

Theresa Friederike Wohlrab
Dr. med. dent.

Entwicklung des DMF-T/-S bei aggressiver und chronischer Parodontitis 10 Jahre nach systematischer Parodontitistherapie

Fach/Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktormutter: Priv.-Doz. Dr. med. dent. Bernadette Pretzl

Ziel der Studie war es den Kariesanstieg (mittels DMF-T- und DMF-S-Index) zehn Jahre nach Antiinfektiöser Therapie (AIT) bei Patienten mit aggressiver (AgP) und chronischer (ChP) Parodontitis zu vergleichen und Einflussfaktoren auf die Kariesinzidenz zu ermitteln.

Als sekundärer Endpunkt wurde der Einfluss von Geschlecht, Alter, Patientenadhärenz, Mundhygienestatus während der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT), Rauchverhalten, Bildungsniveau, Familienstand und IL-1 β Polymorphismus determiniert.

136 parodontal kompromittierte Patienten wurden zehn Jahre nach Beginn der AIT nachuntersucht. Dentaler und parodontaler Status wurden zu Beginn, zum Zeitpunkt der ersten Nachuntersuchung und zehn Jahre nach AIT erhoben und dokumentiert. Zusätzlich wurden die Patientenakten nach Diagnose und Adhärenz an der UPT durchsucht und der DMF-T/-S zu allen Untersuchungszeitpunkten errechnet.

Poisson- sowie logistische Multilevel-Regressions-Analysen für das Hauptzielkriterium DMF-T / DMF-S wurden erstellt, um patientenbezogene Faktoren zu bestimmen, die den DMF-T bzw. DMF-S maßgeblich beeinflussen. Zusätzlich wurden die Nebenkriterien isoliert hinsichtlich des DMF-T und DMF-S betrachtet. Hierzu wurden Mittelwert und Standardabweichung errechnet und mittels T-Test bei zwei Variablen und mittels ANOVA bei drei oder mehr Variablen verglichen. Kategoriale Zielparameter wurden mittels Chi-Quadrat-Test ausgewertet.

Innerhalb des zehnjährigen Nachuntersuchungszeitraum entwickelten sich der DMF-T und der DMF-S bei parodontal erkrankten Patienten, die sowohl an Formen der AgP als auch der ChP litten und in der Sektion für Parodontologie der Klinik für Mund-, Zahn-, Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg behandelt wurden, annähernd gleich. 30 Patienten gehörten zur Diagnosegruppe der AgP, 37 Patienten mit einer moderaten ChP wurden inkludiert und 69 Patienten zeigten eine generalisiert schwere Form der ChP. Der durchschnittliche Δ DMF-T/-S zwischen der ersten Untersuchung und der 10-Jahres Nachuntersuchung betrug $2,07 \pm 2,51$ bzw. $14,66 \pm 14,54$. Es konnte über den Nachuntersuchungszeitraum kein signifikanter Unterschied im Anstieg des DMF-T/-S

zwischen den Diagnosegruppen AgP und ChP beobachtet werden. Lediglich die Patientenadhärenz zeigte einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Δ DMF-T/-S.

Ein statistisch signifikanter Unterschied in der Kariesinzidenz zeigte sich lediglich bei parodontal kompromittierten Patienten, die regelmäßig an den individuell festgelegten UPT-Terminen teilnahmen. Die regelmäßige parodontale und dentale Kontrolle ergab einen signifikant positiven Einfluss auf die geringere Zunahme des DMF-S ($10,82 \pm 9,45$ vs. $18,97 \pm 17,97$; $p = 0,0011$) sowie einen signifikanten Einfluss auf den DMF-T ($1,65 \pm 2,06$ vs. $2,56 \pm 2,90$; $p = 0,0357$). Bei allen weiteren eingeschlossenen Risikofaktoren konnte keine signifikante Auswirkung nachgewiesen werden.

Demnach zeigte die regelmäßige Teilnahme an der unterstützenden Parodontitistherapie nicht nur einen positiven Einfluss auf den parodontalen sondern auch auf den kariesbezogenen dentalen Status. Aufklärung über Ätiologie und Pathogenese beider Erkrankungen, Mundhygieneinstruktionen und -reevaluationen, regelmäßige professionelle Zahnreinigungen, sowie weitere, den individuellen Gegebenheiten Rechnung tragende Faktoren (z. B. Fluoridierungen, Ernährungsberatungen) sollten daher ein zentraler Bestandteil der zahnmedizinisch-prophylaktischen Behandlung sein. Dazu zählen auch die Schulung und Motivation des zahnärztlichen Personals. Zusätzlich verlangen die Erkenntnisse aus dieser Arbeit nach frühzeitiger Aufklärung Jugendlicher sowie junger Erwachsener, um eine adäquate Prävention gewährleisten zu können. Hier sind neben Anstrengungen der Zahnärzteschaft (Ermöglichung eines niedrighwelligen Besuchs in der Zahnarztpraxis, Bereitstellung von gut geschultem zahnärztlichem Personal etc.) auch Aktivitäten weiterer Institutionen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Public Health beziehungsweise die regionalen Gesundheitsämter) gefragt. Eine rechtzeitige zusätzliche Einbindung der Mundhygieneaufklärung betreffend parodontaler Vorsorge in die Gesundheitsaufklärung (z. B. an Schulen) kann unter Umständen einen allgemeingesundheitlichen Nutzen erwirken. Es besteht eine wissenschaftlich gut begründete Empfehlung, in Parodontitis- und Kariesfrüherkennung einschließlich adäquater Behandlung sowie Nachsorge zu investieren.