

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

12 Kurzreferate

- „Parodontose“, Parodontitis
Ursache, Risiko, Verbreitung Rüdiger Niestadtkötter
- Paro-/Endoläsion – versteckte Ursachen Ingo Brandt
- Therapie ohne Vor- und Nachbehandlung = Misserfolg
Recall, professionelle Zahnreinigung Wilfried Beckmann
- zurückhaltende Therapie oder Chirurgie Jochen Deppe
- Antibiotikatherapie: Allheilmittel oder letzte Hoffnung
Achim Merten
- Knochenverlust durch Zahnbetterkrankungen
Möglichkeiten des Knochenaufbaus durch Ersatzmaterialien
Jan Beckschäfer
- Lange Zähne durch Zahnbetterkrankungen
Möglichkeiten der Wiederherstellung (Rezessionsdeckung)
Martin Hübscher
- Fehl- und Überbelastung Willi Janzen
- Zahnverlust durch Parodontose – was dann? Stephan Lücke
- Implantate bei Parodontose – Lösung oder Widerspruch
Behnam Shakibaie
- Kieferorthopädie und Parodontose
Vorbeugung und Ausgleich von Folgeschäden Christian Kube
- Wie lassen sich Zahnbetterkrankungen vermeiden?
Uta Goldmann

„Parodontose“, Parodontitis- Ursache, Risiko, Verbreitung

Rüdiger Niestadtkötter, Rheda-Wiedenbrück

Liebe Zuhörerinnen u. Zuhörer!

Sie alle kennen den Begriff der „Parodontose“ aus der Werbung für Zahnputzmittel.

Da beißt jemand herzhaft in einen Apfel und- o weh!- das weiße Fruchtfleisch zeigt rote Blut-Spuren- ein Hinweis auf eine möglicherweise bestehende „Parodontose“.

Wir sprechen von Parodontitis – zu Deutsch: entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates und seiner umgebenden Weichgewebe.

Die Anzeichen einer Parodontitis sind Ihnen vielleicht schon bekannt- Zahnfleischblutung, Mundgeruch, unangenehmer Geschmack, dunkelrotes und geschwollenes Zahnfleisch, verlängerte Zähne, Zahnlockerung.

Parodontale Erkrankungen sind sehr verbreitet. Sie sind Volkskrankheiten. Die 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie von 2006 stellt fest, dass in der Gruppe der 35-44 jährigen Erwachsenen 73,2% erkrankt sind und in der Gruppe der 65-74 jährigen Senioren sogar 87.8%.

Wir sind also heute Abend hier, weil wir ein gemeinsames Problem haben. Rein statistisch gesehen haben mehr als 2/3 der heute hier Versammelten eine Entzündung im Bereich der Mundhöhle – oftmals ohne es überhaupt bemerkt zu haben. Auffällige Alarmzeichen einer Entzündung wie Fieber, Schüttelfrost, Mattigkeit und Schmerzen fehlen meistens.

Sehr verehrte Patientinnen und Patienten,
ich will sie hier nicht krank reden! Entspannen sie sich! Fühlen sie sich weiterhin wohl. Angst vor Krankheit ist ein schlechter Berater!

Angstreduzierung gelingt häufig, wenn man versteht, was mit einem los ist, was mit einem passiert. Wenden wir uns also den Ursachen einer Parodontitis zu.

Infektionsursache sind krankmachende Bakterien, die in einem Biofilm organisiert sind, der sich auf der Oberfläche der Mundhöhlenorgane befindet – z.B. auf der Zahnwurzel, dem Zungenrücken, der Wangenschleimhaut, dem Rachenring. Wesentlichen Einfluß auf Beginn und Verlauf einer parodontalen Erkrankung haben geschlechtsunabhängig die individuelle Abwehrfunktion des betroffenen Patienten, Mundhygieneverhalten, Ernährung, Tabakkonsum, psychosozialer Stress und erbliche Anlagen, wobei ein „Parodontitisgen“ bis heute nicht identifiziert werden konnte.

„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt

Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Parodontale Probleme treten bei Frauen gehäuft auf im Zusammenhang mit hormonellen Veränderungen während Menstruation, Schwangerschaft und Menopause.

Eine Parodontitis ist als Krankheitsgeschehen nicht auf die Mundhöhle beschränkt. Wir wissen heute, dass sie in einer wesentlichen Wechselwirkung steht mit Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems wie arteriosklerotische Gefäßerkrankungen (Stichworte: Herzinfarkt, Schlaganfall) und Schwangerschaftsverlauf. Hier sind zu nennen: Frühgeburt und reduziertes Geburtsgewicht.

Abschließend möchte ich feststellen:

Parodontitis steht im engen Zusammenhang mit der Gesundheit des gesamten Körpers.

Umgekehrt gilt: Parodontale Therapie und effektive Mundhygiene wirken sich günstig aus auf die Gesundheit von Blutgefäßen, auf Diabetes und Schwangerschaftsverlauf.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

„We have a problem“
Die Paro-Endo-Läsion oder
Die kombinierte Zahnfleisch-
Zahnwurzelentzündung

Dr. Ingo Brandt

Jetzt wissen wirs : Herr Niestadtkötter hat es
angesprochen:
We have a problem:

Eine weitere Ursache einer Parodontitis kann eine **kombinierte
Zahnfleisch-Zahnwurzelentzündung sein, genannt Endo-
Paro Läsion.**

Klingt als hätte man Läuse und Flöhe

Lassen Sie es mich an einem Beispiel erklären:

Sie kommen in meine Praxis, weil Sie seit geraumer Zeit einen Pickel
am Zahnfleischrand feststellen.

Nicht groß, mal weg aber nie dauerhaft,

Sie haben leichte Druckbeschwerden beim Aufbiss auf einen Zahn , aber
alles nicht dramatisch.

Ich untersuche, gehe mit Kältespray an den betreffenden Zahn:
keine Reaktion, kein Schmerz

Wir machen ein Röntgenbild und stellen fest, das der dem Pickel am
nächsten stehende Zahn nur auf einer Seite seinen gesamten Halt
verloren hat. Er steht

Nur noch angelehnt im Knochen.

Handelt es sich um eine fortgeschrittene Parodontitis? Oder wurde der
Knochenabbau durch eine Entzündung des Zahninnersten verursacht?
Oder, man kann **Läuse und Flöhe haben**, ergänzen sich beide
Erkrankungen?

Der Angriff 2er Feinde auf 1 Zahn,
unfair?

Ist nur das Parodontium = Zahnfleisch betroffen, werden die mir
folgenden Redner herausarbeiten wie man das Problem lösen kann. Wird
allerdings der Knochenabbau durch eine Entzündung des Zahninnersten

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

ausgelöst, wird sich durch eine reine Parodontaltherapie kein Erfolg einstellen.

Solche Zahnwurzelentzündungen entstehen meist als Spätfolge größerer kariöser Defekte.

Auch hier sind Bakterien die Verursacher, die den Zahnerv durch kleinste Kanälchen erreichen und infizieren.

In seltenen Fällen können diese Bakterien aber auch durch die Zahnfleischtasche den Nervenaustrittspunkt an der Zahnunterseite erreichen.

Wie behandeln wir das?

Der erfolgreichere Weg zur Gesamtausheilung bei einer kombinierten Zahnfleisch Zahnwurzel Entzündung ist zuerst die komplette Reinigung des „Zahninnersten „ mit allen seinen kleinen Verästelungen.

