



## Woher kommen wir? Wohin gehen wir?



*„Generationen vor uns haben aus ihren jahrelangen Erfahrungen und glücklichen Gedanken die Treppen gebaut und eingesäumt mit den Warnungstafeln ihrer Irrtümer. Auf diesen mühevoll gebauten Stufen steigt der Nachfahre, dem auf diese Weise Irrtümer erspart bleiben, mühelos empor zu den Höhen des heutigen Wissens und es ziemt ihm daher nicht, geringschätzig herabzublicken auf eben diese Stufen, denen er es zu verdanken hat, daß er so hoch steht.“* (Reschofsky, Oest Z Stomat Jg. 17 (1919) S. 223 aus B. Schmalbuch, Med. Diss. 2006)

Das vorliegende Schwerpunktheft der Parodontologie widmet sich der antiinfektiösen nicht-chirurgischen Therapie. Im Laufe der Entwicklung unseres Faches hat sich die Herangehensweise an parodontale Erkrankungen und somit der Stellenwert der unterschiedlichen Therapiephasen immer wieder verändert. Lassen Sie uns kurz zurückschauen:

Parodontale Erkrankungen („Alveolarpyorrhoe“ nach damaliger Klassifikation) wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts in erster Linie radikalchirurgisch therapiert.<sup>1</sup> Man ging von einem infizierten und demzufolge zu entfernenden Alveolarknochen aus. In den 1930er Jahren reifte die Erkenntnis, dass die Infektion eher in der Gingiva beheimatet ist.<sup>2</sup> Es begann die Hochzeit der Gingivektomie<sup>3</sup>, die wiederum – vor dem Hintergrund der Komplikationen – die Entwicklung chirurgischer Verfahren zum Erhalt der angewachsenen Gingiva, wie freies Schleimhauttransplantat oder apikal reponierter Lappen, hervorrief.<sup>4,5</sup> In den späten 1970er und den frühen 1980er Jahren folgten dann erste vergleichende Untersuchungen zwischen nicht-chirurgischer und chirurgischer Therapie.<sup>6</sup> Waren die Ergebnisse hinsichtlich der Sondierungstiefen zumeist vergleichbar, so fiel doch

auf, dass gingivale Rezessionen nach chirurgischer Therapie ausgeprägter waren. Basierend auf diesen Erkenntnissen, wurde 1982 die sogenannte „kritische Sondierungstiefe“ (ca. 6 mm) als Entscheidungshilfe zwischen chirurgischer und nicht-chirurgischer Therapie vorgeschlagen.<sup>7</sup> Die Möglichkeiten der nicht-chirurgischen Instrumentierung konnten schließlich in einer Artikelserie zu Beginn der 1980er Jahre gezeigt werden.<sup>8</sup> Demnach ist selbst bei Sondierungstiefen bis zu 11 mm eine markante Reduktion zu erwarten. Die nicht-chirurgische Therapie besteht dabei im Wesentlichen aus Mundhygieneoptimierung und penibler Instrumentierung der Wurzeloberfläche.<sup>8</sup>

Heute wird das Potenzial der nicht-chirurgischen Therapie zunächst voll ausgeschöpft. Ein ausreichender Zeitraum für die parodontale Heilung ist erforderlich, bevor weitere Therapieentscheidungen getroffen werden. Die gegebenenfalls verbleibenden erhöhten Sondierungstiefen werden später zahnbezogen und lokal mit dem adäquaten chirurgischen Vorgehen weiter reduziert. Kurz zusammengefasst: Die nicht-chirurgische Therapie ist keinesfalls „nur“ eine die Parodontalchirurgie vorbereitende Therapie, sondern in sehr vielen klinischen Situationen und für sehr viele erkrankte Parodontien bereits die parodontale Therapie, die zu einer suffizienten Reduktion der Sondierungstiefen und Heilung der Läsionen führt.

Inwiefern und vor allem bei wem sich diese ohnehin schon sehr guten Ergebnisse der antiinfektiösen nicht-chirurgischen Therapie durch den Einsatz adjuvanter systemischer Antibiotika noch weiter optimieren lassen, wird in drei Beiträgen der Universitätszahnkliniken Frankfurt/Heidelberg (Deutschland), Würzburg (Deutschland) und Göteborg (Schweden) in dieser Ausgabe dargelegt. Das Vorgehen unterscheidet sich in einigen Punkten erheblich. Die Auto-

ren stellen ihre Therapiekonzepte vor und begründen dies jeweils mit der entsprechenden Literatur.

Die Erfahrung dieser langjährigen Kliniker sowie der Wunsch und die Bedürfnisse der Patienten gepaart mit der – freilich selektiv ausgewählten – bestmöglichen Studienlage, bilden die Grundlage für das therapeutische Vorgehen. Es handelt sich – „modisch“ ausgedrückt und vor dem Hintergrund des derzeitigen (Un-) Wissensstandes – um drei (!) evidenzbasierte Therapiekonzepte. Erst die Entwicklung der nächsten Jahre und weitere Analysen, vergleichbar

der großen randomisierten Multicenter-Studie aus Deutschland zum zusätzlichen Effekt systemischer Antibiotika<sup>9</sup>, werden zeigen, ob der Weg zu einer Kalibrierung oder zu weiterer Differenzierung führt. Die antiinfektiöse nicht-chirurgische Therapie bleibt spannend.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre dieses Schwerpunktthemas.

Herzlichst

Clemens Walter

## ■ Literatur

1. Neumann R. Die Alveolarpyorrhoe und ihre Behandlung. Berlin: Meusser, 1912.
2. Kronfeld RJ. Condition of the bone tissue of the alveolar process below the periodontal pockets. *J Periodontol* 1935; 6:22-29.
3. Orban B. Gingivectomy or flap operation? *J Am Dent Assoc* 1939;26:1276.
4. Nabers C. Repositioning the attached gingiva. *J Periodontal Abstr* 1954;25:38-39.
5. Bjorn H. Free transplantation of gingiva propria. *Sven Tandlak Tidskr* 1963;22:684-689.
6. Ramfjord SP, Knowles JW, Nissle RR, Burgett FG, Shick RA. Results following three modalities of periodontal therapy. *J Periodontol* 1975;46:522-526.
7. Lindhe J, Socransky SS, Nyman S, Haffajee A, Westfelt E. „Critical probing depths“ in periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1982;9:323-336.
8. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1984;11:63-76.
9. Harks I, Koch R, Eickholz P, Hoffmann T, Kim TS, Kocher T, Meyle J, Kaner D, Schlagenhauf U, Doering S, Holtfreter B, Gravemeier M, Harmsen D, Ehmke B. Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. *J Clin Periodontol* 2015;42: 832-842.