

# Therapieoptionen bei Patienten mit Parodontitis als Manifestation eines Papillon-Lefèvre-Syndroms – eine systematische Literaturübersicht

## Therapy methods in Papillon-Lefèvre-Syndrome associated periodontitis - a systematic review of literature

### Zusammenfassung und Schlussfolgerungen:

Verschiedene Protokolle wurden im Laufe der Zeit für die Behandlung von Parodontitis im Zusammenhang mit einem Papillon-Lefèvre-Syndrom entwickelt, angefangen mit dem von *McDonald und Baer* (1981) vorgestelltem Konzept der „Full-Mouth-Extraktion“ im Milchgebiss und Umstellung der oralen Mikroflora, bis zu den konventionellen parodontalen Therapiekonzepten. Unabhängig von allen Therapieprotokollen ist, dass die manifestierte Parodontitis schwer zu kontrollieren ist, und dadurch eine Parodontalbehandlung aufwendig und zeitintensiv ist und eine langfristige Nachsorge einschließen muss. Darüber müssen der Patient bzw. die Eltern informiert und aufgeklärt werden, um die notwendige Mitarbeit günstig zu beeinflussen. Bei unzureichender Compliance ist eine erfolgreiche Behandlung der Parodontitis langfristig kaum zu erreichen. Der totale frühzeitige Zahnverlust ist nicht in jedem Fall zu vermeiden. Die prothetische Versorgung dieser Patienten schließt neben der konventionellen Therapie mit Zahnersatz auch die Nutzung der Möglichkeiten der Implantattherapie ein, allerdings unter dem unbestrittenem erhöhten Risiko des Auftretens einer Periimplantitis und des Verlustes auch der Implantate.

Mögliche Therapiekonzepte sind:

Therapiebeginn im Milchgebiss:

1. Initialphase durch Mundhygieneinstruktion und Training, Motivation der Patienten und Eltern, Extraktion von eventuell schwer betroffenen Zähnen.
2. Später Extraktion aller vorhandenen Milchzähne (mindestens 6 Monate vor Durchbruch von bleibenden Zähnen).
3. Nach der Extraktion Gabe eines wirksamen Antibiotikums (ggf. nach mikrobiologischer Untersuchung und Resistenzbestimmung), um die pathogenen Keime auch in anderen Regionen der Mundhöhle zu eliminieren.

Therapiebeginn in der Wechselgebissphase:

Bei guter Patientenmitarbeit:

1. Initialphase durch Mundhygieneinstruktion und Training, Motivation der Patienten, Extraktion von schwer betroffenen Zähnen.
2. Systematische parodontale Therapie durch Scaling und Wurzelglättung, mit adäquater adjuvanter Antibiotikagabe (vor allem Amoxicillin mit/ohne Clavulansäure in Kombination mit Metronidazole).
3. Verwendung von CHX als Mundspülung, als orales Antiseptikum im Rahmen der systematischen Therapie.

Eine mikrobiologische Untersuchung vor antibiotische Gabe könnte von Vorteil sein, um eine Resistenz auszuschließen und ggf. geeignete Antibiotika zu verwenden.

Nach Ende der systematischen Therapie ist eine engmaschige UPT unverzichtbar, um Resttaschen zu eliminieren und ein Fortschreiten der Erkrankung und Taschenrezidive frühzeitig zu erkennen.

Beim Auftreten von Rezidiven ist eine erneute Taschenreinigung kombiniert mit adjuvanter Antibiotikagabe (ggf. wenn *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* vorhanden war nach mikrobiologischer Untersuchung) notwendig.

Bei schlechter Patientenmitarbeit (ungenügende Compliance):

Bei Patienten mit nicht zu verbessernder Mundhygiene oder unregelmäßiger Wahrnehmung der Recalltermine ist zu überlegen, die bereits durchbrochenen bleibenden Zähne, vor allem wenn die schon betroffen sind, zu extrahieren gefolgt von einer Antibiotikagabe und Schaffung einer zahnlosen Phase, um die orale Mikroflora umzustellen. Mit diesem Vorgehen könnte eine Reinfektion der bleibenden Zähne zumindest verzögert werden. Der frühzeitige Zahnverlust ist bei diesen Patienten allerdings kaum zu verhindern.

Eine Implantatversorgung im Rahmen der Behandlung von PLS-Patienten wird derzeit diskutiert, ihre Bewertung bedarf allerdings noch einer langfristigen Evaluation. Auch bei dieser Behandlungsoption ist das Therapieergebnis nur schwer vorhersagbar.

Die umfangreiche Literaturlauswertung der bisher publizierten Therapieergebnisse, die überwiegend aus Fallberichten und kleinen Fallserien resultieren, lässt den Schluss zu, dass die aggressive Parodontitis, die im Zusammenhang mit einem PLS auftritt, durchaus behandelt werden sollte und Aussicht auf Zahnerhalt besteht.

Die Therapieergebnisse sind allerdings schwer voraussagbar und individuell sehr unterschiedlich. Die konsequente Durchführung der mechanischen und medikamentösen Infektionskontrolle so früh wie möglich sowie eine regelmäßige, engmaschige Nachsorge und konsequente Rezidivtherapie scheinen unabdingbar für jeglichen Behandlungserfolg zu sein.

Langzeitergebnisse sind nur begrenzt in der Literatur vorhanden, und Weiterbetreuung der bereits publizierten Patienten bzw. neue kontrollierte Studien mit höheren Patientenzahlen und langfristigen Beobachtungszeiten sind für die Evaluierung der beschriebenen Therapieprotokolle notwendig.