

Punkte sammeln auf...

springerzahnmedizin.de

1. Registrieren

Mitglieder des FVDZ können kostenfrei teilnehmen und registrieren sich einmalig auf www.fvdz.de.wissen.kompakt. Abonnenten registrieren sich direkt auf springerzahnmedizin.de.

2. Einloggen

Ihre persönlichen Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail. Loggen Sie sich mit diesen direkt auf springerzahnmedizin.de ein. Klicken Sie unter dem Punkt „Fortbildung“ auf „Fortbildungskurse“ und wählen dort „wissen kompakt“ aus.

3. CME-Punkte sammeln

Nach erfolgreichen Beantwortung von mindestens 7 der 10 Multiple-Choice-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Teilnahmebestätigung per E-Mail zu, die die zwei CME-Punkte pro Teilnahme ausweist.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
E-Mail: cme@springer.com
springerzahnmedizin.de

Das Fortbildungsangebot der Zeitschrift wissen kompakt wird in Kooperation mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. nach den Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung einschließlich der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK erstellt. Pro Fortbildungseinheit können 2 Fortbildungspunkte erworben werden.

CME Zahnärztliche Fortbildung

M. Mustermann

Universitätsklinikum Heidelberg

» Kurzer prägnanter Titel
(bis ca. 50 Zeichen),
ggf. erläuternder Untertitel

Musterbeitrag

Zusammenfassung

Anhand der Daten der DMS-Studien III und IV zeichnet sich ein stetiger Rückgang sowohl an kariösen Erkrankungen als auch an Zahnverlusten ab. In Bezug auf Parodontalerkrankungen ist jedoch das Gegenteil der Fall. Zwischen 1997 und 2005 stieg in Deutschland die Prävalenz der mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen bei 35-jährigen von 46,3 auf 73,2% und bei Senioren von 64,1 auf 87,8%. Dies verdeutlicht den enorm großen Handlungsbedarf bezüglich der Prophylaxe und der risikoorientierten, individuellen Nachsorge bei Parodontitispatienten, da eben diese unterstützende Parodontaltherapie (UPT) in Kombination mit einer regelmäßigen Mundhygiene den Schlüssel für einen langfristigen Therapieerfolg darstellt.

» Zusammenfassung
max. 1.000 Zeichen
inkl. Leerzeichen

Schlüsselwörter

Unterstützende Parodontaltherapie · Risikoorientierung · Individuelle Prophylaxe · Recall · Biofilmkontrolle

» 5 Schlüsselwörter
(MeSH-Term-konform)

Lernziele

Der Fokus dieses Beitrags liegt auf den Grundprinzipien und dem Sie diese Lerneinheit absolviert haben,

- wissen Sie um die Notwendigkeit und die Grundlagen der risikoorientierten, individuellen Nachsorge bei Parodontitis,
- kennen Sie die Inhalte und v. a. die diagnostischen Parameter der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT),
- wissen Sie, warum und wie eine kontinuierliche patienten-, zahn- und stellenbezogene Risikoanalyse im Rahmen der UPT erfolgen sollte,
- haben Sie einen Überblick über die verschiedenen Verfahren zur mechanischen und chemischen Biofilmkontrolle im Rahmen der UPT.

» Formulieren Sie 4–5 Lernziele in Aufzählungsform. Nach diesen richten sich die Inhalte des Beitrags und die CME-Fragen

Es besteht ein großes Defizit bei der Aufklärung und Therapie der Parodontitis

Sowohl die deutliche Zunahme an mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen als auch die niedrige Anzahl an systematischen Parodontaltherapien zeigt das große Defizit und den damit verbundenen Handlungsbedarf bezüglich der Aufklärung und der Therapie der Parodontitis. In Deutschland besteht ein genereller Behandlungsbedarf bei etwa 35 Mio. Menschen mit parodontalen Erkrankungen, jedoch wird nur bei rund 10 Mio. Patienten die Diagnose Parodontitis gestellt. Letztendlich unterziehen sich davon allerdings nur eine Million Patienten dann auch einer Parodontaltherapie.

Gerade bei dieser niedrigen Anzahl an Behandlungen kommt sowohl der Aufklärung der Patienten über ihre Erkrankung und der eigentlichen Therapie als auch der Sicherung von erzielten Therapieerfolgen i. S. einer unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) eine äußerst große Bedeutung zu. Im Wesentlichen soll im folgenden Artikel der Fokus auf die Grundprinzipien und die Systematik der UPT gelegt werden.

