

Fallbeispiel Parodontologie

Von Philippe Bardet und Urs Brägger
Deutsche Übersetzung: Thomas Vauthier



Abb. 1 Lachlinie

Qualitätssicherung/IFW 99

Mit dieser Artikelserie soll der Leser in den nächsten Monaten auf die Interdisziplinäre Fortbildungswoche der SSO vorbereitet werden, die vom 31. Mai bis 4. Juni 1999 unter dem Titel «Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin» in Basel stattfinden wird. Die einzelnen Artikel zeigen Fälle auf, wie wir sie in der Praxis immer wieder beobachten. Dabei fallen Fehler auf, die wir selbst gemacht haben oder die wir bei Patienten sehen, welche uns zum ersten Mal aufsuchen. Der Leser kann sich aufgrund der klar beschriebenen Behandlungsunterlagen Schlussfolgerungen und Diskussionen selbst eine Meinung bilden und seine Vorstellungen von der Lösung des Falls kritisch den Vorschlägen der Autoren gegenüber stellen.

Die IFW 99 hat das Ziel, dass SSO-Mitglieder in Zukunft ihre eigene Tätigkeit am Patienten selbst kritisch beurteilen können. Heute, wo von allen Seiten und auf allen Gebieten Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert werden, sollen die Zahnärzte selbst für die Sicherung und Verbesserung, das Management der Qualität ihrer Arbeit verantwortlich und zuständig sein und in Zukunft werden. Nur so wird es gelingen, auch auf diesem Gebiet drohende staatliche Massnahmen abzuwehren und die Freiheit unseres Berufs in einem sehr wichtigen Punkt, der Therapiefreiheit, zu bewahren.

Um Qualität messen zu können, bedarf es eines Massstabs. Dieser wird, in Form von Standards, an der IFW 99 präsentiert und ermöglicht jedem, als Fachmann seine eigenen Ar-

beiten zu beurteilen, Stärken, Fehler und Mankos herauszuarbeiten und daraus die notwendigen Massnahmen abzuleiten (z.B. intensivere, schwerpunktmässige Fortbildung in den entsprechenden Gebieten). Um es ganz klar zu sagen: niemand, weder die Standesorganisation noch staatliche Kontrollstellen sollen den Erbringer von zahnärztlichen Leistungen zwingen können, seine Fortbildung nach bestimmten fachlichen Gesichtspunkten auszurichten. Dazu sind wir selbst in der Lage. Wir müssen aber die Richtschnur kennen, nach der heute praxisbezogen gearbeitet werden soll. Deshalb sind wir froh, dass alle zahnmedizinischen Zentren der Schweiz und die Fachgesellschaften daran arbeiten, «praxisbezogene Standards der Zahnmedizin Schweiz 1999» zu erheben und zu diskutieren. Diskussionen sollen vor, während und nach der IFW 99 stattfinden. Sie tragen dazu bei, die Qualität der Arbeiten in den Praxen der SSO-Mitglieder zu sichern und zu fördern. So sind die in dieser Artikelserie vorgestellten Fallpräsentationen Diskussionsgrundlagen. Sie sollen die Einstimmung in die Problematik des Qualitätsmanagements erleichtern oder auch nur den Leser dazu anregen, der Lösung solcher Fälle die notwendige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, bzw. zu erkennen, wann Ereignisse auftreten oder Fehler gemacht werden, die für die Zukunft des Gebisszustands des Patienten negative Auswirkungen haben, und hätten vermieden werden können.

Daniel Kempf

Präsident Weiter- und Fortbildungskommission SSO

Vorgeschichte

Frau X. (geb. 20. 11. 1969) konsultierte uns erstmals am 3. Juli 1996 an der zahnärztlichen Poliklinik der Universität Bern. Die Patientin beklagt sich über Zahnfleischbluten sowie Zahnbeweglichkeit und -migrationen. Diese Symptome hatten sich seit drei Jahren bemerkbar gemacht.

Motiv der Konsultation, Anamnese

Die Patientin gibt folgende zwei Behandlungswünsche an: Einerseits die Wiederherstellung gesunder Zahnfleischverhältnisse und andererseits eine Verbesserung der Ästhetik, besonders eine Korrektur der oberen Eckzähne und des linken zentralen Schneidezahnes, deren Stellung sich zunehmend verändert hatte (Abb. 1).

