbar – kommt anschließend die aPDT zum Einsatz. Für die therapeutische Wirkung der in meiner Praxis angewandten Wirkstoff-Laserkombination (Fa. HELBO Photodynamic Systems) liegen heute eine Reihe von Studien vor. Damit zeigt dieses System eine wissenschaftliche Absicherung und unterscheidet sich von Systemen, deren Wirkstoff/Konzentrationen bzw. Laserkombinationen nicht klinisch dokumentiert sind.



Dr. Margit Schütze-Gößner

## „Ausschlaggebend für die Praxis ist der Langzeiterfolg“

Die Patientin kam Anfang des Jahres 2002 zum ersten Mal in die Praxis – mit Schmerzen und lockeren Zähnen. Das Kleinbildröntgen der OK Front vom 31. Januar 2002 zeigt den starken Knochenabbau (siehe Abb. 1a). Der entsprechende Paro-Befund dazu: Taschentiefen mit 4–7mm, BOP an allen Zähnen. Insgesamt wies die Patientin 18 erhaltungswürdige Zähne auf. Erschwerend kam noch dazu, dass die Patientin über keine intakten Stützzonen verfügte und aus finanziellen Gründen nicht in der Lage war, sich aufwendige Restaurationen zu leisten. Ihr einziger Wunsch war, dieses Restgebiß zu erhalten. Die Patientin wurde über die Folgen einer Restbezzahnung aufgeklärt (fehlende seitliche Abstützung, zu wenig Kaukomfort, eventuell auftretende Kiefergelenksbeschwerden); Abb. 2 klinisches Bild vom 13. Dezember 2005.

Durch die äußerst disziplinierte Mitarbeit der Patientin gelingt es von Beginn weg und über die Jahre, sowohl mit professioneller Mundhygiene, als auch mit Einsatz der aPDT

den Zustand zu erhalten und nachhaltig zu verbessern.

Kleinbildröntgen vom 13. Dezember 2005 und 31. März 2008 (siehe Abb. 1b und 1c): Die Zähne sind nach wie vor alle in situ, blutungsfrei! Festigung der OK- und UK-Front, keinerlei Kiefergelenksproblematik. Klinische Fotos vom 10. September 2009 (siehe Abb. 3a,3b) zeigen uns gesunde

Strukturen und einen festen Abschluß. Mit eingesetzter Parosonde ist die Anämie sehr schön zu sehen.

**Schlussfolgerung**

Durch die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT – HELBO Verfahren) gelingt es, die chronische Parodontitis zu beherr-

schen, unsichere Pfeiler in sichere Pfeiler überzuführen und damit einen langfristigen Erfolg in der restaurativen Prothetik zu erzielen.

Die klinischen Fotos vom 10. September 2009 zeigen gesunde Strukturen und einen festen Abschluß; mit eingesetzter Paro-Sonde ist die Anämie sehr schön zu sehen (3a).

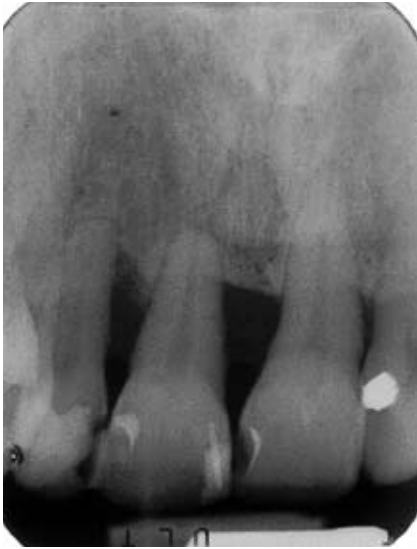


Abb. 1a: 30. Januar 2002



Abb. 1b: 13. Dezember 2005



Abb. 1c: 31. März 2008



Abb. 2: 13. Dezember 2005 trotz fehlender Stützzone, stabil



Abb. 3a: 10. September 2009



Abb. 3b: 10. September 2009

**Weitere Informationen**

**Dr. Margit Schütze-Göbner**  
**Fachärztin für Zahn-, Mund- und**  
**Kieferheilkunde**

Marktstraße 4  
 A-4800 Attnang-Puchheim

**Tel.:** +43(0)76 74-6 32 22 10

**E-Mail:** praxis.schuetze@