Unterstützende Parodontaltherapie

UPT bedeutet Erhaltungstherapie nach erfolgreich durchgeführter systematischer Parodontaltherapie

Die UPT stellt die Erhaltungstherapie nach erfolgreicher Parodontaltherapie und daraufhin erfolgter Reevaluation dar. Der letzte Teil der Behandlung abgeschlossen ist (Abb. 1) der aktive Langzeitbetreuung aus Sitzungen in 3- bis 6-monatigen Abständen zusammensetzen.

» Aussagekräftige Zwischenüberschriften: Vier Hierarchien sind möglich

Die präventiven Sitzungen sollten in 3- bis 6-monatigen Abständen erfolgen

Synonym für die UPT werden auch oft die Begriffe „Recall“ oder „Maintenance“ verwendet, wobei diese sehr allgemein und nicht speziell in Bezug auf die Parodontitis zu verstehen sind. Im Englischen wird diese Form der Therapie auch als „supportive periodontal therapy“ (SPT) bezeichnet.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Ein chronisch entzündetes Parodont kann sich auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten negativ auswirken

Die risikoorientierte und individuelle Form der Nachsorge hat i. S. einer **primären Prophylaxe** sowohl den langfristigen Erhalt gingivaler und parodontaler Gesundheit als auch die Erhaltung der allgemeinen Gesundheit zum Ziel. Nicht unerwähnt bleiben sollten hier die potenziellen negativen Auswirkungen eines chronisch entzündeten Parodonts auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten. Doch auch die Früherkennung von Re- oder Neuinfektionen sowie von pathologischen Prozessen ist als sekundäre Prophylaxe Teil der unterstützenden Parodontaltherapie und ermöglicht somit eine frühe Intervention zur Vermeidung von Folgeschäden. Des Weiteren dient sie außerdem der tertiären Prophylaxe, indem sie die Progression einer bestehenden Erkrankung aufhalten und das Ergebnis einer aktiven Parodontaltherapie auf lange Sicht sicherstellen soll.

Eine individuell angepasste UPT beinhaltet regelmäßige, sorgfältige, **„lebenslange“ Untersuchungen** und darauf abgestimmte Behandlungen zur Schaffung und Erhaltung von oraler Gesundheit. Außerdem kommt der wiederholten Motivation und Instruktion sowie der Aufklärung des Patienten über seine Behandlung und seinen Gesundheits- oder Krankheitszustand eine sehr große Bedeutung zu. Oft ist sich der Patient der Existenz einer Parodontalerkrankung nicht bewusst und sieht somit keinen direkten Handlungsbedarf. Die Mehrzahl der Patienten zeigt eine unregelmäßige oder gar völlig **fehlende Compliance** gegenüber Recall-Terminen [3]. Es ist daher von außerordentlicher Bedeutung, das Bewusstsein des Patienten für seinen Gesund- oder Krankheitszustand zu stärken,

