



EFP

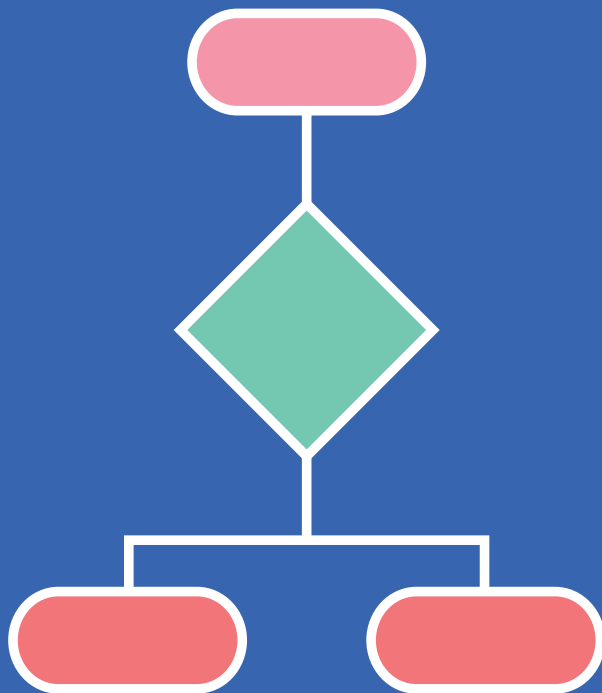
New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

02. Parodontitis:

Klinischer Entscheidungsbaum für die Einteilung in Stadien und Grade (Staging & Grading)

Klinischer Leitfaden



Österreichische Gesellschaft für
Parodontologie

Published March 2019

© European Federation of Periodontology



Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e.V.



EFP

European
Federation of
Periodontology

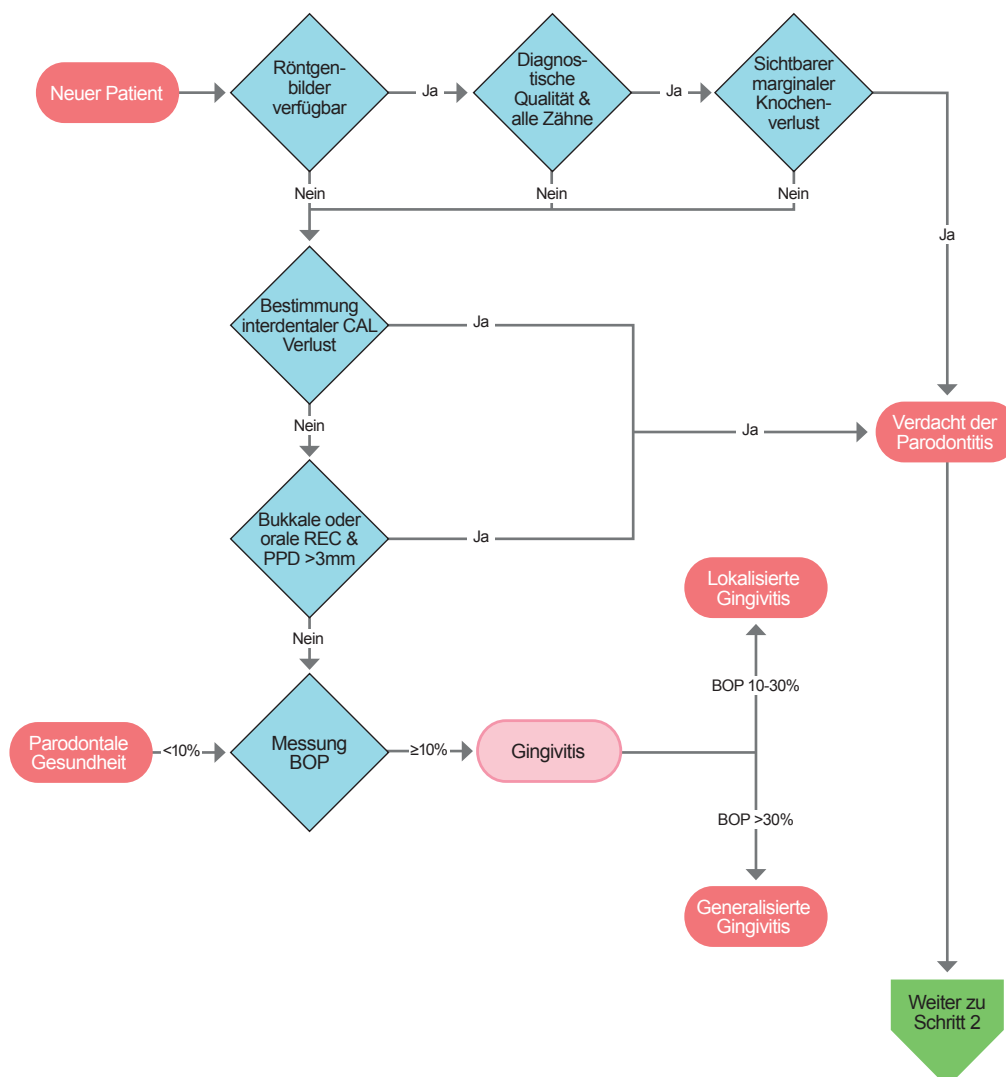
Parodontitis: Klinischer Entscheidungsbaum für Stadien und Grade