Die Patientin hatte seit ungefähr 20 Jahren bei ihrem Zahnarzt einmal jährlich Kontrollen und Zahnreinigungen durchführen lassen. Die letzte Kontrolle und Zahnreinigung waren im November 1995 erfolgt. Die einzigen Röntgenbilder aus dieser Periode waren im November 1993 aufgenommen worden (Abb. 2).

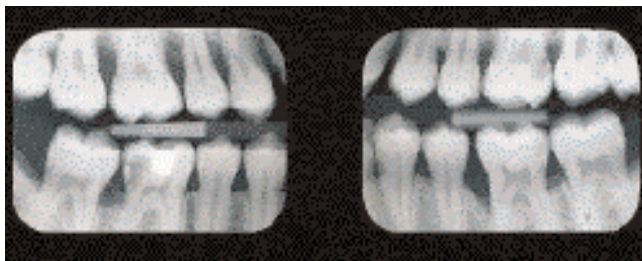


Abb. 2 Bissflügel aufnahmen vom November 1993



Abb. 3 und 4 Palatinale und linguale Ansicht links



Abb. 5 Frontansicht

Frau X. benützt eine mittelharte Zahnbürste und reinigt ihre Zähne 3mal am Tag während 1 bis 2 Minuten. Zudem verwendet sie Meridol als prophylaktisches Mundspülmittel. Allgemeinmedizinisch bestehen keine besonderen Probleme. Die Patientin ist Nichtraucherin.

Untersuchungen

Es wurden folgende Erhebungen durchgeführt: Foto-, PAR- und Röntgenstatus; klinische Untersuchung mit CO₂-Vitalitätsprüfung, Studienmodelle, sowie ein mikrobiologischer Test mittels DNA-Sonde. Die Patientin liess sich von ihrem ehemaligen Zahnarzt die vorhandenen Röntgenbilder aushändigen.

Abklärungen und Resultate der Untersuchungen

Extraoral: keine besonderen Feststellungen

Intraoral: Das Zahnfleisch weist folgende Merkmale auf: massive Entzündung und ödematöse Schwellung, Farbe rot bis violett (Abb. 3 & 4). Kleiner marginaler Abszess regio Zahn 21 (Abb. 5). Die Hygiene ist durchschnittlich, mit wenig Zahnstein, aber zahlreichen Verfärbungen (Tee, Meridol). Die oberen Eckzähne stehen in Rotation und Labioversion, infolgedessen beiderseits auffallendes Diastema zu den ersten Prämolaren. Der linke zentrale Schneidezahn ist elongiert.