Dazu schaffen wir einen Zugang von der Zahnkrone aus,räumen die Hauptnervenstränge aus und spülen den Zahn bis in seine kleinsten Nebenverästelungen.

Dazu nutzen wir heute alle Möglichkeiten, die die Technik uns bietet.

Ein dentales Operationsmikroskop vergrößert uns die haarfeinen Wurzelkanaleingänge bis zum 24 fachen, um eine möglichst tiefe und sorgfältige Reinigung durchzuführen und optisch zu kontrollieren.

Filigrane, extrem biegsame Instrumente aus Spezialmetallen, lassen uns die feinsten Biegungen der Zahnwurzeln säubern.

Anschließend verschließen wir die Zahnwurzel mit Materialien, die wir so erwärmen, dass sie gerade den biologischen Apparat nicht schädigen, aber so flüssig sind, alle kleinen Verästelungen und Nebenkanäle zu erreichen Beim Abkühlen erstarren Sie und bilden eine dauerhafte Barriere gegen Bakterien Dann kommt Phase 2: (6 Monate später)

die Säuberung der Zahnwurzel.

Warum nicht anders herum? Bei einem Knochenabbau der vom Zahninnersten weitergeleitet wird, bleiben anfänglich die Fasern, die den Zahn im Knochen halten, intakt, so dass der Defekt komplett ausheilen kann. Startet man mit der Behandlung der Zahnfleischtasche, gehen die Faseransätze auf der Zahnwurzel verloren und müssen aufwändig wiederhergestellt werden).

Dieser Ansatz gilt aber nur für eine kombinierte Zahnfleisch-Zahnwurzelerkrankung.

Gut sagen sie:

Hält das denn, und wie lange?

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Eine reine Zahnwurzelentzündung lässt sich heute mit einer Erfolgsquote von über 90% heilen und ist für einen Zeitraum von 10 Jahre nachuntersucht.

In diesen speziellen Fall - Zwei auf Einen - kann die Prognose nicht besser sein, aber wir können 3 von 4 oder 75% der solch erkrankten Zähne heilen und über 5 Jahre erhalten.

So das man sagen kann:

yes we can ! ,oder besser : Yes we care

In unseren zahnärztlichen Partnerpraxen heißt das jetzt : Together we care

Danke

In unseren Partnerpraxen heißt das: Together we care

Danke

.

Therapie ohne Vor- und Nachbehandlung = Misserfolg Recall, professionelle Zahnreinigung

Dr. Wilfried Beckmann, Gütersloh

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Therapie entzündlicher Zahnbetterkrankungen zielt auf die Ausheilung von Zahnfleischtaschen.

Der Erfolg einer Therapie ist von einer erfolgreichen Vorbehandlung und einer dem Risiko im jeweiligen Fall angemessenen Nachbehandlung abhängig.

Warum ist das so?

Die entzündete Zahnfleischtasche kann man sich vereinfacht als unsaubere, mit krankmachenden Keimen besiedelte entzündete Wunde vorstellen.

Bevor im Rahmen der Therapie, die beiden Wundseiten gesäubert werden und der Inhalt der Tasche ausgeräumt wird, um ein Wiederaanwachsen des Zahnbetts an der gesäuberten Zahnoberfläche zu erreichen, muss der Patient in der Lage sein, seine Zähne und vor allem Zahnfleischsäume durch seine Mundhygiene sauber zu halten.

Der Zahnarzt muss durch Beseitigung der Beläge, die der Patient nicht selbst entfernen kann und durch die Beseitigung von Pflegehindernissen, den Erfolg der Mundhygiene des Patienten möglich machen.

Inhalt des Mundhygiene-Trainings ist

- Die Erklärung der Krankheitsursachen
- Die Erklärung, dass neben den Zähnen der Zahnfleischsaum von Belägen gesäubert werden muss.
- Der Hinweis, dass einmal täglich die vollständige Reinigung aller Zahnfleischsäume ein Leben lang Pflicht ist, soll die Behandlung der Erkrankung erfolgreich sein.
- Zahnmedizinische Prophylaxe Mitarbeiterinnen und Patienten müssen gemeinsam die Hilfsmittel auswählen und ihre Handhabung trainieren, die dem Befund (Stellung der Zähne, Weite der Zahnzwischenräume, der Geschicklichkeit des Patienten etc.) angemessen sind.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

- Das Training muss, wie auch Technik-Training im Sport, wiederholt geübt werden, bis der Erfolg gesichert ist.

Die Vorbehandlung soll nach Stellung der Diagnose „entzündliche Zahnbetterkrankung“ eine für Patient und Behandler mundhygienefähige Situation schaffen.

- Harte Zahnbeläge, wie Zahnstein, werden entfernt
- Weiche Zahnbeläge, wie der bakterielle Zahnbelag „Plaque-Biofilm“, der der Zahnoberfläche intensiv anhaftet, werden entfernt
- Weiche Zahnbeläge, z.B. infolge Rauchens oder Rotweingenusses, werden entfernt, da sie ihrerseits der Haftgrund für bakteriellen Zahnbelag bilden können.
- Klinisch erreichbare Beläge in den Zahnfleischtaschen werden entfernt. Das sind die Beläge in den Zahnfleischtaschen, die unter Sicht und in der Regel auch ohne Anästhesie entfernt werden können
- Falls vorhanden werden überstehende Füllungs- und Kronenränder geglättet und mundhygienefähig gemacht.
- Die Kontaktpunkte der Zähne werden poliert, damit der Zahnzwischenraum problemlos für die häusliche Pflege erreichbar ist.
- Die Spülung der Zahnfleischtaschen soll die Zahl der Keime deutlich reduzieren. Der Anteil der Keime, die Zahnbettentzündungen verursachen, soll drastisch verringert werden.

Die Maßnahmen der Belagsentfernung müssen, falls erforderlich, auch mehrfach wiederholt werden. Es wird eine Situation angestrebt, in der die Zahnfleischsäume wieder straff sind und nicht mehr bluten, auch nicht bei der Zahnpflege.

Gut erreichbare Zahnfleischtaschen von geringer Tiefe können durch diese Vorbehandlungsmaßnahmen ausheilen und bedürfen dann bereits keiner weitergehenden Therapie.

Die anderen Zahnfleischsäume sind nun für eine weitergehende erfolgreiche Therapie vorbereitet, die schonende Behandlung und schmerzarme Ausheilung erlaubt.

Kommt es durch die Vorbehandlung nicht zu dieser Entzündungsfreiheit der Zahnfleischsäume, muss noch einmal genau geprüft werden, welches Problem dahinter steckt:

Liegt eine bislang noch nicht diagnostizierte Allgemeinerkrankung vor?
Liegt z.B. ein Diabetes vor oder besteht eine Immunschwäche?

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Oder beherrschen besonders aggressive Keime die Keimflora des Mundes?
Dann kann auch eine wiederholte exakte Reinigung nicht zu der erwünschten Entzündungsfreiheit führen.

Oder ist die häusliche Mundhygiene nicht hinreichend. Mangelt es an der manuellen Geschicklichkeit? Ist das Sehvermögen eingeschränkt?

Diese Fragen müssen abgeklärt werden.

Sonst ist ein Erfolg der aufwändigen Therapie in Frage gestellt.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass eine dem individuellen Risiko des Patienten angemessene, lebenslange Nachbehandlung erfolgen muss.

Das heißt für viele Patienten Nachsorge alle 6 Monate, für andere kann es notwendig sein, in deutlich engeren Abständen, Nachsorgetermine einzuhalten.