Basierend auf:

Tonetti, MS & Sanz M. Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education. *Journal of Clinical Periodontology*, 2019; 46: 398–405.

SCHRITT 1 Neuer Patient

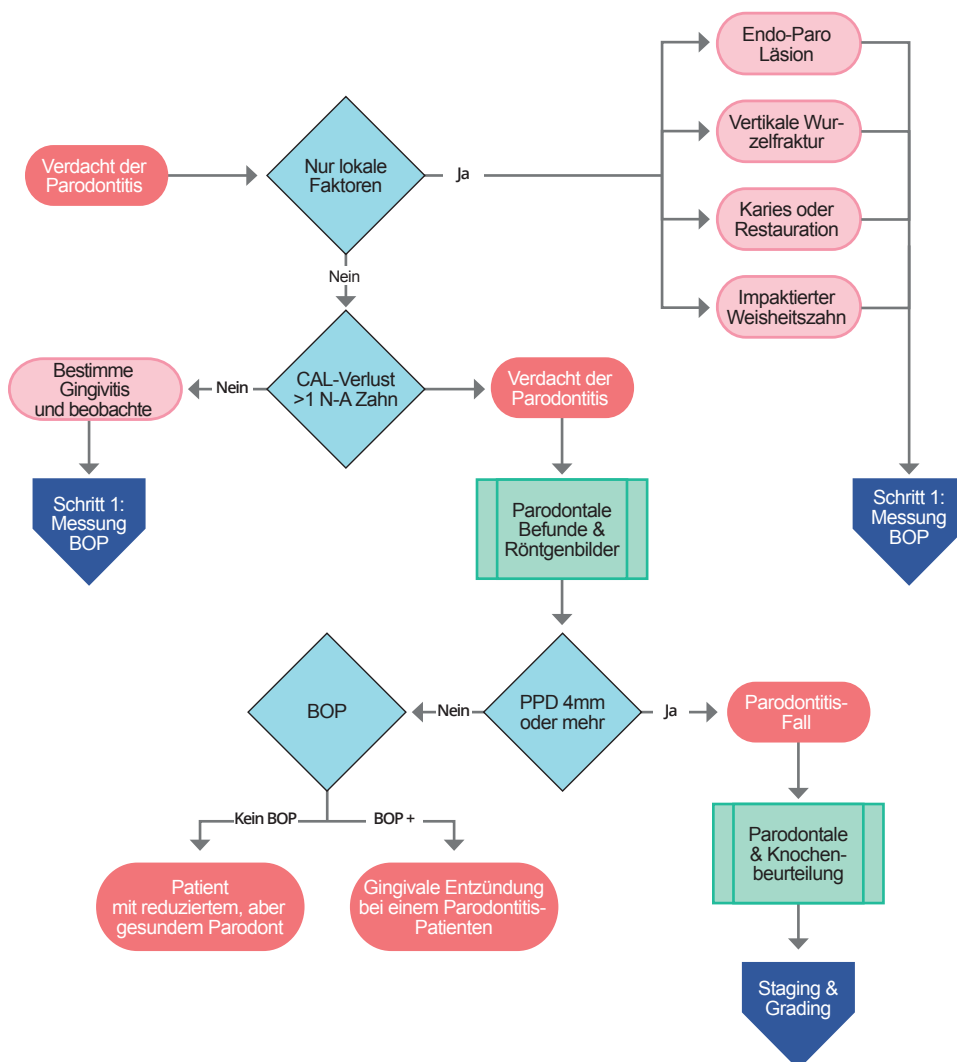
Wenn wir einen Patienten zum ersten Mal sehen, sollten wir zuerst fragen, ob es einen kompletten Röntgenstatus bzw. eine Übersichtsaufnahme von ausreichender Qualität gibt. Wenn ja, sollten wir prüfen, ob es in irgendeinem Bereich der Dentition erkennbaren marginalen Knochenabbau gibt. Zahnersatz. Bei erkennbarem Knochenabbau (bone loss, BL) besteht der Verdacht, dass der Patient eine Parodontitis hat. Gleichzeitig, unabhängig von den Röntgenunterlagen, müssen wir den Patienten klinisch untersuchen und den interdentalen Attachmentverlust (clinical attachment loss, CAL) beurteilen. Wenn CAL nachweisbar ist, ist der Patient ein möglicher Fall von Parodontitis. Wenn interdentaler CAL nicht erkannt wird, müssen wir das Vorhandensein von bukkalen Rezessionen (recessions, REC) mit sondierbaren Taschentiefen (probing pocket depths, PPD) von größer als 3 mm bewerten. Wenn solche Rezessionen vorliegen, ist der Patient ein möglicher Parodontitis-Fall. Wenn es keine bukkalen PPD größer als 3 mm gibt, müssen wir den Gesamt-BOP bewerten. Wenn BOP an mindestens 10% der Stellen vorliegt, wird beim Patienten eine „Gingivitis“ diagnostiziert und wenn BOP an weniger als 10% der Stellen vorhanden ist, wird bei diesem Patienten „parodontale Gesundheit“ diagnostiziert..