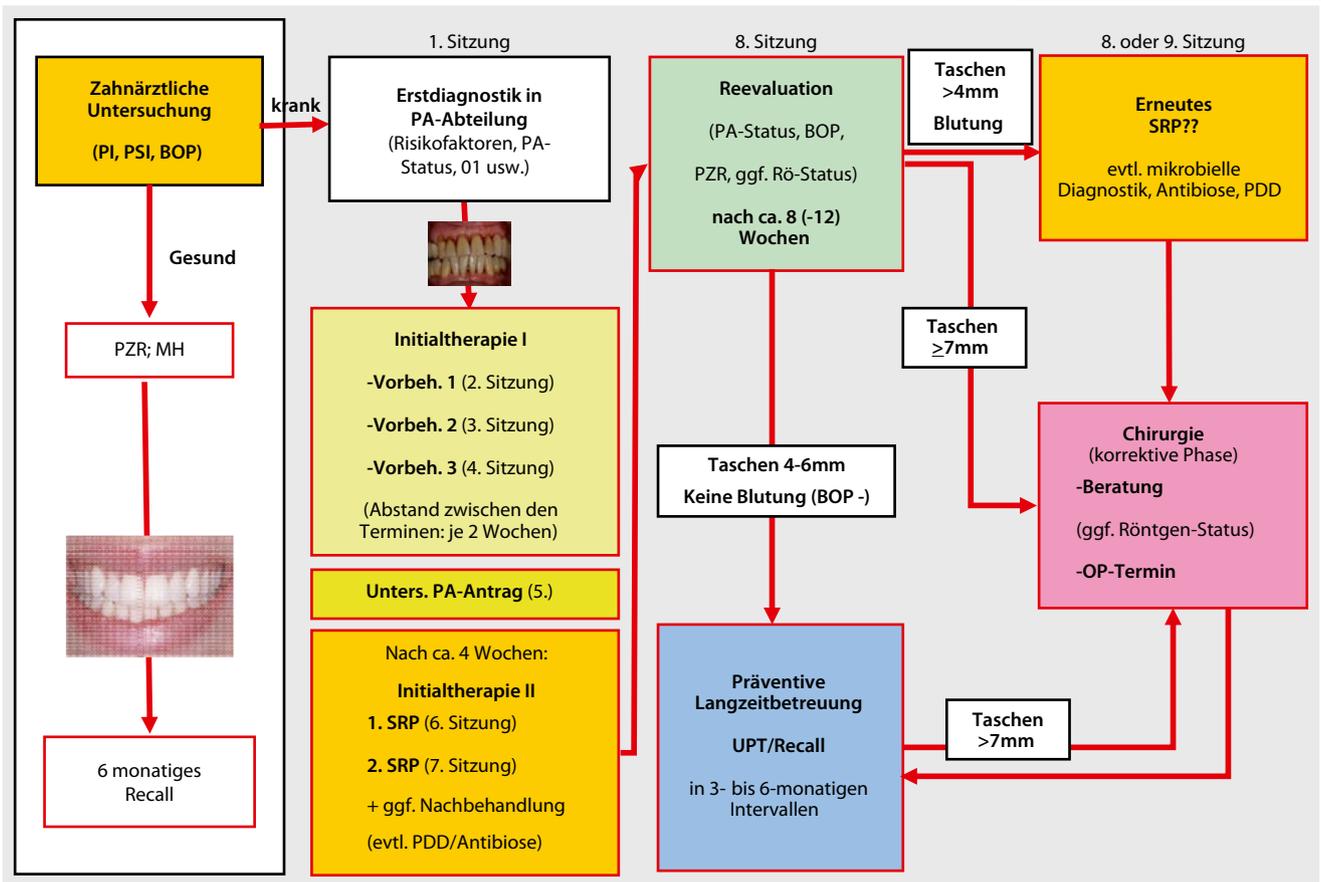


Abb. 1 ▲ Therapieschema für den Ab... abteilung für Parodonto-

» Algorithmen veranschaulichen diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen

um einen langfristigen Erhalt or... zu sichern. Der Be-
 handler sollte als eine Art „Trainer“ fungieren und den Patienten regelmäßig zur kontinuierlichen
 Teilnahme und Mitarbeit anspornen. Ein wesentlicher Inhalt der UPT sind außerdem die Instrumen-
 tierung und weitere Therapiemaßnahmen zur Biofilmbkontrolle und Optimierung der Mundhygiene.
 Um die Therapie individuell auf den Patienten abstimmen zu können, sollte stets eine parodon-
 tale Risikoerfassung erfolgen. Hieraus ergibt sich sowohl der Umfang als auch die Häufigkeit der nö-
 tigen Therapiemaßnahmen, und es kann ggf. ein Rat zur Verhaltensänderung i. S. der Risikominim-
 ierung gegeben werden (■ Tab. 1).

» Abbildungen und Tabellen werden entsprechend der Reihenfolge im Text durchnummeriert

Die Notwendigkeit kontinuierlicher... zenden Paro-
 dontaltherapie wurde in zahlreichen k... tätigt. Eine gu-
 te Mundhygiene ist der Schlüssel für d... eine in regel-
 mäßigen Zeitintervallen durchgeführt... optimale Mund-
 hygiene kompensieren [4]. Des Weiter... Erhalt der pa-
 rodontalen Gesundheit bei Vernachlässigung der Nachsorge ineffektiv ist, da die regelmäßige Ent-
 fernung von supra- und subgingivaler Plaque und Konkrementen notwendig ist, um die Rekoloni-
 sierung, die Reinfektion und den weiteren Fortschritt der Erkrankung zu vermeiden [5]. Insgesamt
 hat die unterstützende Parodontaltherapie einen positiven Einfluss auf die Ergebnisse unterschiedlicher
 parodontaler Therapieverfahren [6, 7, 8]. Außerdem wurde eine geringere Zahnverlustrate bei
 Patienten nach durchgeführter Parodontitistherapie in Verbindung mit einer UPT festgestellt [9].