Das klingt sicher überraschend, ist aber schnell erklärt.

Der Nachsorgetermin muss so angesetzt werden, dass durch die professionelle Zahnreinigung und Säuberung der Resttaschen die ursprünglich durch die Therapie erreichte Reduktion der Zahnfleischtaschen wieder hergestellt wird.

Ist der Abstand angemessen, verschlechtert sich die Zusammensetzung der Keimflora nach einigen Monaten. Bevor aber dauerhafter Schaden entsteht, wird wieder professionell gereinigt. Wir haben also eine „Rolladensituation“: Es geht immer wieder herunter, aber man kann immer ganz wieder hochziehen.

Ist der Abstand der Nachsorgetermine zu weit gesteckt, verläuft die Erkrankung anders: Sie haben das Bild der „Treppe“. Wir haben keine stabile Situation. Nur der Absturz wird verzögert.

Warum ist die Nachsorge im Einzelnen erforderlich:

- Entzündliche Zahnbetterkrankungen sind Infektionserkrankungen. Alle Maßnahmen zielen auf eine drastische Verringerung der krankmachenden Keime unter eine Konzentration, die beim einzelnen Patienten nicht mehr zur Erkrankung führt. Die Keime können aber nicht völlig ausgerottet werden. Wird also zu Hause nicht regelmäßig exakt gepflegt und werden die Zahnfleischtasche und schwierig zu reinigenden Nischen nicht in regelmäßigen Abständen nachuntersucht, nachgereinigt und

„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt

Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

desinfiziert, die Glattflächen der Zähne nicht poliert, die Zunge nicht gereinigt, dann vermehren sich diese Keime erneut. Es gibt wieder Zahnfleischtaschen.

- Die Veranlagung (Disposition) für diese Krankheit bleibt erhalten. Das ist im Wesentlichen vererbt und kann durch keine Therapie beeinflusst werden.
- Die nach erfolgreicher Therapie ausgeheilte Zahnfleischtasche, der neue Verbund zwischen Zahnbett und Zahn, hat eine andere Qualität als der des ursprünglichen gesunden Verbundes. So wird er sich bei leichten Pflegemängeln recht schnell wieder lösen. Die Tasche ist wieder da.

Die Wiedereinbestellung des Patienten zur Kontrolluntersuchung mit professioneller Zahnreinigung, Aufbereitung der Resttaschen und erneuten Feinabstimmung der häuslichen Mundhygiene nennen wir Zahnärzte „Recall“.

Auch für Patienten mit entzündlichen Zahnbetterkrankung ist lebenslanger Zahnerhalt möglich.

Jede Zahnbett-Therapie kann aber nur langfristig erfolgreich sein, wenn eine lebenslange intensive Nachsorge garantiert ist.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Zurückhaltende Therapie oder Chirurgie

Dr. Jochen Deppe, Gütersloh

Sehr geehrte Damen und Herren!

In meinem Vortrag geht es mir um die Frage, wie eine Parodontitis nach dem Abschluß der Vorbehandlung üblicherweise behandelt wird.

Welche Techniken gibt es, um die entzündeten Taschen gesund zu bekommen?

Lässt sich die Entzündung nur mit konservierenden Mitteln stoppen oder ist der Griff zum Skalpell unbedingt erforderlich?

Wie wir bereits gehört haben, ist das Ziel der Behandlung des Zahnbetts oder des Zahnfleischs Entzündungsfreiheit, um das Kauorgan langfristig zu erhalten.

Nach Abschluß der Vorbehandlung erfolgt eine weitere Untersuchung der zahntragenden Gewebe, um verbleibende entzündete Taschen zu finden und zu vermessen.

In dieser Untersuchung werden zunächst die Taschen und weitere Werte, zum Beispiel freiliegende Wurzeln, vermessen.

Bei dieser Gelegenheit kann auch eine mikrobiologische Untersuchung auf zahnfleischkrankmachende Bakterien angezeigt sein.

Hierzu werden wir später noch mehr erfahren.

Zur weiteren Reduktion der Parodontitis sind heute nichtchirurgischen Verfahren als die schonendsten und besten anerkannt.

Einfach gesagt, wird dabei die mechanische Reinigung der Taschen, wie Sie es bereits in der Vorbehandlung kennengelernt haben, in der Tiefe fortgesetzt.

Diese Reinigung geschieht mit Handinstrumenten oder mit Ultraschall. Dabei ist es sinnvoll, unter Lokalanästhesie zu arbeiten.

Die Heilung nach dieser Behandlung erfolgt rasch und sicher.

Heute ist an diesem Punkt die Behandlung der häufigsten Parodontitisfälle bis auf weiteres abgeschlossen, so daß zur Sicherung der Zahnfleischgesundheit mit der Nachsorge weitergemacht werden kann.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Lassen Sie es mich betonen:
in den meisten Fällen ist damit die Behandlung erfolgreich beendet.

Das ist wichtig zu wissen, weil viele befürchten, dass eine Parodontitis unbedingt chirurgisch behandelt werden muß und dabei das Gewebe weggeschnitten oder „weggebrannt“ wird.

Ich finde es beinahe tragisch, dass es wohl viele Menschen mit Zahnfleischproblemen gibt, die wegen eben dieser unbegründeten Befürchtung vor einer Behandlung zurückschrecken.

Es kommt jedoch auch vor, dass dieses alleinige konservative Reinigen der Taschen nicht ausreicht.

Zum Beispiel bei besonders tiefen Taschen oder an Zähnen mit schwieriger Wurzelanatomie.

Dann kann die Chirurgie eine wichtige Bereicherung unserer therapeutischen Möglichkeiten sein.

Es gibt also Behandlungsziele, für deren Erreichen die chirurgische Herangehensweise in Anschluß und in Ergänzung an die konservierende Therapie angezeigt ist.

Dies sind im Einzelnen, neben den genannten beiden Beispielen die folgenden Sieben:

- 1.) Es gibt, wie gesagt, Taschen, die so tief sind, dass sie, um richtig gereinigt werden zu können, „aufgeklappt“ werden müssen. Hier ist zu beachten, dass erst nach der Wurzelglättung und Reevaluation, d. h. der Neubewertung in der Nachbehandlung, sicher entschieden werden kann, ob die Aufklappung angezeigt ist.
- 2.) Beseitigung der Entzündung:
Wenn nach der konservierenden Behandlung entzündete Taschen verbleiben, kann auch ein Abtragen des entzündeten Gewebes angezeigt sein.
- 3.) Schaffung einer für die Mundhygiene und Zahnpflege günstigen Umgebung:
 - a) Taschenelimination (wie bereits genannt)
 - b) Korrektur abweichender Formen von Zahnfleisch und/ oder des Kieferknochens, so dass diese die Zahnpflege nicht behindern.
 - c) Umformung von Wurzeln.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

- d) Umgestaltung von Zahnzwischenräumen, damit sie besser gereinigt werden können.
- 4.) Regeneration eines durch die Parodontitis zerstörten Zahnhalteapparates. Hierzu werden wir gleich noch mehr hören.
- 5.) Lösung von Problemen des Zahnfleischs:
zum Beispiel zu schmales am Zahn anliegendes Zahnfleisch oder gefährlich ansetzende Lippen- und Wangenbänder. Diese Bänder können einen Zug auf den Zahnhalteapparat ausüben, was zu einem Rückgang des Zahnfleischs an dieser Stelle führen kann.
- 6.) Schaffung einer Zahnfleischsituation, die für die weitere Behandlung mit Zahnersatz oder auch nur Füllungen usw. günstig ist.
- 7.) Verbesserung des Aussehens:

Manchmal führt ein natürliches Zuviel an Zahnfleisch zu einem unschönen Aussehen der Zahnreihen, weil einzelne oder mehrere Zähne so aussehen, als ob sie zu kurz seien.