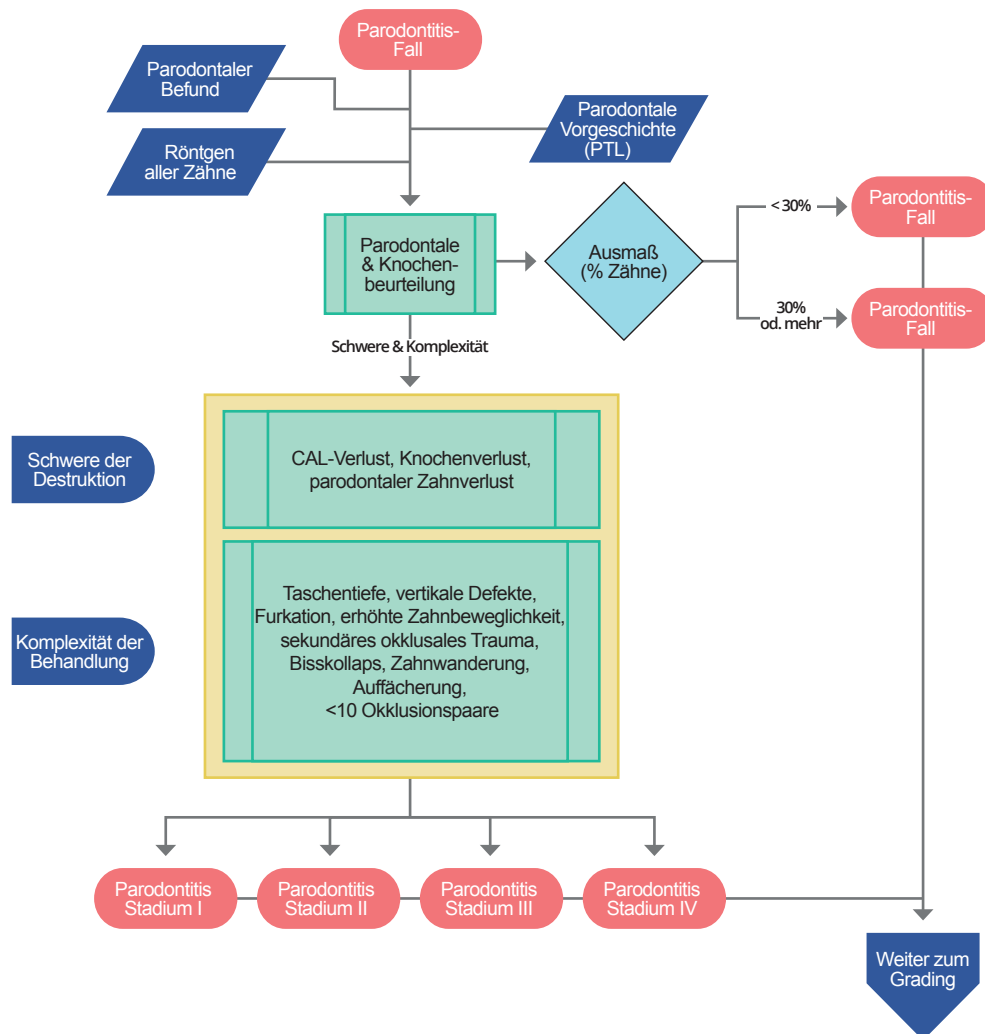
SCHRITT 2 Patient mit dem Verdacht auf Parodontitis

