

Was ist asymptomatisch?

Bei einem Patienten zeigen sich in der Untersuchung fibröse Gewebe. Es gibt keine Blutung beim Zähneputzen oder der Verwendung von Zahnseide. Weiterhin werden Sondierungstiefen von 6 bis 7 mm gemessen. Röntgenologisch wird erkennbar, dass der Kieferknochen zu etwa 25 % resorbiert ist. Der Patient hat keinerlei Beschwerden, wie Schmerzen, Schwellungen usw.

Bei einem weiteren Patienten sind die Okklusalfächen sämtlicher Zähne stark abgenutzt. Höcker- spitzen und -neigung sind weitestgehend nicht mehr vorhanden. Die Zahnmobilität beträgt nirgend- wo mehr als Grad I. Es bestehen keine funktionsabhängigen Gelenkbeschwerden oder -schmerzen.

Bei einem dritten Patienten fehlen die keratinisierten Gewebe. Die bukkolinguale Weichgewebe- dicke beträgt an den Fazialflächen der unteren Frontzähne etwa 1 mm und es findet sich ein dün- ner, girlandenförmiger (scalloped) Biotyp. Es bestehen keine Gingivarezessionen. Der Gingivasaum liegt jeweils 1 mm koronal der Schmelz-Zement-Grenze. Der Patient hat zwar keine Beschwerden, es ist aber eine kieferorthopädische Behandlung geplant, bei der die Frontzähne nach bukkal bewegt und der Zahnbogen expandiert werden sollen.

Sollte bei diesen Patienten eine Behandlung erfolgen? Muss beim ersten Patienten eine Par- odontalbehandlung zum Entfernen der Taschen durchgeführt werden, um die Plaquekontrolle zu erleichtern? Würde der zweite Patient von einem Ersatz der verloren gegangenen Zahnschubstanz und der Wiederherstellung der Frontzahnführung usw. profitieren? Sollte beim dritten Patienten vor der Expansionsbehandlung eine Weichgewebebeugmentation bukkal der unteren Frontzähne erfolgen? Die erstuntersuchenden Zahnärzte stufen diese drei Patienten jeweils als „asymptomatisch“ ein.

Das Problem besteht nicht darin, zu entscheiden, ob bei diesen Patienten eine Behandlung er- folgen sollte und falls ja, welche. Entscheidend ist, ob diese Patienten wirklich asymptomatisch sind.

Zu Beginn meiner Tätigkeit im Bereich der klinischen Parodontologie 1981 hörte ich oft, dass die Parodontalerkrankung eine klinisch stumme Krankheit ist, ungefähr so, wie die Bezeichnung „lautlo- ser Killer“ für die ischämische Herzkrankheit benutzt wird. Heute wissen wir, dass Verhaltensänderun- gen und interzeptive Medizin die Inzidenz der Herzkrankheit signifikant reduzieren können. Es gibt Untersuchungsverfahren zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit für diese Herzerkrankung sowie zum Nachweis von Frühstadien, sodass eine Behandlung erfolgen kann, noch bevor ernsthafte Folgen auftreten. Ist die Bezeichnung der Parodontalerkrankung als „klinisch stumm“ grundsätzlich gültig in Bezug auf Parodontalpathologien oder fehlen nur diagnostische Verfahren, unterbleibt eine sorgfäl- tige Diagnostik oder beides?

Ein Patient sucht seinen Hausarzt für die jährliche Kontrolluntersuchung auf. Er hat keine Be- schwerden und gibt an, sich „wie immer“ zu fühlen. Die Untersuchung durch den Arzt ergibt als Befund rektalen Blutabgang. Der Patient wird zur Koloskopie überwiesen, wo die Diagnose eines Rektumkarzinoms gestellt wird. Ist dieser Patient wirklich asymptomatisch, weil er spontan keine Be- schwerden angab? Oder ist er erst dann symptomatisch, wenn eine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde?

Nur zu oft betrachten wir Ärzte Symptome als etwas, das der Patient selber benennen muss. Dia- gnostische Fortschritte und ein besseres Krankheitsverständnis erfordern jedoch eine neue Definiti- on des Begriffs „asymptomatisch“: Er sollte er nur noch auf Patienten ohne subjektive Beschwerden und ohne pathologische Veränderungen oder verdächtige körperliche und apparative Untersu- chungsbefunde angewandt werden.