Wenn die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, kann dieser Gewebeüberschuß vorsichtig abgetragen werden, um die Harmonie zwischen weißen Zähnen und rotem Zahnfleisch zu verbessern.

Auch hier ist nach sorgfältiger Planung und Durchführung mit dem Skalpell eine erhebliche Verbesserung zu erreichen.

Verwendet wird für all diese Eingriffe überwiegend mikrochirurgisches Instrumentarium und Nahtmaterial.

Dies ist vorteilhaft, weil so die Belastung für Wundgebiet und Patient verringert wird.

Die Heilung ist besser und es gibt weniger Narbenbildung.

Zusammenfassend können wir sagen:

Chirurgische Techniken in der Behandlung der entzündlichen Zahnbetterkrankungen ergänzen die konservierende Behandlung.

Sie sind heute schonend und in ihrer Wirksamkeit gut

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

belegt.

Sorgfältig ausgewählt und angewandt können sie einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung des Kauorgans leisten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Antibiotikatherapie – Allheilmittel oder letzte Hoffnung

Achim Merten, Verl-Sürenheide

Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch ich darf mich Ihnen zunächst kurz vorstellen:

Ich heiße Achim Merten und bin in Verl-Sürenheide als Zahnarzt tätig.

In meinem Kurzvortrag möchte ich Ihnen aufzeigen, ob und wann der Einsatz von Bakterien abtötenden Medikamenten = Antibiotika bei einer geplanten Parodontitisbehandlung sinnvoll sein kann.

Wie wir heute wissen, ist die Parodontitis eine Infektionskrankheit, bei der durch Bakterien entzündliche Erkrankungen des Zahnhalteapparates verursacht werden.

Manche Patienten, die eine Parodontitisbehandlung benötigen und an bestimmten Erkrankungen, wie z.B. Herzklappenersatz oder angeborenen Herzerkrankungen leiden, sind Risikopatienten, die vor einer solchen Behandlung nach Rücksprache mit dem Hausarzt mit einem Antibiotikum geschützt werden sollten. Denn bei einer Parodontitisbehandlung werden regelmäßig größere Mengen von Keimen freigesetzt, die ungünstigerweise in die Blutbahn gelangen und geschwächtes Gewebe angreifen können.

Parodontitis ist nicht gleich Parodontitis. Es gibt verschiedene Arten:

Die überwiegende Mehrheit der Parodontitispatienten leidet an einer Parodontitisart, die durch Bakterien aus dem Zahnbelag verursacht wird. Entfernt man diesen Belag von den Zahn- und Zahnwurzeloberflächen mechanisch z. B. durch eine Ultraschallreinigung, kann die Erkrankung ausheilen. Bei einigen selteneren Arten von Parodontitis, bei denen besonders zerstörerisch wirkende Bakterienfamilien beteiligt sind, reicht eine mechanische Reinigung allein für eine Heilung jedoch nicht aus. Diese sind:

1. die schwere chronische generalisierte Parodontitis, bei welcher mehr als 30 % der gemessenen Zahnfleischtaschentiefen größer als 5 – 6 mm sind
2. die so genannte aggressive Parodontitis
3. die mittelschwere bis schwere Parodontitis bei verringerter Immunabwehr des Patienten, z.B. nicht eingestellter schwerer Diabetes
4. sehr seltene Sonderformen; wie Parodontalabszesse mit Ausbreitungstendenz oder Parodontalerkrankungen mit systemischer

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Beteiligung, welche mit Fieber einhergehen und bei denen die Gefahr der Ausbreitung besteht sowie weitere Spezialformen.

Warum hilft die alleinige Gabe von Antibiotika zur Behandlung einer Parodontitis nicht aus?

Die Bakterien befinden sich in den Zahnfleischtaschen in einem so genannten Biofilm. In diesem Biofilm können sich die Bakterien bewegen, miteinander kommunizieren und sich vermehren, ohne von außen angreifbar zu sein.

Aufgrund der speziellen Struktur des Biofilms ist die Einnahme von Antibiotika in Tablettenform mit einer besonderen Schwierigkeit verbunden:

Wenn im Gefäßsystem des menschlichen Körpers noch eine wirksame Medikamentenkonzentration vorliegt, kann am Zielort, den Zahnfleischtaschen, die Konzentration schon nicht mehr ausreichen. Um in den Zahnfleischtaschen eine sichere Medikamentenwirksamkeit zur Beseitigung der Bakterien zu erzielen, müsste man eine zehnfach höhere Dosierung eines Antibiotikums einnehmen, als man z.B. für eine Wirksamkeit im Blutgefäßsystem benötigte.

Dieses ist medizinisch jedoch nicht vertretbar.

Eine mechanische Zerstörung des Biofilms mittels Handinstrumenten oder Ultraschall macht es daher erst möglich, dass das eingesetzte Antibiotikum auch in einer verträglichen Dosierung eine sichere Wirkung erzielen kann.

Die Parodontitis ist eine Erkrankung, die durch das Zusammenwirken von verschiedenen Bakterienarten hervorgerufen wird. Bisher konnten in der Mundhöhle über 500 verschiedene Keimarten nachgewiesen werden, wovon jedoch nur wenige mit der Entstehung einer Parodontitis in Verbindung stehen.

Da jeder Patient ein ganz individuelles Keimmuster vorweist, muss vor der Antibiotikumverordnung eine Keimentnahme aus der Mundhöhle mit anschließendem mikrobiologischem Test erfolgen. Hierzu wird in den tiefsten Zahnfleischtaschen je eine sterile Papierspitze bis in den Boden der Tasche vorgeschoben und verbleibt dort etwa 10 Sekunden. Die Papierspitzen werden anschließend in sterilen Behältern an spezielle Labore gesandt, wo die Auswertung der Proben erfolgt. Der behandelnde Zahnarzt erhält nach einigen Tagen schriftlich das Ergebnis der Analyse und kann dann ein geeignetes Antibiotikum oder Antibiotikakombinationen als unterstützende Therapie auswählen. Leider ist bis heute kein Medikament verfügbar, das für die Bekämpfung der Vielzahl von möglichen Bakterien gleich gut geeignet ist.

„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt

Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Die Auswahl der Antibiotika hat daher so zu erfolgen, dass keine Resistenzbildung der Keime entsteht und die natürliche Keimvielfalt in der Mundhöhle möglichst wenig beeinträchtigt wird.

Antibiotika können mehr oder minder starke unerwünschte Nebenwirkungen haben. Häufiger beobachtet werden Magenprobleme oder Durchfälle, die die Wirksamkeit des Antibiotikums beeinträchtigen. Hierfür gibt es geeignete Medikamente, die eine mögliche Unverträglichkeit im Magen-Darmtrakt deutlich abmildern können. Ihr Zahnarzt oder Apotheker wird Sie diesbezüglich beraten. Sind die medikamentösen Nebenwirkungen schwerwiegend, ist dieses dem behandelnden Zahnarzt unverzüglich mitzuteilen, damit ein geeignetes Reservepräparat verordnet werden kann.

Meist ist es sinnvoll, eine Antibiotikatherapie durch eine gleichzeitige antiseptische Mundspüllösung zu unterstützen, die auch mit der Munddusche verwendet werden kann. Als bisher am wirksamsten hat sich hier der Wirkstoff Clorhexidindigluconat erwiesen, der in verschiedenartigen Spüllösungen erhältlich ist.