Wenn das Vorhandensein von interdentalem CAL bei der oralen Untersuchung des Patienten einen Verdacht für einen Fall von Parodontitis ergibt, müssen wir abklären, ob dieser CAL nur durch lokale Faktoren verursacht wird - Endo-Perio-Läsionen, vertikale Wurzelfrakturen, Karies, Restaurationen oder impaktierte dritte Molaren. Wenn nicht, dann müssen wir abklären, ob der interdentale CAL an mehr als einem nicht-benachbarten Zahn vorhanden ist. Wenn dies der Fall ist, handelt es sich um einen Parodontitis-Patienten und müssen eine umfassende parodontale Diagnose durch Erhebung eines Parodontalstatus und eines Röntgenstatus stellen. Wenn der Parodontalstatus keine PPD von 4 mm oder mehr anzeigt, müssen wir den (Full-Mouth) Gesamt-BoP bewerten. Wenn der BoP mindestens 10% ist, lautet die Diagnose „gingivale Entzündung bei einem Parodontitis-Patienten“; wenn sie niedriger als 10% ist, lautet die Diagnose „Patient mit einem reduzierten aber gesundem Parodontium“. Wenn der Parodontalstatus PPD von 4 mm oder mehr zeigt, lautet die Diagnose ein Fall von „Parodontitis“, der nach Stadium und Grad beurteilt werden muss.