Der Behandler sollte den Patien-
 ten regelmäßig zur Mitarbei-
 t anspornen

Die regelmäßige Entfernung von
 Plaque ist notwendig, um die Reko-
 lonisierung zu vermeiden

Tab. 1 Inhalte der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT)

UPT-Schritt	Maßnahmen	Anmerkung
Anamnese	Erkennen von Risikofaktoren	Z. B. Rauchen; Diabetes mellitus; Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Diagnostik	Erhebung des dentalen Befundes	Inklusive Vitalitätsprobe
	Erhebung des parodontalen Befundes	ST, GR, CAL, Furk., Lockerungsgrad
	Erhebung der Mundhygieneparameter	BOP, API, SBI, Taschenexsudation
	Identifikation von Resttaschen	
	Erkennen von Rezidiven	
	Erhebung auffälliger Einzelzahnbefunde	(Evtl. Hinweis auf Paro-Endo-Läsion)
	Reevaluation und Diagnose	Ggf. Funktionsanalyse
Remotivation	Veranschaulichung durch Anfärben der Plaque	
Instruktion	Vermittlung der optimalen Putztechnik und korrekten Anwendung geeigneter Hilfsmittel	
Instrumentation	Professionelle Zahnreinigung (supragingivale SRP) und SRP (subgingivale)	
Politur und Fluoridierung	Ggf. Anwendung einer Polierpaste mit Wirkung zur Desensibilisierung	
Festlegen des nächsten Termins	Im Allgemeinen: 3-monatige Intervalle (in Einzelfällen bis 6-monatige Intervalle)	Einjährige Intervalle sind bei Parodontitispatienten <i>nicht</i> ausreichend

ST Sondierungstiefe, GR Gingivalrand, CAL klinischer Attachmentlevel, Furk. Furkationsbefall, BOP "bleeding on probing", API Approximalraum-Plaquesindex, SBI Sulkusblutungsindex, SRP "scaling and root planing".

» Tabellen haben eine kurze Überschrift und sind klar strukturiert. Erläuterungen zur Tabelle gehören in die Tabellenfußnote