Sind nach abgeschlossener Parodontalbehandlung bei der Nachkontrolle einzelne Zahnfleischtaschen nicht in Ordnung, besteht die Möglichkeit, diese mit lokalen Antibiotika zu therapieren, die in die Zahnfleischtaschen eingebracht werden. Ihre Wirksamkeit wird jedoch nicht so hoch eingestuft wie systemisch verabreichte Antibiotika. Daher sollte ihr Einsatz auf die Nachbehandlung beschränkt bleiben.

Tritt trotz unterstützender Antibiotikatherapie kein Behandlungserfolg ein, könnte eine mögliche Antibiotikaresistenz vorliegen. Die Anfertigung eines sogenannten Antibioграмms gibt dann hierüber Auskunft, damit geeignete alternative Medikamente eingesetzt werden können.

Meine Damen und Herren, Antibiotika sind keine Allheilmittel, aber sinnvoll eingesetzt manchmal die letzte Hoffnung bei schweren Parodontalerkrankungen.

Vielen Dank!

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Knochenersatzmaterial in der Parodontaltherapie

Jan Beckschäfer, Gütersloh

Sobald eine Knochentasche eine gewisse Tiefe erreicht hat, wird deren Therapie deutlich schwieriger.

Eine ausreichende Reinigung ist im geschlossenen Zustand kaum möglich.

Nur wenn das Zahnfleisch abgeklappt wird, kann der Defekt behandelt werden.

Hat man nun harte Ablagerungen und weiches, entzündliches Gewebe entfernt, wird der Bereich mit desinfizierenden Spülungen und Gelen gesäubert.

Leider wächst der verloren gegangene Knochen nicht wie nach einem Knochenbruch nach, auch wenn der Bereich optimal gereinigt wurde.

Die Zahnfleischzellen wachsen von oben um ein vielfaches schneller in die Tiefe, als das sich der Kieferknochen neu bilden kann. Man kann im besten Fall ein Stoppen des Knochenabbaus erreichen.

Der Patient wird aber eine erhöhte Taschentiefe behalten. Da das Zahnfleisch dem verloren gegangenen Knochen folgt, sind freiliegende Wurzeloberflächen mit optisch länger wirkenden Zähnen und möglichen Überempfindlichkeiten zu erwarten.

Es gibt nun bestimmte Operationstechniken, die eine Knochenneubildung unterstützen können. Füllt man nach der Reinigung den Knochendefekt mit einem Ersatzmaterial auf, so kann sich dort neuer Knochen bilden. Dabei kann es sich um eigenen (autologen) Knochen handeln, der an einer anderen Stelle entnommen wird.

Hierfür ist aber in der Regel ein zweiter Eingriff im Mundbereich (Kinn oder hinter den letzten Backenzähnen) oder z. B. am Beckenkamm erforderlich.

Da dies den Patienten zusätzlich belastet werden gerne andere Materialien verwendet.

Die Industrie bietet hierfür zahlreiche Lösungen.

Diese Materialien aus feinkörnigem Granulat bestehen aus Mineralien, wie sie auch im Knochen vorkommen, und Kollagen.

Andere sind in Pastenform und enthalten ebenfalls knochenverwandte Mineralien.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Diese Ersatzmaterialien dienen nun dem eigenen Knochen als Gerüst. Blutgefäße wachsen in diesen Bereich ein und versorgen ihn. Es kann sich neuer eigener Knochen bilden. Die Zugabe von Wachstumsfaktoren, die dies unterstützen, ist in der Erprobung.

Um das Einwachsen von Zahnfleisch zu verhindern, kann es hilfreich sein, diesen Bereich zusätzlich mit einer sich selbst auflösenden Membran abzudecken. Ein möglichst dichtes Vernähen mit einem sehr feinen Faden begünstigt den Heilungsverlauf.

Das Ersatzmaterial wird mit der Zeit vom Körper abgebaut und vollständig durch eigenen Knochen ersetzt.

Da unser Arbeitsbereich durch im Mund vorhandene Keime nie steril ist, kommt der Mitarbeit des Patienten in der Heilungsphase eine große Bedeutung zu.

Besonders hervorzuheben sind die Mundhygiene und das Rauchen.

Raucher haben deutlich schlechtere Chancen auf eine Knochenneubildung als Nichtraucher.

Mit diesen Materialien haben wir in bestimmten Fällen eine echte Möglichkeit der Knochenrückbildung.

Zähne die man noch vor 10 Jahren sofort entfernt hätte, haben heute eine realistische Erhaltungschance.

Knochenersatzmaterialien sind aber keine Wundermittel, die einfach in die Taschen gegeben werden können und mit denen man ganze Kiefer wieder aufbauen kann.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Rezessionsdeckung

Dr. Martin Hübscher, Gütersloh

Liebe Gäste,

nachdem Sie nun in den letzten Referaten bereits einiges über parodontale Erkrankungen, deren Entstehung und Therapiemöglichkeiten gehört haben, möchte ich Ihnen die sog. Parodontalen Rezessionen näher erläutern.

Diese Rezessionen sind dadurch gekennzeichnet, daß sich an einzelnen Stellen oder auch in größeren Bereichen der Zahnfleischsaum nicht mehr in seiner ursprünglichen Position befindet, sondern sich im Bereich der Zahnhäse zurückgezogen hat.

Die Zahnhäse liegen demnach mehr oder weniger frei und können sowohl die Ästhetik negativ beeinflussen, aber auch zu Mißempfindungen oder gar zu Schmerzen bei Temperaturreizen führen.

Verursacht werden solche Rezessionen u.a. durch zu intensives Zähneputzen, evtl mit harter Zahnbürste, die dann noch mit viel Druck angewendet wird, vielleicht noch in Verbindung mit besonders abrasiven Zahnpasten. Es gibt Patienten, die sehr widerstandsfähiges festes Zahnfleisch haben, denen kann eine solche Putztechnik nicht so schnell schaden wie den Menschen, die einen zarten, weniger stabilen Zahnfleischrand aufweisen. Auch die Dicke des über der Wurzel liegenden Alveolarknochens spielt eine Rolle.

Weitere Ursachen für Rezessionen sind mit großer Wahrscheinlichkeit Funktionsstörungen, die zu Überlastungen einzelner Zähne oder Zahngruppen führen können. Kommt alles zusammen, also Fehlbelastungen der Zähne, anatomisch ungünstige Knochen- und Zahnfleischstruktur und zusätzliches falsches Zähneputzen, können sich massive Schäden ausbilden, eben das Bild der „langen Zähne“ mit keilförmigen Defekten oder auch Karies auf den langen freiliegenden Wurzeloberflächen.

Man kann die Rezessionen in verschiedene Schweregrade einteilen, die sog. Millerklassen.

Hierbei unterscheidet man, ob die Rezession noch im Bereich des auf dem Knochen fest angewachsenen Zahnfleisches lokalisiert ist oder schon darüber hinausgeht, bis in den Bereich der beweglichen Schleimhaut. Weiterhin

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

berücksichtigt man bei dieser Einteilung die Situation der Zahnfleischpapillen, also der girlandenförmigen Zahnfleischfortsätze zwischen den Zähnen. Wenn diese Papillen mit dem darunter liegenden Knochen noch vorhanden sind, gibt es sehr gute Behandlungsmöglichkeiten. Wird hingegen eine Rezession der Millerklasse 4 diagnostiziert, d.h. zurückgewichenenes Zahnfleisch bis in die bewegliche Schleimhaut hinein mit gleichzeitigem Weich- und Hartgewebsverlust auch in den Zahnzwischenräumen, dann läßt sich eine Bedeckung der Wurzeloberflächen nicht mehr erreichen.