SCHRITT 3a Parodontitis - Fall, dessen Stadium festgelegt werden muss

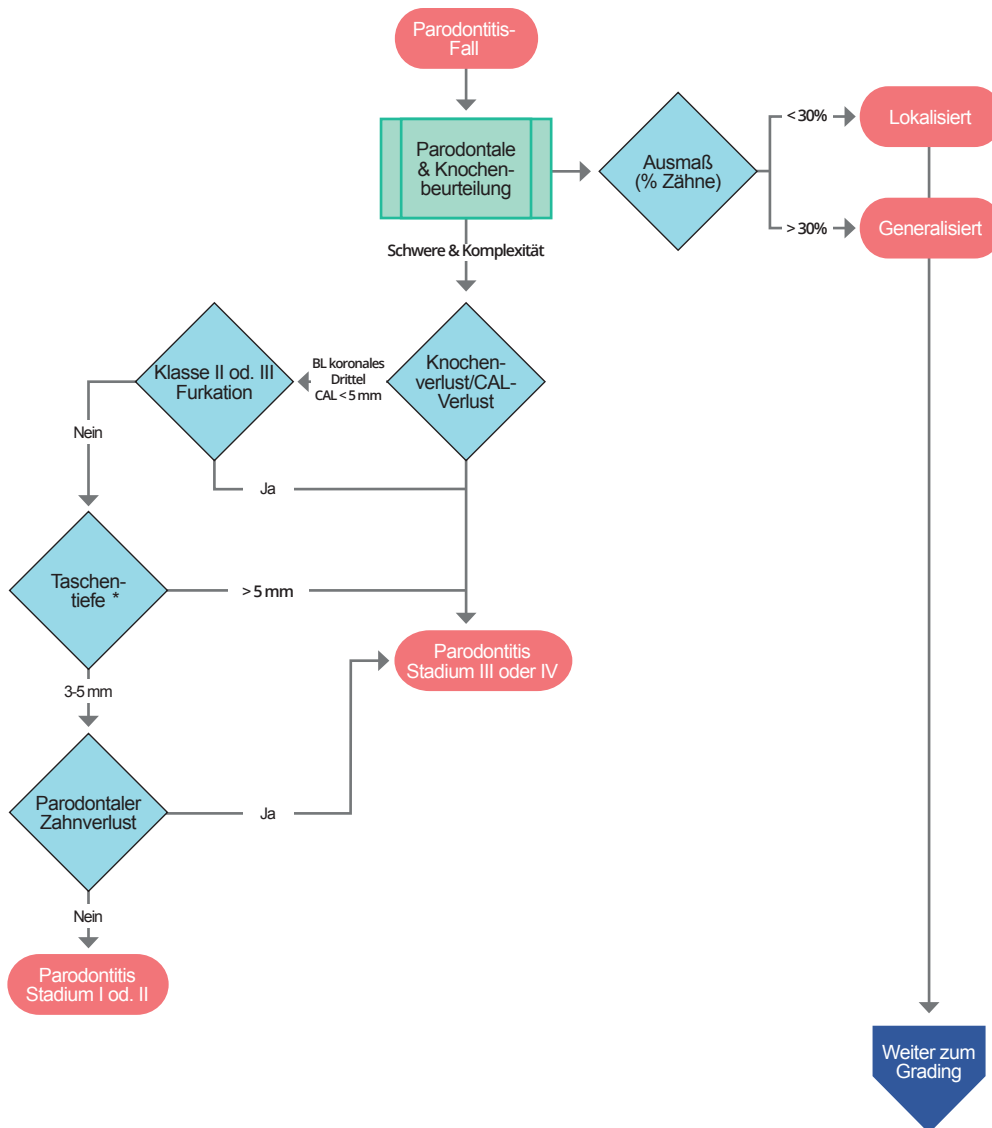
Um das Stadium eines individuellen Parodontitis-Falles festzustellen, sind folgende Informationen erforderlich: vollständiger Röntgenstatus, ein Parodontalstatus und die parodontale Vorgeschichte des Zahnverlustes (periodontal history of tooth loss, PTL). Zuerst bewerten wir das Ausmaß der Erkrankung, indem beurteilt wird, ob CAL/BL weniger als 30% der Zähne (lokalisiert) oder 30% und mehr betrifft (generalisiert). Dann definieren wir das Stadium der Erkrankung, indem wir die Schwere (mit CAL, BL und PTL) und Komplexität (durch die Beurteilung von PPD, Furkations- und Vertikaldefekte, Zahnhypermobilität, sekundärem okklusales Trauma, Bisskollaps, Zahnwanderung, Auffächern oder weniger als 10 okkludierende Zahnpaare) bestimmen.