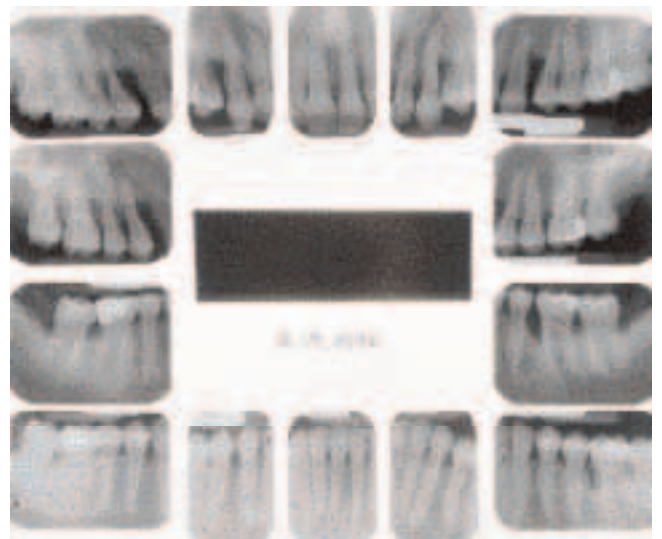


Abb. 6 Röntgenstatus, aufgenommen im Juli 1996

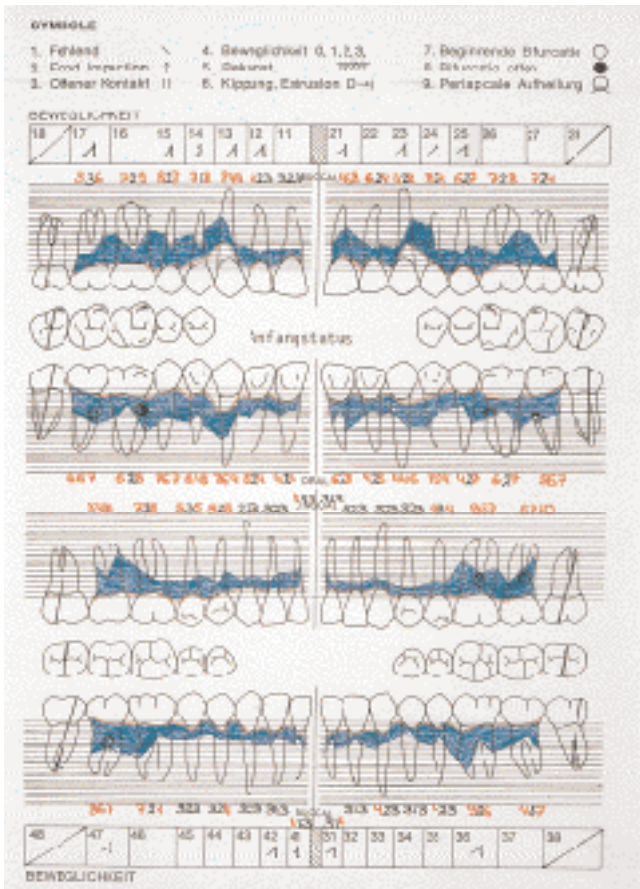


Abb. 7 Parodontaler Status vor Behandlungsbeginn

Zahnstatus: Alle Zähne reagieren positiv auf CO₂. Offene Karies an Zahn 16; Sekundärkaries an Zahn 26; beginnende Läsionen an 15, 14, 24, 25, 47, 46, 37.

Intermaxillär: Normokklusion Klasse I; Vorkontakte an den Zähnen 17, 16, 47, 46/24, 25, 34, 35.

Parafunktion: Intermaxilläres Pressen, wenn die Patientin unter Stress steht.

Mikrobiologisch: Massive Präsenz von Actinobacillus Ac.

Röntgen: (Abb. 6) Bestätigung der klinisch diagnostizierten Karies. Sehr ausgeprägter horizontaler Knochenverlust, besonders in den posterioren Bereichen, dazu tiefe vertikale Knocheneinbrüche regio 36 und 23.

PAR: (Abb. 7) Gingivale Rezession regio 13, 23. Furkationsbefall 1. bis 2. Grades an den Molaren. Sondierungstiefen massiv erhöht, mit Werten bis 10–11 mm. Bleeding on probing bei 54%. Der Plaqueindex beträgt 63%.

Diagnose

Aufgrund des Alters der Patientin, des fortgeschrittenen Attachementverlustes sowie des mikrobiellen Tests muss von einer «Early onset parodontitis» ausgegangen werden, mit erheblichem Verdacht auf eine vorhergehende juvenile Parodontitis. Da keine vor dem 20. Altersjahr der Patientin erstellten Röntgenbilder vorhanden waren, konnte diese Hypothese nicht mit Sicherheit bestätigt werden.

Prognose

Keiner der Zähne muss als verloren eingestuft werden; dennoch muss den Prämolaren und Molaren sowie den oberen Eckzähnen eine unsichere Prognose eingeräumt werden.

Diskussion

Die Patientin wurde sowohl über ihren Zahn- und Parodontalzustand, wie auch über den entsprechend vorgesehenen Behandlungsplan, vollumfänglich aufgeklärt. Sie stimmte dem Vorschlag unverzüglich zu. Die Patientin wünschte weder eine Kontaktaufnahme seitens unserer Klinik mit dem früheren Zahnarzt noch eine Weiterleitung von Informationen zu unseren Feststellungen.

Behandlungsplan

1. Hygienephase

Motivation, Instruktion.

Kons-Behandlung der Karies.

Deep scaling und root planing der vier Quadranten.

Kontrolle des Befundes: nach 8 Wochen.

2. Chirurgische Phase

Lappenoperationen in den vier Sextanten, kombiniert mit Guided Tissue Regeneration regio 36.

Abschirmung mit Antibiotika (Flagyl + Amoxicillin).

Kontrolle des Befundes: 3 Monate post-op.

3. Korrektive Phase

Kieferorthopädische Behandlung zur Behebung der Fehlstellungen der Zähne 13, 21, 23.

4. Recallphase

Zu Beginn Recallintervall bei der DH alle drei Monate.

Kosten der Behandlung

Hygiene- und chirurgische Phase: ungefähr Fr. 4700.–.

Korrektive Phase: ungefähr Fr. 2500.–.