Sie sehen also, sehr verehrte Damen und Herren, auch bei diesem Krankheitsbild ist eine möglichst frühzeitige Diagnose sehr wichtig, um mit geeigneten Behandlungsmaßnahmen eine stabile, gesunde und auch ästhetisch schöne Situation zu erreichen. Die harmonischste noch so weiße Zahnreihe empfinden wir nur dann als schön, wenn auch die sog. Rote Ästhetik, d.h. ein gleichmäßiger girlandenförmiger Zahnfleischverlauf gewährleistet ist.

Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen uns zur Verfügung:

Es handelt sich immer um einen kleinen sog. Mikrochirurgischen Eingriff, bei dem selbstverständlich unter Lokalanästhesie, also völlig schmerzfrei, unterschiedliche Techniken, je nach vorheriger Diagnose, zur Anwendung kommen.

Bei einer einzelnen kleineren Rezession reicht manchmal schon eine Verschiebung und Fixierung des zu kurzen Zahnfleisches in Richtung Kaufläche aus, um eine Deckung zu erzielen, wir nennen das „koronaler Verschiebelappen“.

Größere Rezessionen allerdings decken wir heute meistens mit einem Bindegewebestransplantat, das aus dem Gaumendach entnommen wird. Hierbei wird nach einem kleinen Schnitt ein Stückchen von dem unter der Schleimhaut liegendem Bindegewebe entnommen. Die Schleimhautränder werden anschließend vernäht, an dieser Stelle bildet sich im Verlauf der nächsten Monate neues Bindegewebe. Im Gegensatz zu freien Schleimhauttransplantaten, die früher viel häufiger aus dem Gaumen entnommen wurden, entsteht bei der eben erwähnten Bindegewebsentnahme keine freie Wundfläche, so das der Eingriff kaum noch als unangenehm empfunden wird.

Das entnommene Bindegewebe wird auf den freiliegenden Wurzelbereichen, den Rezessionen also, mit Mikronähten fixiert und dann wiederum mit einem Verschiebelappen abgedeckt.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Vielfach verwenden wir noch zusätzlich ein sog. Schmelzmatrixprotein, das als gelartige Substanz vor der Abdeckung auf der Wurzeloberfläche aufgebracht wird. Hierdurch scheint es zu einer noch besseren Wundheilung zu kommen.

Es gibt noch weitere Techniken, die angewendet werden können, die aber aufgrund der guten Erfolge der modernen von mir beschriebenen Methoden nur noch selten eingesetzt werden und auf die ich darum nicht weiter eingehen möchte.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß heute durch eine mikrochirurgische Behandlung freiliegende Zahnhälse und Wurzeloberflächen gedeckt werden können. Das Ergebnis ist nicht nur ästhetisch perfekt, es beseitigt auch die oben erwähnten Probleme wie Hitze- und Kälteempfindlichkeit und erhöhte Kariesgefahr.

Vielen Dank für Ihr Interesse

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Fehl- und Überlastungen Dr. Willi Janzen, Versmold

Parodontitis ist eine Infektionserkrankung ab dem 35. - 40. Lebensjahr.

Ursache für diese Entzündungsreaktionen ist der bakterielle Zahnbelag. Nicht an allen Zähnen gleichmäßig, sondern an jedem Zahn einzeln.

Patienten mit Parodontitis, fehlenden Zähnen und Implantaten haben sehr häufig funktionelle Störungen mit falschen Bissverhältnissen.

Viele Patienten reagieren hierauf mit Verspannungen der Kopf-, Hals- und Nackenmuskulatur. Warum?

Für die Patienten mit Parodontitis bedeuten Fehlbelastungen auf den Zähnen erhöhte Gefahr für verstärkten Knochenabbau.

Der Patient bemerkt Zahnwanderungen und eine Veränderung der Zahnstellung: Wanderungsparodontose.

Das soll heißen: bakterieller Zahnbelag und zusätzliche Fehlbelastungen auf den jeweilig betroffenen Zähnen können den Abbau des Zahnhalteapparates beschleunigen.

Diese Kenntnis hat auch Konsequenzen für den weiteren Behandlungsablauf. Gerade während der Abheilphase einer Parodontitis sollten Fehlbelastungen auf den Zähnen weitestgehend vermieden werden, um eine gute Ausheilung sicherzustellen.

Patienten mit Press- und Knirschgewohnheiten und Patienten mit unsicheren Bissverhältnissen im Sinne von nicht natürlichen Scherkräftebelastungen haben auf den Zähnen Krafteinwirkungen bis zum 15fachen der normalen Kaukraft. Die in dieser riskanten Situation behandelten Zähne und auch evtl. eingebrachte Implantate unterliegen aufgrund erheblicher Fehlbelastungen einem Dauerrisiko.

Ohne eine funktionelle Vorbehandlung des Patienten, ist die Prognose für den Erhalt von Zähnen und Implantaten nicht kalkulierbar.

Dr. Willi Janzen

Zahnverlust durch Parodontose / Parodontitis - was dann?

Dr. Stephan Lücke, Gütersloh

Für eine Zahnersatzplanung, wenn durch eine Zahnbettbehandlung Zähne verloren wurden, sind 4 Dinge wichtig:

1. eine erfolgreich abgeschlossene Zahnbett-Behandlung incl. Abheilungszeit und Mundhygienemotivation des Patienten
2. die Anzahl der zu ersetzenden Zähne
3. die Festigkeit und Prognose der vorhandenen Zähne, d.h. es muß auf eine evtl. Erweiterungsfähigkeit geachtet werden
4. die Wünsche des Patienten.

Für die weiteren Ausführungen werden eine abgeschlossene Zahnbett-Behandlung und eine gute Motivation des Patienten zur Mundhygiene vorausgesetzt.

Sind nur wenige Zähne zu ersetzen und die vorhandenen Zähne ausreichend fest im Knochen verankert, haben wir also eine gute Langfristprognose, dann wird festsitzender Zahnersatz angestrebt.

Dann gibt es 2 Möglichkeiten:

- a) die fehlenden Zähne einzeln ersetzen, mittels Implantaten und darauf fest verankerten Kronen

Vorteil:

harmonisches Bild, Nachbarzähne müssen nicht bearbeitet werden, gutes Gefühl

- b) die klassisch-konventionelle Versorgung der Lücke mittels festsitzender Brücken (z.B. in Circon)

Vorteil: kein operativer Eingriff, metallfreier Ersatz möglich.

Ist eine reduzierte Restbezaehlung vorhanden, diese aber ausreichend fest, gibt es je nach Wunsch des Patienten verschiedene Versorgungsmöglichkeiten.

- a) Wünscht der Patient festsitzenden Zahnersatz, so kann dies heute mittels Implantaten und festsitzenden Einzelkronen gelöst werden, wobei der Operateur entscheiden muß, ob evtl. ein vorheriger

„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt

Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Knochenaufbau in den Bereichen wo viele Zähne fehlen notwendig ist. (entsprechende diagnostische Verfahren mittels Computerplanung sind vorhanden.)