SCHRITT 3b Stadium III und IV versus I und II

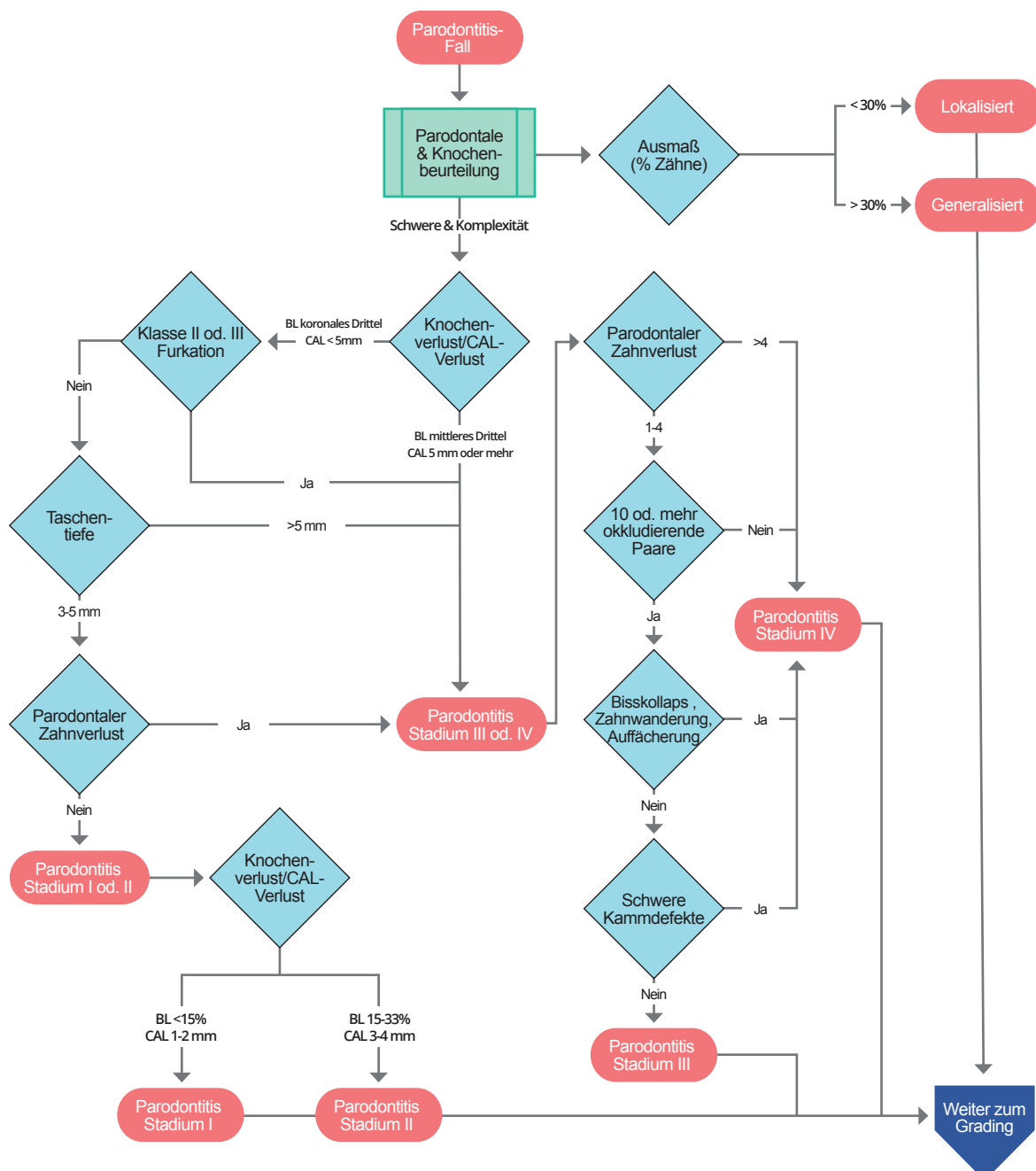
Wenn CAL größer als 5 mm ist oder wenn der Knochenabbau das mittlere Drittel der Wurzel oder darüber hinaus an mehr als zwei benachbarten Zähnen erreicht, lautet die Diagnose entweder Stadium III oder IV. Wenn CAL maximal 5mm in weniger als zwei Zähnen beträgt, sollten wir nach Furkationsläsionen (Grad II und III) suchen. Wenn diese vorhanden sind, ist die Diagnose entweder Stadium III oder IV. Wenn nicht vorhanden, sollten wir die PPD überprüfen und wenn diese größer als 5 mm an mehr als zwei benachbarten Zähnen sind, ist die Diagnose entweder Stadium III oder IV. Wenn die PPD zwischen 3-5 mm liegen, sollten wir PTL bewerten. Wenn es einen PTL (parodontal bedingten Zahnverlust) gibt, ist die Diagnose entweder Stadium III oder IV. Wenn nicht, ist die Diagnose Stadium I oder II. Bezüglich der Sondierungstiefen sollte eine klinische Beurteilung erfolgen, um dieses Kriterium für eine Höherstufung von den Stadien I und II auf das Stadium III zu verwenden. So sollte beispielsweise bei Vorhandensein von Pseudotaschen der Parodontitis-Fall im Stadium II verbleiben.



* Die klinische Beurteilung sollte angewendet werden, um dieses Kriterium für ein Upgrade von Stadium I & II zu Stadium III zu verwenden. Zum Beispiel bei Pseudotaschen sollte der Parodontitisfall ein Stadium II bleiben.

