



Seitdem Implantationen übliche Behandlungen in der Zahnmedizin geworden sind, wird eine Parodontalerkrankung oft übersehen oder nicht angemessen behandelt. Dadurch können sich frühe oder mittelschwere Erkrankungen, die erfolgreich und mit guter Langzeitprognose behandelt werden könnten, so lange weiterentwickeln, bis eine Behandlung nahezu hoffnungslos ist.

Die meisten Patienten möchten ihre eigenen Zähne behalten und Extraktionen und Implantate möglichst vermeiden, selbst wenn sie dann eine Parodontaloperation brauchen. Dabei ist insbesondere zu beachten, welche regenerativen Möglichkeiten dem Parodontologen zur Verfügung stehen. Wir dürfen nicht vergessen, dass unser wichtigstes Ziel darin besteht, mit möglichst konservativen Maßnahmen einen optimalen Parodontalzustand zu erreichen. Dazu gehören ausreichende Mundhygiene, subgingivales Scaling sowie möglichst die Elimination von Taschen, damit die Hygienikerinnen die parodontale Gesundheit durch routinemäßige, professionelle Reinigungen aufrechterhalten können.

Die Parodontaltasche ist zwar die vermutlich häufigste Zahnerkrankung, ihre Behandlung ist jedoch ein medizinisches Paradoxon. Vor Kurzem wurde in einer sehr gut besuchten Veranstaltung für Ärzte, die ein reges Interesse an Parodontologie hatten, die Frage gestellt, ob sie gern selbst tiefe Zahnfleischtaschen hätten. „Natürlich nicht“, rief das verduzte Publikum. Aber in wie vielen Praxen gilt bei der Betrachtung der eigenen Zahngesundheit und der der Patienten ein doppelter Standard?

Wenn man die Bedeutung von Bakterien bei der Ätiologie der Parodontalerkrankung anerkennt und die Untersuchungen von Socransky und Kollegen kennt, die sich mit dem Vorhandensein oder Fehlen parodontaler Pathogene (dem roten Komplex) in der Zahnfleischtasche befassen, liegen die entsprechenden Schlussfolgerungen auf der Hand.

Das Ziel der parodontalen Behandlung ist die Schaffung eines Zustands, den Patient und Prophylaxehelfer aufrechterhalten können. Zähne mit tiefen Taschen und beschädigter Knochenabstützung sind Belege für die Erkrankungsneigung des Patienten. Die erste Behandlungsebene besteht in der Akzeptanz von „Weichgewebe“-Therapien, mit denen eine Situation hergestellt wird, bei der die Gingiva rosafarben ist und nicht mehr blutet, obwohl sich die Region nicht reinigen lässt. Wenn der Patient die Tasche nicht vollständig mit Zahnseide reinigen und die Dentalhygienikerin die Beläge nicht entfernen kann, ist das Problem jedoch nicht gelöst. Sobald die Sondierungstiefe mehr als 5 mm beträgt, ist eine ausgefeiltere Analyse und Behandlung indiziert.

Die Schwarzseher behaupten, dass dieses Ziel unmöglich erreichbar oder nicht lukrativ ist – aber sind die Behandlungsziele wirklich nicht erreichbar oder übersteigen sie nur unsere Kenntnis der Therapieverfahren? W. Somerset Maugham schrieb: „Mit dem Leben ist es eine komische Sache: Wenn man nur das Beste für sich zu akzeptieren bereit ist, bekommt man es tatsächlich sehr oft.“

Die zu überwindenden Hürden sind vorhersehbar: Die Drittparteien sind entsetzt und die Patienten möchten eine Operation vermeiden. Wer jetzt auf statistische Evidenz wartet, konterkariert das Erreichen der vorgenannten Endziele. Die Hersteller solcher Produkte, die als Alternativen zu einer Operation eingesetzt werden können, würden ihre Bemühungen verdoppeln, um die klinischen Entscheidungen weniger gut geschulter Ärzte zu beeinflussen.

Die Zahnheilkunde hat es in den letzten 20 Jahren weit gebracht. Lassen Sie uns zum Wohl unserer Patienten nun nicht an Schwung verlieren.

Die Gretchenfrage lautet somit: Was würde ich tun, wenn das meine eigenen Zähne wären?

Myron Nevins, DDS
Burton Langer, DMD