Inhalte

Diagnostik

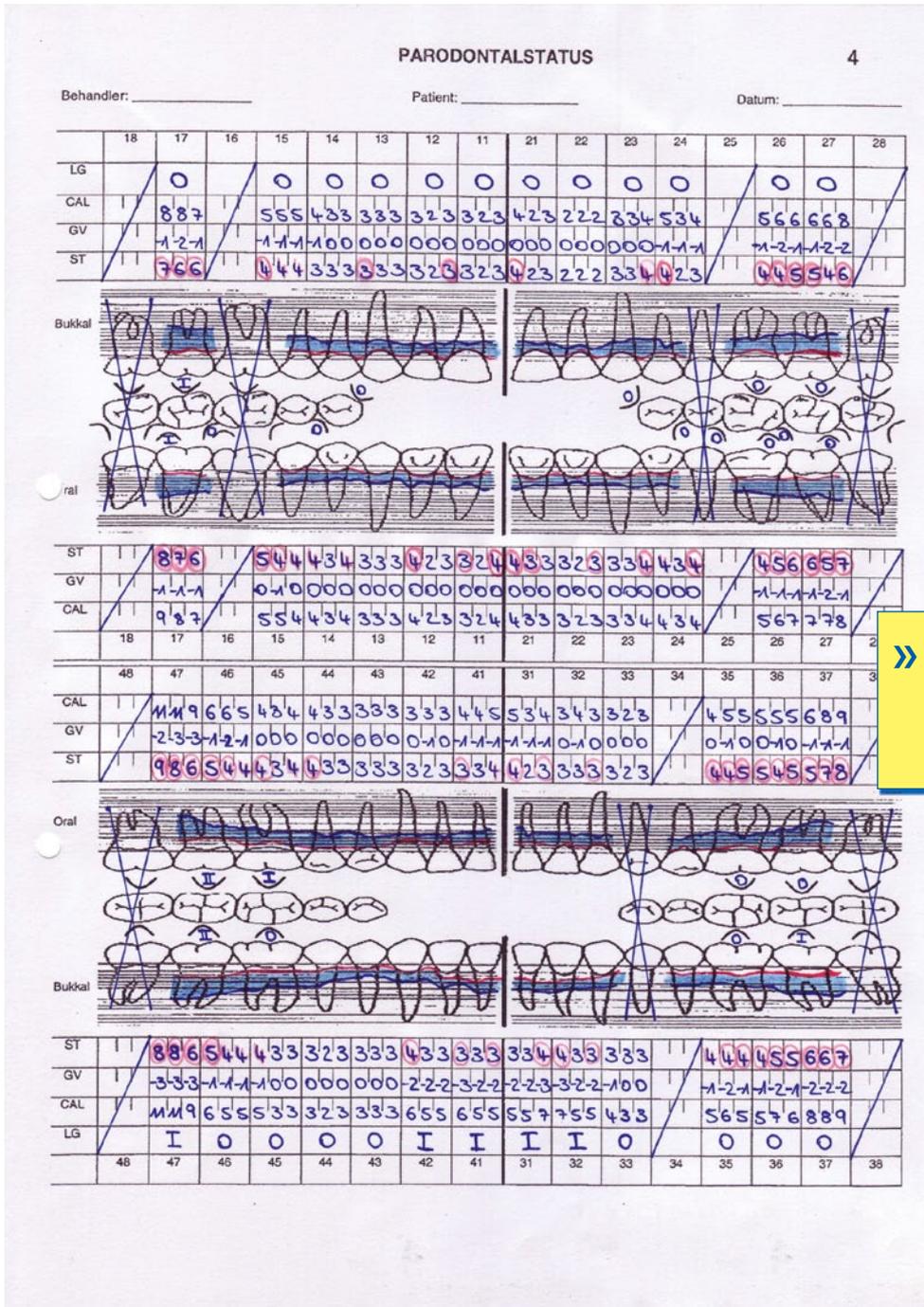
Die genaue Diagnostik stellt einen sehr wichtigen Teil der UPT dar, um im Falle einer Re- oder Neuinfektion sofort therapeutische Maßnahmen einleiten und eine weitere Progression verhindern zu können. Dabei rückt immer mehr der Fokus auf eine individuelle „Inspektion“, welche auch als „**Mundgesundheitsinspektion**“ bezeichnet werden kann. Die Reinigung („Waschstraße“) – die manchmal sogar zu exzessiv betrieben wird – gehört ebenso dazu, sollte aber nicht der Hauptbestandteil sein. Die Diagnostik sollte einen Befund der Mundschleimhaut, einen parodontalen Befund (▣ **Abb. 2**) und die damit verbundene Identifikation von Resttaschen und Rezidiven, die Erhebung von Mundhygieneparametern und die Erfassung von Risikofaktoren umfassen. Viele Behandler scheuen sich jedoch vor der Sondierung an Zähnen und noch mehr vor der an Implantaten. Es wurde jedoch bewiesen, dass das Messen der Sondierungstiefen an Implantaten keinen schädlichen Effekt auf das periimplantäre Weichgewebe nach sich zieht und schon nach 5 Tagen eine komplette epitheliale Heilung eintritt [10]. Weiterhin finden oft Kunststoffsonden Anwendung, obwohl es bislang keine verlässlichen Daten gibt, die gegen die Verwendung von Sonden aus Edelstahl oder Titan an Implantaten sprechen. Jedoch sollte man bezüglich der Kraftanwendung beim Sondieren vorsichtig sein, da periimplantäre Messungen empfindlicher gegenüber Druckunterschieden sind. Es sollten daher nur leichte Kräfte von 0,2–0,3 N angewendet werden [11]. 3 mm – ebenso wie am Zahn – gesunde Daten dar, so auch bei Entzündungen. Im Fall eines Entzündungsgeschehens zu Zähnen erhöhte Messdaten registriert, da die Sondierung der marginalen Bindegewebsfasern viel weiter nach unten erfolgt, also bei Entzündungsanzeichen dessen bewusst sein, dass bei der Sondierung sollte stets das Bluten nach Sondieren, oder auch „bleeding on probing“ (BOP), dokumentiert werden. Der BOP-Wert ist sicherlich ein wichtiger Parameter, man sollte jedoch beachten, dass es Umstände gibt, die sowohl zu falsch-positiven (wie beispielsweise bei zu hohem Druck) als auch zu falsch-negativen Ergebnissen führen (z. B. bei Rauchern).