Ein Patient, bei dem wegen einer geplanten Restauration eine Kronenverlängerung erfolgen muss, um ausreichend Zahnschubstanz freizulegen und ihm die Mundhygiene zu erleichtern, stellt sich nicht mit einem „Leitsymptom“ vor. In diesem Fall ist die Symptomatik das direkte Ergebnis einer gründlichen Untersuchung und Diagnostik.

Die klinische Beurteilung kann sich auch entgegengesetzt auswirken, indem diagnostische „Sym- ptome“ missachtet werden, da eine entgegengerichtete Therapie unangemessen aggressiv sein würde. Bei einer über 70-jährigen Patientin mit einer bukkalen Grad-I-Furkation am unteren linken ersten Molaren, die keine Zahnmobilität zeigt und bei der keine Indikation für eine Restauration be-

steht, sollte keine parodontale Resektion der Furkation erfolgen. In diesem Fall machen die geringen Symptome und versicherungstechnische Argumente einen Eingriff überflüssig.

Zu beachten sind auch die kontinuierliche Fortbildung, die Entwicklung der Praxisphilosophie und Patientenbehandlung sowie das klinische Vorgehen. Ist ein Arzt, der in den letzten 10 Jahren keine Schulungen zu Behandlungskonzepten und -verfahren besucht hat, überhaupt angemessen ausgebildet? Erfolgt die Behandlung in seiner Praxis nach dem aktuellen Stand der Medizin? Die Antwort lautet: Nein. Unabhängig von seiner Begabung muss ein Arzt bezüglich der Behandlungsplanung, Materialien und Therapien immer auf dem Laufenden bleiben und sie in seine klinische Praxis integrieren. Unterlässt er dies, kann er seine Patienten nicht mehr angemessen behandeln.

Der Besuch von Seminaren, auf denen lediglich gut etablierte Behandlungsverfahren besprochen werden, ohne auf neue Therapieoptionen hinzuweisen und die Teilnehmer zum kritischen Nachdenken aufzufordern, dient lediglich dem Sammeln der vorgeschriebenen Fortbildungspunkte. Unsere Patienten verdienen eine Behandlung durch Ärzte, die mit dem Potenzial der jeweils verfügbaren Verfahren vertraut sind und wissen, wie sie diese Behandlungstechniken in ihrer klinischen Praxis umsetzen können.

Dies ist einer der vielen Gründe dafür, dass Symposien, wie das Quintessence International Symposium of Periodontics and Restorative Dentistry, für unseren Berufsstand, uns selber und unsere Patienten so wichtig sind.

Wichtig ist auch, dass der Arzt mit entsprechenden Untersuchungen, diagnostischen Verfahren und Tests für ein gutes Praxis- und Qualitätsmanagement sorgt. Eine Praxis, in der in Akkordarbeit die Behandlung von Problemen erfolgt, wenn sie akut werden, und deren Behandlungsphilosophie und therapeutischen Ziele von Krankenversicherungen diktiert werden, ist krank. Bei entsprechender Diagnostik werden die Symptome offensichtlich. Der Arzt ist dann aufgefordert, einen umfassenden „Behandlungsplan“ zu erstellen und den Gesundheitszustand seiner Praxis wiederherzustellen. Zum „Stillstand“ verurteilt, versagt eine klinische Praxis. Dieses Versagen findet allmählich statt und nicht als deutlicher Kollaps. Entsprechende Tests decken das Problem jedoch auf und ermöglichen Gegenmaßnahmen.

Es sollte natürlich niemals eine übermäßige Behandlung der Patienten erfolgen, trotzdem sollte eine Behandlung aber interzeptiv sein, um Probleme im Anfangsstadium zu erfassen. Eine umfassende Patientenbehandlung mit allen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Patientengesundheit sollte unabhängig davon erfolgen, was allgemein erwartet wird.

In einem vor langer Zeit bekannten Liedtext heißt es: „We see what we want to see and disregard the rest.“¹ [Wir sehen, was wir sehen wollen, und missachten den Rest.] Wir müssen unsere Perspektiven erweitern.

Paul Fugazzotto, DDS

Literatur

- 1 Paul Simon, „The Boxer.“