Vorteil: feste Zähne, Vorsorge vor weiterem Knochenabbau, guter Komfort

- b) konventioneller Zahnersatz mittels kombiniertem Zahnersatz, d.h. ein Teil des Ersatzes wird mittels Kronen fest auf den vorhandenen Zähnen verankert, der andere Teil zum Ersatz der fehlenden Zähne wird daran abnehmbar befestigt (z.B. Teleskopverankerung bei abnehmbarer Brücke)

Vorteil: erprobt, erweiterungsfähig, langlebig, kein operativer Eingriff

- c) Für Patienten die keinen großen Aufwand wünschen besteht die Möglichkeit die fehlenden Zähne durch eine Schienungsprothese mit gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen (herausnehmbare Klammerprothese) herausnehmbar zu ersetzen.

Vorteil: relativ schnell anzufertigen, weniger Laboraufwand, erweiterungsfähig

Nachteil: Kosmetik und Komfort genügen oft nur einfachen Ansprüchen.

Bei reduzierter Restbezaahnung und stärker geschwächtem Zahnhalteapparat sollte auf jeden Fall mit dem Patienten die Möglichkeit einer erweiterungsfähigen Rekonstruktion erörtert werden. Solche erweiterungsfähigen Versorgungen sind z.B. teleskopverankerte Brücken bzw. Prothesen. Dort kann der Ersatz weiter verwendet bzw. umgearbeitet werden falls im Laufe der Tragezeit einzelne Zähne verloren gehen.
Vorteil: erprobt, langlebig, erweiterungsfähig, nach Erweiterung noch ausreichend festes Tragegefühl.

Sollte bei Patienten mit reduziertem und geschwächtem Zahnhalteapparat der Wunsch nach festsitzenden Zähnen bestehen, müssen Vor- und Nachteile sorgfältig abgewogen werden und der Patient darüber aufgeklärt sein, dass ggf. Nach- bzw. Neuimplantationen notwendig werden, wenn Zähne verloren gehen.

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass auch bei reduziertem Zahnhalteapparat eine festsitzende Versorgung mittels Implantaten und Kronen möglich ist, ja sogar die Lebensdauer der eigenen Zähne sich positiv entwickelt.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Wichtig:

Für alle Zahnersatzversorgungen nach PAR-Behandlung ist eine sehr gute und dauerhafte Motivation der Patienten zu einer guten Mundhygiene sowie regelmäßige Prophylaxe in der Praxis (3-6 Monate) von Wichtigkeit. Dann ist ein dauerhafter Erfolg zu erreichen.

Fazit:

Für den Ersatz von Zähnen, die durch eine Zahnbett-Erkrankung verloren gegangen sind, gibt es heute ausreichend viele Möglichkeiten von festsitzenden bis hin zu kombinierten oder einfachen Lösungen. Die Entscheidung wird individuell unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten und des medizinisch Machbaren getroffen.

Für den langfristigen Erfolg aller Zahnersatzlösungen sind neben der erfolgten Zahnbett-Behandlung die konsequente Mundhygiene und Prophylaxe die Schlüssel zum Erfolg und zur Zufriedenheit der Patienten!

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Implantologie im Parodontitis geschädigten Gebiss

Behnam Shakibaie-M., Rheda-Wiedenbrück

Einleitung:

Zahnimplantate sind in der heutigen Zeit zu der wichtigsten Stütze der prothetischen Behandlung in der Zahnheilkunde herangewachsen. Immer mehr Patienten entscheiden sich weltweit unter anderem aus folgenden Gründen für diese Behandlungsmöglichkeit:

1. Stabile Verankerung des Zahnersatzes (herausnehmbar/fest sitzend)
2. Erhaltung des Kieferknochens und Zahnfleischs
3. Schonung und Entlastung der Restbezahnung

Gerade bei Parodontosepatienten, wo die (Rest)Zähne nach Abschluss der Zahnfleischbehandlung gelockert sein können, stellen Implantate die optimale Verankerungsmöglichkeit für den künftigen Zahnersatz dar.

Voraussetzung:

Implantate können erst in der letzten Phase der Behandlung einer Parodontose im Kiefer verankert werden. Das bedeutet, dass die Mundhygiene des Patienten optimal, das Zahnfleisch an allen anderen Zähnen erst entzündungsfrei und vorhandene kariöse Defekte beseitigt sein müssen, bevor Implantate operiert werden können.

Besonderheit der Parodontitis:

Die Parodontose ist eine Gewebe zerstörende chronische Erkrankung. In den meisten Fällen verläuft sie schleichend mit zwischenzeitigen akuten Schüben. In diesen Phasen kommt es zu einem Verlust des Zahnwurzel umgebenden Knochens und festen Zahnfleischs.

Genau diese Strukturen sind wiederum zur Befestigung eines Implantates im Kiefer von Nöten. Folglich ist bei überwiegendem Teil der Parodontitispatienten ein Knochenaufbau notwendig, um den Kiefer erst implantatfähig zu gestalten.

Wissenschaftlich anerkannte Knochenaufbautechniken:

Knochenhöhenaufbau: Sinuslift, Distractionsosteogenese

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Knochenbreitenaufbau: Eigenknochentransplantate, Knochenspreizung, künstlicher Knochenersatz

Gängige Materialien nach wissenschaftlicher Präferenz:

Eigenknochen des Patienten, steril aufbereitete Knochenmaterialien von menschlichen Präparaten, Tieren wie Rind und Schwein und Meeresalgen

Zahntfernung und Gewebe erhaltende Maßnahmen danach:

In den letzten Jahren konzentriert sich die Wissenschaft zunehmend auf minimaltraumatische Methoden bei der Zahntfernung.

Wenn eine künftige Zahnlücke durch ein Implantat versorgt werden soll, ist es sinnvoll bereits im Vorfeld der Zahntfernung die richtige Strategie zu wählen. Spezielle Techniken machen es heute möglich, Zähne ohne oder mit einer minimalen Verletzung der benachbarten Gewebe (Knochen/festes Zahnfleisch) zu entfernen. Unmittelbar nach der Zahntfernung können dann abhängig von der Form des so genannten leeren Zahnfachs einfache Knochenaufbautechniken eingesetzt werden. Somit kann der Kieferkamm an dieser Stelle bis zu 6 Monaten optimal erhalten werden, so dass die anschließende Implantation unkompliziert durchgeführt werden kann. Durch dieses Vorgehen kann überdurchschnittlich häufig auf aufwendige Knochenaufbautechniken verzichtet werden.

Wie viele Implantate braucht ein Patient?

Eine häufig gestellte Frage, die nur individuell unterschiedlich beantwortet werden kann.

Die Antwort hängt von vielen Faktoren wie beispielsweise Durchmesser und Länge von Implantaten, Dichte des Knochens, Höhe und Breite des Kiefers, Festigkeit der Implantate im Knochen, geplante prothetische Versorgung, Anspruch und finanzielle Möglichkeiten des Patienten ab.

Haltbarkeit von Implantaten im Parodontitis geschädigten Gebiss

Aktuelle 10 Jahres Statistiken zeigen allgemein eine Heilungsrate von über 94% bei namhaften Implantaten. Die Heilungsrate ist bei Parodontitispatienten jedoch niedriger (ca.80%). Dies hängt mit den speziellen Gegebenheiten der Parodontose wie beispielsweise Immunsystem, schlechterem Knochenangebot zusammen. Verglichen mit dem herkömmlichen prothetischen Zahnersatz wie Brücke oder herausnehmbare Prothese schneiden implantatgetragene oder –verstärkte Versorgungen bei Parodontitispatienten besser ab.