» Literaturhinweise werden durch Ziffern in eckigen Klammern im Text erwähnt und in der Reihenfolge ihres Erscheinens im Text durchnummeriert

Periimplantäre Messungen sind empfindlicher gegenüber Druckunterschieden

Die Kraftanwendung beim Sondieren sollte nur 0,2–0,3 N betragen

Bei Entzündungen werden bei Implantaten erhöhte Messdaten gegenüber Zähnen registriert



» Abbildungen (Fotos, Algorithmen, Grafiken) sind erwünscht (max. 8 pro Beitrag), dienen der Veranschaulichung und ergänzen den Text sinnvoll

Abb. 2 ▲ Parodontaler Befund. (Aus der Abteilung für Parodontologie der Philipps-Universität Marburg)

(Re-)Motivation und (Re-)Instruktion

Der stetigen (Re-)Motivation und (Re-)Instruktion kommt eine enorm große Bedeutung zu, da Patienten ohne ein regelmäßiges „Training“ schnell in alte Verhaltensmuster zurückfallen. Eine Studie von Stewart und Wolfe aus dem Jahre 1989 zeigt dies sehr eindrucksvoll [13]. Durch Schulung konnte die Effektivität von Mundhygienemaßnahmen innerhalb von 3 Wochen deutlich verbessert und der Plaqueindex signifikant gesenkt werden. Eine erneute Untersuchung nach einem Jahr, ohne zwischenzeitliche Remotivation, zeigte bezüglich der Plaque, trotz weiterhin bestehenden Wissens um effektive Mundhygienemaßnahmen, eine vollständige Rückkehr zum Ausgangsniveau. Auch weitere Studien zeigen, dass das erlernte Wissen über die optimale Mundhygiene bei Patienten ohne regelmäßige Motivations- und Instruktionsmaßnahmen keine kontinuierliche Anwendung findet [14].

Das erlernte Wissen wird ohne regelmäßige Instruktionsmaßnahmen nicht angewendet



Abb. 3 ◀ Motivation und Instruktion

Durch Anfärben von Belägen und die Erhebung von Plaque- und Gingivaindizes kann entweder eine unzureichende Mundhygiene oder auch ggf. eine unzureichende Zahnbürstetechnik demonstriert werden (▣ Abb. 3). Im Anschluss daran sollte dem Patienten sowohl die für ihn optimale **Putztechnik** und **Putzhilfsmittel** gezeigt als auch mit ihm eingeübt wird. Übermündung und Weise der Mundhygiene gezeigt und die Folgen zu exzessiver Maßnahmen erklärt werden. Dabei sollte man den Patienten sowohl nach der Putztechnik, der Häufigkeit, der Kraftanwendung, der verwendeten Paste und Bürste als auch nach dem Zeitabstand zu potenziellen Säureangriffen fragen und ihn ggf. diesbezüglich beraten.

» Abbildungslegenden sind möglichst kurz. Lange Erläuterungen zu den Abbildungen werden in den Fließtext integriert

Risikofeststellung und -einschätzung

Gegenüber dem Patienten kann eine UPT-Sitzung auch gut als „Mundgesundheitsinspektion“ bezeichnet werden. In solch einer „Mundgesundheitsinspektion“ muss das Team in der zahnärztlichen Praxis Risikofaktoren und Umwelteinflüsse für den Patienten identifizieren und dementsprechend individuell beraten. Es sollte eine kontinuierliche patienten-, zahn- und stellenbezogene Risikoanalyse erfolgen. Auf Patientenebene sind folgende **Risikofaktoren** von Bedeutung: Systemische Erkrankungen, Rauchen, Compliance während der Erhaltungstherapie, Verlust von parodontalem Stützgewebe des Patienten, Plaque- und Gingivaindizes sowie verbleibende parodontale Restriktionen müssen im Zusammenhang mit den zahn- und stellenbezogenen Parametern wie beispielsweise das restliche parodontale Attachment, Entzündungszeitpunkt und das Vorhandensein von ökologischen Nischen und iatrogenen Faktoren. Ein an der Universität Bern entwickeltes Modell, der „**Berner Spinne**“ (Abb. 4) ermöglicht es, für jeden Patienten ein individuelles Risikoprofil zu erstellen.

» Dialogsätze sind wichtige Informationen oder Merksätze und fassen z. B. praxisrelevante Handlungsanweisungen kurz zusammen

