

Wissenschaftlicher
Artikel der
Europäischen
Gesellschaft für
Parodontologie



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

Zusammengefasst von:
Alotaibi, M., Al Ghazal, L., Mullane, S.,
mit Harrison, P.

Link zum Originalartikel:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12451/abstract>
(Bitte registrieren oder die EFP Login Daten verwenden)

Verantwortlichkeit: Bearbeitet
durch die Assistenz Zahnärzte des
Weiterbildungsprogramms in
Parodontologie der Abteilung für
rekonstruktive Zahnheilkunde und
Parodontologie der Universitätszahnklinik
des Trinity College, Dublin, Irland.

Studie:



Die Wirtsantwort während der akuten Heilungsphase nach full-mouth oder Quadranten-weiser nicht chirurgischer parodontaler Therapie. Eine randomisierte klinische Studie

Graziani, F., Cei, S., Orlandi, M., Gennai, S., Gabriele, M., Filice, N., Nisi, M., D'Aiuto, F.

J Clin Periodontol 2015 Aug; 42(8): 843–852.

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

Hintergrund:

Nicht-chirurgische parodontale Therapie (PT) ist eine erfolgreiche Behandlungsmöglichkeit, bezogen auf klinische Therapieergebnisse und die Zufriedenheit der Patienten. Es gibt verschiedene Protokolle für PT, wobei wenig über deren systemischen Einfluss bekannt ist. Full-Mouth Scaling und Rootplaning (FM-SRP) wurde mit einem steilen aber kurzfristigen Anstieg der Entzündungsmarker in Verbindung gebracht.

Das therapeutische Gewebetrauma und die anschließende Bakteriämie scheinen dafür verantwortlich zu sein. Da Entzündungsmarkern eine gewisse Rolle im Rahmen vaskulärer Erkrankungen nachgewiesen wurde, liegt die Vermutung nahe, dass solche intensiven Therapieprotokolle mit einem erhöhten Risiko für Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen einhergehen.

Studienziele:

Ziel der Studie war es Quadranten-weises Scaling (Q-SRP) mit FM-SRP zu vergleichen und die akute und mittelfristige biochemische Wirtsantwort, sowie die mittelfristigen klinischen Therapieergebnisse gegenüberzustellen.

Methoden:

38 Patienten nahmen an dieser monozentrischen Studie mit 3-monatiger Nachkontrolle teil. Patienten mit interdentalem Attachment-Verlust von ≥ 3 mm an mindesten 2 nicht benachbarten Zähnen, einem BoP von mindestens 25% und

radiologisch nachvollziehbarem Knochenverlust wurden einbezogen. Blutproben und Vitalparameter wurden zu Beginn genommen und erhoben.

Bitte wenden . . .

Wissenschaftlicher
Artikel der
Europäischen
Gesellschaft für
Parodontologie

Methoden:
(xxxxxxx)

Taschentiepen (PPD), Rezession, Blutung und Plaque wurden ebenfalls dokumentiert. Nüchterne Serumproben wurden auf CRP, Lipidfragmente, Entzündungsmarker (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IFN- γ , TNF- α) und Marker endothelialen Traumas (E-Selektin, P-Selektin, ICAM-3 und Thrombomodulin) untersucht. Die Zuteilung der Patienten zur Q-SRP (n=19) und FM-SRP (n=19) erfolgte randomisiert. Das sub- und

supragingivale Debridement wurde von einem Behandler durchgeführt - FM-SRP innerhalb von 24 Stunden; Q-SRP wochenweise innerhalb von 4 Wochen. Nachkontrollen fanden nach 1, 7 und 90 Tagen statt (Bei Q-SRP war Tag 1 24 Stunden nach dem ersten Therapie-Termin!). Blutproben, Anamnese und Vitalparameter wurden an jedem Termin erhoben. Klinische Parameter wurden nach 90 Tagen erhoben.

Resultate:

Beide Protokolle führten nach 90 Tagen zu signifikanten und vergleichbaren klinischen Verbesserungen. In der FM-SRP-Gruppe konnte ein signifikant stärkerer Anstieg von CRP, IL-6 und TNF- α innerhalb der ersten 24 Stunden im Vergleich zur Q-SRP-Gruppe beobachtet werden. Entzündungsmarker erreichten innerhalb der 3

Monate wieder das Ausgangsniveau. CRP und IL-6 am ersten Tag standen in deutlichem Zusammenhang mit der Behandlungsdauer und der Anzahl der Taschen über 6 mm. Außerdem wurde ein signifikanter Anstieg der Körpertemperatur der FM-SRP-Gruppe am ersten Tag festgestellt.

**Einschränkungen,
Schlussfolgerungen
und Fazit:****Einschränkungen:**

- Kleine Teilnehmerzahl
- Alle Patienten waren systemisch Gesund – ein Aussage über die Reaktion von polymorbiden Patienten lässt sich daher nicht treffen
- Es wurde keine Untersuchung zwischen Tag 1 und 7 durchgeführt. Es sind daher keine Aussagen über die Dauer der akuten Phase der Wirtsantwort möglich.

Schlussfolgerungen:

FM-SRP löst eine moderat stärkere akute Wirtsantwort innerhalb der ersten 24 Stunden im Vergleich zu Q-SRP aus. Dies könnte an dem ausgeprägteren Gewebetrauma durch die erhöhte Behandlungsdauer und der darauf folgenden Bakteriämie liegen. Das klinische Behandlungsergebnis von Q-SRP und FM-SRP nach 90 Tagen war vergleichbar.

Fazit:

Die Wirtsantwort während der akuten Heilungsphase scheint abhängig von der Intensität des Behandlungsprotokolls zu sein. Daher kann es bei polymorbiden Patienten sinnvoll sein einen weniger intensiven Therapieansatz (z.B. Q-SRP) zu wählen um das systemische Risiko zu reduzieren.