„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt

Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Auch die Haltbarkeit von Implantaten ist von vielen Faktoren wie Mundhygiene, korrekte Vorbehandlung der Parodontitis, Gesundheitszustand des Patienten, Nikotin, operative Planung und Durchführung, Parameter der eingesetzten Implantate und prothetischer Versorgung abhängig.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Kieferorthopädie und Parodontose Vorbeugung und Ausgleich von Folgeschäden

Christian Kube

Ich möchte mich kurz vorstellen: Mein Name ist Christian Kube und ich bin Kieferorthopäde in Gütersloh.

Ich bin kein Chirurg, wie oft angenommen, sondern mache den ganzen Tag Zahnsparren,
mache aus schiefen Zähnen wieder gerade.

Wir setzen Zahnsparren bei Kindern und Jugendlichen, sehr oft aber auch bei
erwachsenen Patienten ein.

In den vorangegangenen Vorträgen haben Sie sehr viel über
Zahnbettkrankungen,
im Volksmund „Parodontose“ genannt, gehört.

Ist der Zahnhalteapparat erkrankt, kommt es zum Knochenabbau, mit der
Folge, daß

Zähne wandern und verloren gehen können.

Wandern die Zähne, bilden sich für den Patienten oft unvorteilhafte
Lücken im sichtbaren
Bereich der Oberkieferfront.

Diese Lücken kommen erst langsam und werden dann immer größer.

Der Patient empfindet dies als störend und geht zum Kieferorthopäden,
der die Zähne wieder

fangen kann und an die ursprüngliche Stelle zurückbewegt.

Dafür muß zunächst der Zahnarzt, wie Sie bereits gehört haben, die
Voraussetzungen schaffen. Er muß die Entzündung beseitigen, das
Zahnbett muß ausheilen.

Erst dann kann der Kieferorthopäde eine Klammer, meist festsitzende
Geräte, einsetzen.

Durch die kieferorthopädische Korrektur gehen die unvorteilhaften Lücken
dann wieder weg,

aber es geschieht noch eine Menge mehr.

Durch die kieferorthopädische Behandlung werden die im Zahnbett
vorgeschiedigten Zähne

von Fehlbelastungen befreit, so dass sich die gewanderten Zähne trotz
parodontaler Vorschädigung mittel- bis langfristig erhalten lassen.

Dies wäre ohne eine kieferorthopädische Behandlung in diesen Fällen nicht
möglich.

Der gewanderte Zahn wäre bald verloren.

Während die Kieferorthopädie bei Erwachsenen oft reparativer Art ist, wird
sie bei

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Kindern und Jugendlichen zur Prophylaxe durchgeführt.

Schiefe Zähne und Kiefer haben in der Regel immer Fehlbelastungen zur Folge und lassen sich schlechter reinigen.

Die Folgen der Fehlbelastungen zeigen sich immer an der Stelle der schwächsten Gewebe in unterschiedlichem Ausmaß und oft erst im Erwachsenenalter.

Für die Zahn- und Kiefergesundheit ist somit nicht nur das gründliche Zähneputzen unabdingbar, sondern auch eine korrekte Zahn- und Kieferstellung.

Kieferorthopädie ist Prophylaxe.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit

Wie kann Parodontitis vermieden werden?

Uta Goldmann, Gütersloh

Regelmäßige Kontrollbesuche beim Zahnarzt sind unerlässlich, um die Mundgesundheit langfristig zu erhalten. So können Entzündungszeichen am Zahnfleisch und Zahnhalteapparat, Veränderungen an den Schleimhäuten, aber auch Erkrankungen an den Zähnen frühzeitig erkannt werden. Je früher eine Parodontitis bzw. deren Vorstufen diagnostiziert wird, desto geringer ist der Behandlungsaufwand, um das gestörte Gleichgewicht wiederherzustellen?

Es gilt **Risikofaktoren**, die Parodontitis fördern **einzudämmen**.

Risikofaktoren

- Stress
- schlecht eingestellter Diabetiker
- Rauchen,
- sowie übermäßiger Alkoholkonsum

Untersuchungen haben gezeigt, dass Raucher deutlich häufiger an einer Parodontitis erkranken als Nichtraucher.

Auch der Schweregrad der Erkrankung verläuft bei Rauchern viel heftiger als bei Nichtrauchern. Ebenso sind die Heilungschancen einer Parodontitis bei Rauchern sehr viel schlechter als bei Nichtrauchern. Besonders gefährdet sind Menschen die rauchen und übermäßig viel Alkohol konsumieren.

Im Folgenden möchte ich auf den Hauptfaktor, der zu einer Parodontitis führt eingehen. Der bakterielle Biofilm (Plaque, Zahnbelag)

- die Reduktion der Plaque bzw. die regelmäßige Entfernung des bakteriellen Biofilms senkt das Parodontitis- und Kariesrisiko erheblich.

Denn grundsätzlich gilt:

Wo keine Beläge sind kann auch keine Parodontitis und im übrigen auch keine Karies entstehen.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Dies ist erreichbar durch

1. Optimale häusliche Mundhygiene:

das heißt, 2 x täglich die Außen – Innen – und Kauflächen aller Zähne bürsten,
sowie 1 x täglich die Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Zwischenraumbürstchen reinigen.

2. PZR (professionelle Zahnreinigung)

Selbst eine gute Mundhygiene reicht nicht aus bakteriell schädliche Beläge an schwer zugänglichen Stellen vollständig zu entfernen.

Speziell ausgebildete Prophylaxefachkräfte sind in der Lage mit Hilfe von Hand- aber auch maschinell betriebenen Instrumenten harte und weiche Beläge sowie unattraktive Verfärbungen schmerzfrei zu entfernen.

- Deshalb ist eine PZR in der Zahnarztpraxis eine notwendige und zeitgemäße Unterstützung, die dem Zahnerhalt dient.

Wie läuft eine PZR ab?

Neben der zahnärztlichen Untersuchung sollte der aktuelle Mundhygienestatus beurteilt werden. Auf Wunsch des Patienten kann die Fachkraft demonstrieren und gemeinsam mit dem Patienten üben, wie die häusliche Mundhygiene optimiert werden kann.
Fallbeispiel (frontaler Engstand, unterer 7er lingual)

- vollständige Entfernung aller harten und weichen Beläge auf den Zahn- und erreichbaren Wurzeloberflächen. Diese schmerzlose Reinigung wird mit Handinstrumenten und maschinell betriebenen Instrumenten durchgeführt.
- Reinigung der Zahnzwischenräume mit spezieller Zahnseide, Bürstchen und Polierpasten
- Politur von Zahnkronen bzw. sichtbaren Wurzeloberflächen mit Polierinstrumenten und Polierpasten
- Kontrolle, Nachreinigung, Fluoridierung

Ziel einer jeden PZR ist es den bakteriellen Biofilm der maßgeblich für die Entstehung von Karies und Parodontitis verantwortlich ist zu entfernen.

ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh
„Parodontose“ unbemerkt – unterschätzt
Stadthalle Gütersloh Mittwoch, 18.März 2009

Ein für den Patienten wichtiger Nebeneffekt ist, dass die sauberen und glatten Zähne sich sehr angenehm anfühlen und attraktiv sind.

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung das orale Wohlbefinden steigert aber vor allem das Parodontitis und Kariesrisiko senkt.

Wie oft eine PZR notwendig ist, hängt vom individuellen Erkrankungsrisiko des Patienten ab. Dies kann nur der Zahnarzt ermitteln und einen entsprechenden Zeitrahmen empfehlen.