den lokale, systemische, veränderbare und unveränderbare Risikofaktoren in eine Unterteilung in hohes, mittleres und leichtes Risiko vorgenommen. Neben dem Risiko sollte dem Behandler eine sichere Diagnosestellung, eine realistische Einschätzung der Therapieerleichterung erleichtert die Therapieplanung, andererseits kann die bildliche Darstellung der Erkrankung die Selbstvertrauensstärkung des Patienten gegenüber seiner Erkrankung beitragen. Ein Risikoprofil ist beispielsweise im Internet (s. Webtipps). Zu den unveränderbaren Risikofaktoren zählen neben systemischen Erkrankungen genetische Faktoren. Beispiele für genetisch bedingte fehlerhafte Immunfunktionen sind u. a. verminderte IgG2-Spiegel, Fehlfunktionen polymorphkerniger neutrophiler Granulozyten (PMN) und Polymorphismen wie beispielsweise des *IL1*- oder des *IL4*-Gens. Die Spiegel von Prostaglandinen, Zytokinen, Enzymen und Matrixmetalloproteinasen (MMP) können als Warnsysteme bezüglich des Abbaus von parodontalem Stützgewebe angesehen werden. Speziell ein von PMN freigesetztes körpereigenes Enzym, die aktive humane Matrixmetalloproteinase-8 (aMMP-8, Synonym: Kollagenase 2), gilt als Bio- oder Risikomarker für einen akut vorliegenden oder ablaufenden Gewebeabbau. Die zerstörerische „Tätigkeit“ der aktiven Kollagenase geht dem zwangsläufig folgenden Knochenabbau um einige Monate voraus [17, 18]. Da dieses Enzym also das Netz der Kollagenfasern zerschneidet, kann es als „**Destruktionsmarker**“ bezeichnet

» Lexikonbegriffe sind Kernbegriffe des jeweiligen Textabschnitts und erleichtern die Orientierung; z. B. Wirkstoffe, Methoden, Klassifikationen

Es sollte eine kontinuierliche patienten-, zahn- und stellenbezogene Risikoanalyse erfolgen

Zu den unveränderbaren Risikofaktoren zählen neben systemischen Erkrankungen genetische Faktoren

Eine antibiotische Therapie kann sowohl systemisch als auch lokal erfolgen. Für eine systemische Darreichungsform sprechen sowohl das Erreichen aller Taschen sowie der genannten gewebegängigen Bakterien, die generalisierte Wirkung auf den gesamten oropharyngealen Bereich, aber auch der niedrige Kosten- und Zeitfaktor. Nachteilig sind jedoch der Verdünnungseffekt und die damit verbundene reduzierte erreichbare Konzentration am Zielort. Aber auch die zunehmende Entwicklung verschiedener Antibiotikaresistenzen, Allergien und Nebenwirkungen wie gastrointestinale Probleme stehen der systemischen Therapie kritisch gegenüber. Wichtig ist außerdem die Compliance seitens des Patienten i. S. der korrekten Einnahme. Die Alternative ist die lokale Anwendung antibiotischer Substanzen. Hiermit ist in der Tasche eine weitaus höhere Konzentration gegenüber der systemischen Gabe erreichbar. Weitere Vorteile sind das sichere Erreichen der Infektion unabhängig von der Patientencompliance und die Abwesenheit systemischer Nebenwirkungen. Auch Resistenzen sind seltener, jedoch ist prinzipiell durch eine geringe Konzentration in nichtbehandelten Taschen ein „Überschwappen“ der pathogenen Keimflora auf bereits behandelte Zähne möglich. Einen weiteren Nachteil stellt die kosten- und zeitintensivere Behandlung dar. Systemische Antibiotika sollten – sofern indiziert – im Rahmen des SRP angewandt werden. Lokale Antibiotika haben ihr Einsatzgebiet v. a. in der Nachsorge, wenn „Taschen“ entzündet und vertieft bleiben.

Vorteil der lokalen Applikation ist das sichere Erreichen der Infektion unabhängig von der Patientencompliance

Fazit für die Praxis

- Wegen der stetig steigenden Kosten darf bezüglich der systematischen Therapie großer Handlungsbedarf bei dieser Erkrankung bestehen.
- Entscheidend ist die individuelle Therapie an den jeweiligen Patienten und seinen Gesundheitszustand.
- Bei der unterstützenden Parodontaltherapie ist zu beachten, dass es sich dabei um eine „lebenslange“ Therapie handelt, die einer regelmäßigen und sorgfältigen Diagnostik seitens des Behandlers und Compliance seitens des Patienten bedarf.

» Fazit für die Praxis: Kernaussagen und konkrete Handlungsanweisungen als kurze Aufzählung (max. 1000 Zeichen)

» Das Literaturverzeichnis wird ausschließlich online zur Verfügung gestellt.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. M. Mustermann
Tiergartenstr. 17
69121 Heidelberg
mustermann@muster.de

» Zur Adresse des korrespondierenden Autors gehören der akademische Titel, die E-Mail-Adresse sowie ein Portätfoto und ein kurzer Lebenslauf (max. 500 Zeichen)

Prof. Mustermann promovierte 1999 im Bereich der Parodontologie an der Universität Münster. 2003 habilitierte er für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. 2009 folgte der Ruf an die Universität Heidelberg.

