

Wissenschaftlicher
Artikel der
Europäischen
Gesellschaft für
Parodontologie



Übersetzer: Philip Bender
Weiterbildungsassistent in Parodontologie,
Universität Bern, Zahnmedizinische Kliniken,
Klinik für Parodontologie, Bern, Schweiz

Zusammengefasst von:
Carra, M., C., Rangé, H., mit Bouchard, P.

Link zum Originalartikel:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12426/abstract>
(Bitte registrieren oder die EFP Login Daten verwenden)

Verantwortlichkeit: Bearbeitet durch zwei Assistenz Zahnärzte des Weiterbildungsprogramms in Parodontologie der Universität Paris Diderot-Paris 7; Rothschild Hospital, AP-HP; Paris.

Studie:



Behandlung parodontaler Erkrankungen bei Patienten mit Kalzium-Kanal-Blockern – Gingivahyperplasie, verschriebene Medikamente, Behandlungsergebnisse und zusätzliche Behandlungskosten

Fardal, Ø., Lygre, H.

J Clin Periodontol 2015;42(7); 640-646.

Zusammenfassung des Originalartikels mit freundlicher Genehmigung von Wiley Online Library
Copyright © 1999-2014 John Wiley & Sons, Inc. Alle Rechte vorbehalten

Hintergrund:

Gingivahyperplasie (GH) kommt bei 6,3% bis 83% der Patienten mit Kalzium-Kanal-Blockern (CKB) vor. CKB-induzierte GH, die sich durch eine Akkumulation extrazellulärer Matrix im gingivalen Bindegewebe auszeichnet, beginnt im Regelfall innerhalb des ersten

Monats nach Beginn der Medikamenteneinnahme. Entzündungsbedingte und nicht-entzündungsbedingte Ätiologien sind im Laufe der Zeit vorgeschlagen worden, wobei die genauen Mechanismen weiterhin schlecht verstanden sind.

Studienziele:

Ziel der Studie war es einerseits den Einfluss von CKB auf die Häufigkeit und das Ausmaß von GH zu untersuchen, und andererseits das Ansprechen auf die Behandlung, Medikamentenersatz und Zusatzkosten zu beurteilen.

*Wissenschaftlicher
Artikel der
Europäischen
Gesellschaft für
Parodontologie*

Methoden:

Bei allen freiwilligen Studienteilnehmern wurde eine chronische Parodontitis diagnostiziert und alle Teilnehmer nahmen während der Hygiene- und/oder Erhaltungsphase CKB. Alle Patienten erhielten eine vergleichbare Behandlung einschließlich nicht-chirurgischer und/oder chirurgischer Therapie. Das Ausmaß an GH und deren Heilung nach chirurgischer Therapie wurden erhoben um den Effekt des Absetzens oder Ersatzes von KCB zu beurteilen. Alle Patienten wurden in eine Erhaltungsphase aufgenommen. Erneute Therapie wurde definiert als Behandlung, die über die normale Erhaltungsphase hinausging

in Fällen von Taschentiefen ≥ 7 mm und Bluten auf Sondieren (BoP) oder zunehmender Taschentiefe und BoP in drei aufeinander folgenden Recalls. Zunehmende Taschentiefen und/oder GH wurden mit wiederholten Scaling und Rootplaning oder chirurgisch (Gingivektomie, mod. Widman-Lappen, Laser- oder Elektrotom-Therapie) behandelt. Im Falle parodontaler Abszesse wurden Antibiotika verschrieben. Das Ausmaß und der Umfang der GH wurden genutzt um den durchschnittlichen GH-Index zu errechnen. Zusätzliche Behandlungskosten wurden ebenfalls berechnet.

Resultate:

103 Patienten wurden eingeschlossen (55 weiblich, 58 männlich; Altersdurchschnitt 66,5 Jahre (42/88)). Die Durchschnittliche Beobachtungsdauer betrug 11,3 Jahre (1-27). 89 Patienten (86,4%) litten unter GH und 75% davon waren therapiebedürftig. Absetzen oder Ersetzen der CKB führten zu signifikanter Reduktion von GH, bzw. einer Reduktion des GH-Index von 3,45 auf 1,45 ($p=0,00016$) und 3,2 auf 1,84 ($p=0,00068$). Mundhygiene, Medikamentendosis und -kombination hatten keinen Einfluss auf GH. Chirurgische Therapie war effizienter als nicht-chirurgische Behandlung. 55 Patienten

mussten erneut behandelt werden. Nur 2 der 55 zeigten ein befriedigendes Behandlungsergebnis nach nicht-chirurgischer Therapie. Die anderen 53 mussten chirurgisch behandelt werden. Im Schnitt waren 3,11 (1-8) chirurgische Eingriffe pro Patient nötig. 42 Patienten zeigten konsequent rezidivierende GH. Die zusätzlichen Behandlungskosten für erneute Behandlungen beliefen sich auf 1530 € (2014). Jährliche Therapiekosten für GH in Zukunft beliefen sich auf 490€ (2014). Patienten mit CKB hatten 0,11 Zahnverluste pro Jahr, was dem dreifachen Risiko des Patientenguts ohne CKB entspricht.

Wissenschaftlicher
Artikel der
Europäischen
Gesellschaft für
Parodontologie

**Einschränkungen,
Schlussfolgerungen
und Fazit:**

Einschränkungen:

- Der retrospektive Charakter der Studie und verschiedene Störfaktoren lassen keinen Rückschluss auf den Einfluss von CKB auf Zahnverlust zu.
- Deutliche Heterogenität im Patientengut und Therapieablauf.
- Keine passende Kontrollgruppe.

Schlussfolgerungen:

Über 75% der Patienten mit CKB brauchten eine Therapie der entstandenen GH. Öfter waren sowohl chirurgische Therapien als auch eine wiederholte Behandlung nötig. Absetzen oder Ersetzen der CKB verbesserte die GH, konnten aber die GH nicht komplett beseitigen, was für einen irreversiblen Effekt der CKB spricht, zumal häufig die Patienten/der Arzt die Medikation nicht ändern könnten/wollten. Dementsprechend steht die Betreuung von Patienten mit CKB in einer spezialisierten parodontologischen Praxis einem erheblichen Mehraufwand, erhöhtem Risiko für Zahnverlust und Zusatzkosten gegenüber.

Fazit:

Aufgrund der recht hohen Zahl von Patienten, die CKB nehmen, bietet diese Studie dem Kliniker einen guten Einblick in die Betreuung von Patienten mit CKB und/oder GH. Wichtigste Erkenntnis ist nach Ansicht der Autoren, der positive Effekt des Absetzens/der Ersatz der CKB auf die GH, was – wenn möglich - für eine Bevorzugung dieses Schrittes gegenüber chirurgischen Maßnahmen spricht.



Fig. 1. Medikamenteninduzierte Gingivahyperplasie ausgelöst durch Cyclosporine und Amlodipine (Kalzium-Kanal-Blocker).



Fig. 2. Der selbe Patient nach chirurgischer Korrektur der Gingiva und nach Absetzen der Amlodipine - 10 Jahre post-therapeutisch.

Bilder mit freundlicher Genehmigung von Prof. I. Chapple