Literatur

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter: springerzahnmedizin.de/wissen-kompakt

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Mustermann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

» Der Hinweis auf die Einhaltung ethischer Richtlinien und einen möglichen Interessenkonflikt erscheint am Beitragsende

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit – nach vorheriger Registrierung unter www.fvdz.de – nur online unter springerzahnmedizin.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

? Ab welchem Sondierungstiefenwert wird in der Nachsorge eine subgingivale Reinstrumentierung empfohlen?

» Die 10 Multiple-Choice-Fragen haben 5 Antwortmöglichkeiten mit jeweils genau einer richtigen Antwort. Bitte markieren Sie die richtige Antwort bei Manuskriptabgabe

folgen?

- Einmonatige Intervalle
- Möglichst 3-monatige Intervalle
- Alle 12 Monate
- Alle 2 Jahre
- Alle 5 Jahre

? Mit welchen Kräften sollte sondiert werden?

- 0,05–0,1 N
- 0,1–0,15 N
- 0,2–0,3 N
- 0,5–1 NN
- 1–2 N

» Frage zur Wissensreproduktion

? Was sollte beim Sondieren an Implantaten beachtet werden?

- Es sollten ausschließlich Kunststoffsonden verwendet werden.
- ST von 3 mm stellen bei Implantaten schon pathologische Werte dar.
- Es sollte mit höherer Kraft sondiert werden als an Zähnen.
- Bei einem Entzündungsgeschehen kommt es bei Implantaten im Vergleich zu Zähnen zu erhöhten Messdaten.
- Periimplantäre Messungen sind unempfindlicher gegenüber Druckunterschieden.

? Was ist bezüglich der Risikoanalyse zu beachten?

- Es sollte...
- Eine Zahn...
- System...
- Das Modell der „Berner Spinne“ berücksichtigt nur die unveränderbaren Risikofaktoren.
- Das Modell der „Berner Spinne“ berücksichtigt nur die veränderbaren Risikofaktoren.

» Pro Lernziel sollten mindestens 2 Fragen gestellt werden. Diese Frage greift z.B. das Lernziel "Risikoanalyse" auf.

? Was kann als zusätzlicher „Risikomarker“ für Parodontitis dienen?

- Quantitative Bestimmung von Streptococcus mutans.
- Spiegel der aktiven humanen Matrixmetalloproteinase-8 (aMMP-8).
- Bestimmung von Streptococcus...
- Der IgE-Spiegel.
- Der IL-3-Spiegel.

? Wann ist eine chirurgische Therapie zu erwägen?

- Bei ST ≥ 5 mm
- Bei ST ≥ 7 mm
- Bei ST ≥ 9 mm
- Bei ST ≥ 10 mm
- Bei ST ≥ 11 mm

? Welche Aussage ist bezüglich der adjuvanten Antibiotikatherapie nicht zutreffend?

- Eine adjuvante Antibiotikagabe ist u. a. sinnvoll bei aggressiven und schweren chronischen Parodontitiden.
- Bei mittelschweren bis schweren Parodontitiden in Verbindung mit systemischen

Erkrankungen oder Immunschwäche ist eine begleitende antibiotische Therapie

- ...yagen.
- Parodontistherapie können zusätzlich zur systematischen mechanischen Reinigung sowohl lokale als auch systemische Antibiotika zum Einsatz kommen. Bakterien A.a. und P.g. lassen sich gut durch eine rein mechanische Therapie aus den Taschen eliminieren.
- Eine systemische Antibiose kann – vor allem bei nicht ausreichender Compliance – zu Bakterienresistenzen führen.

? Mit welchen Instrumenten sollte die mechanische Reinigung von Implantaten aufgrund evidenzbasierter Daten im Idealfall erfolgen?

- Kuretten aus Kunststoff
- Titankuretten
- Er:YAG-Laser
- Kuretten mit Teflonbeschichtung
- Bislang kann keine Empfehlung gegeben

» Alle Fragen lassen sich durch Lektüre des Beitrags beantworten

? ...odontaltherapie (OPT)?

- Lebenslänglich
- 20 Jahre
- 10 Jahre
- 5 Jahre
- 2 Jahre

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springerzahnmedizin.de verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeschluss. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums können Sie diese Fortbildung und den Fragebogen weitere 24 Monate nutzen.

» Für Abonnenten und FVDZ-Mitglieder ist die Teilnahme kostenfrei