SCHRITT 3c Stadien I, II, III und IV

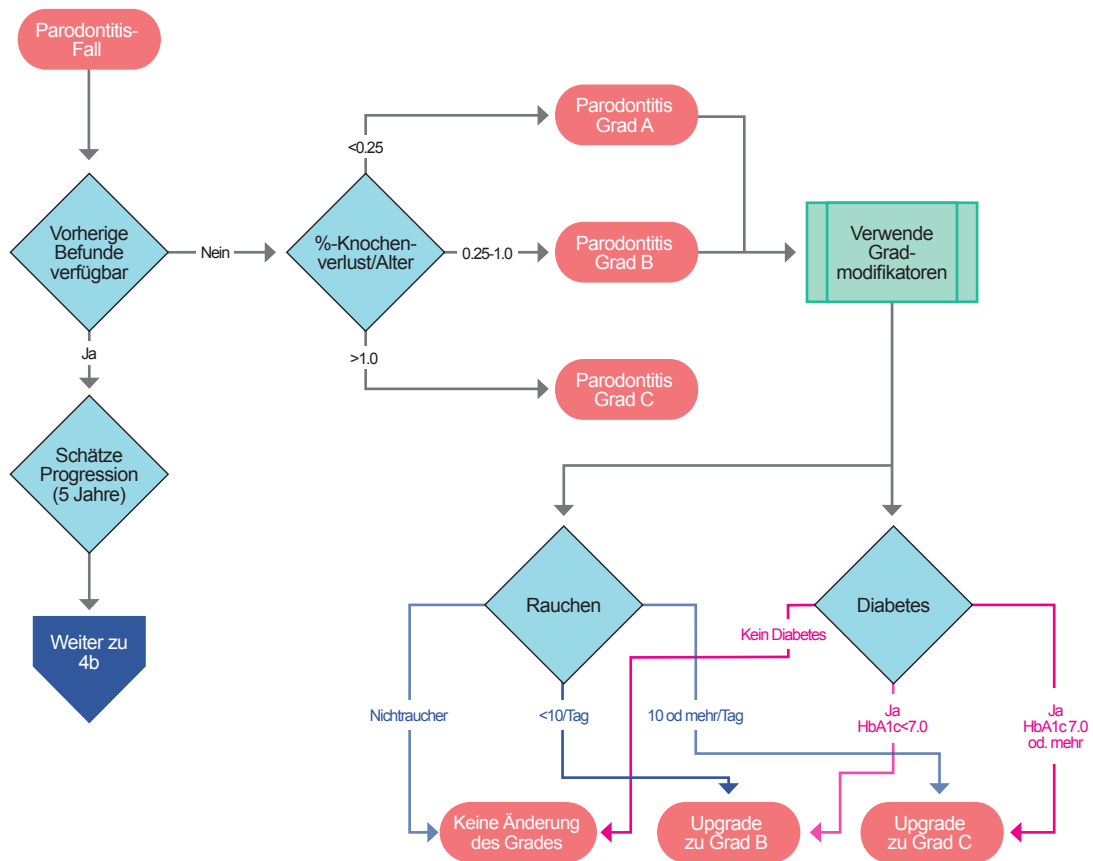
Die Stadien I und II beruhen auf dem Niveau von CAL und BL. Die Diagnose ist Stadium I wenn: (a) BL weniger als 15% ist und (b) CAL zwischen 1-2mm liegt. Die Diagnose ist Stadium II, wenn: (a) BL zwischen 15% und 33% liegt und (b) CAL zwischen 3-4mm liegt. Die Diagnose ist Stadium III, wenn: (a) BL in das mittlere Drittel der Wurzel oder darüber hinaus reicht, (b) CAL 5mm oder mehr ist, (c) PTL bis zu vier Zähne beträgt, (d) 10 oder mehr okkludierende Zahnpaare vorhanden sind, und (e) kein Bisskollaps, keine Zahnwanderungen, keine Auffächerung oder schwerer Kammdefekt vorliegen. Die Diagnose ist Stadium IV wenn: (a) BL in das mittlere Drittel der Wurzel oder darüber hinaus reicht, (b) CAL 5 mm oder mehr beträgt, (c) PTL mehr als vier Zähne ist, (d) es weniger als 10 okkludierende Zahnpaare gibt, oder (e) wenn es einen Bisskollaps, Zahnwanderung, Auffächerung oder einen schweren Kammdefekt gibt.





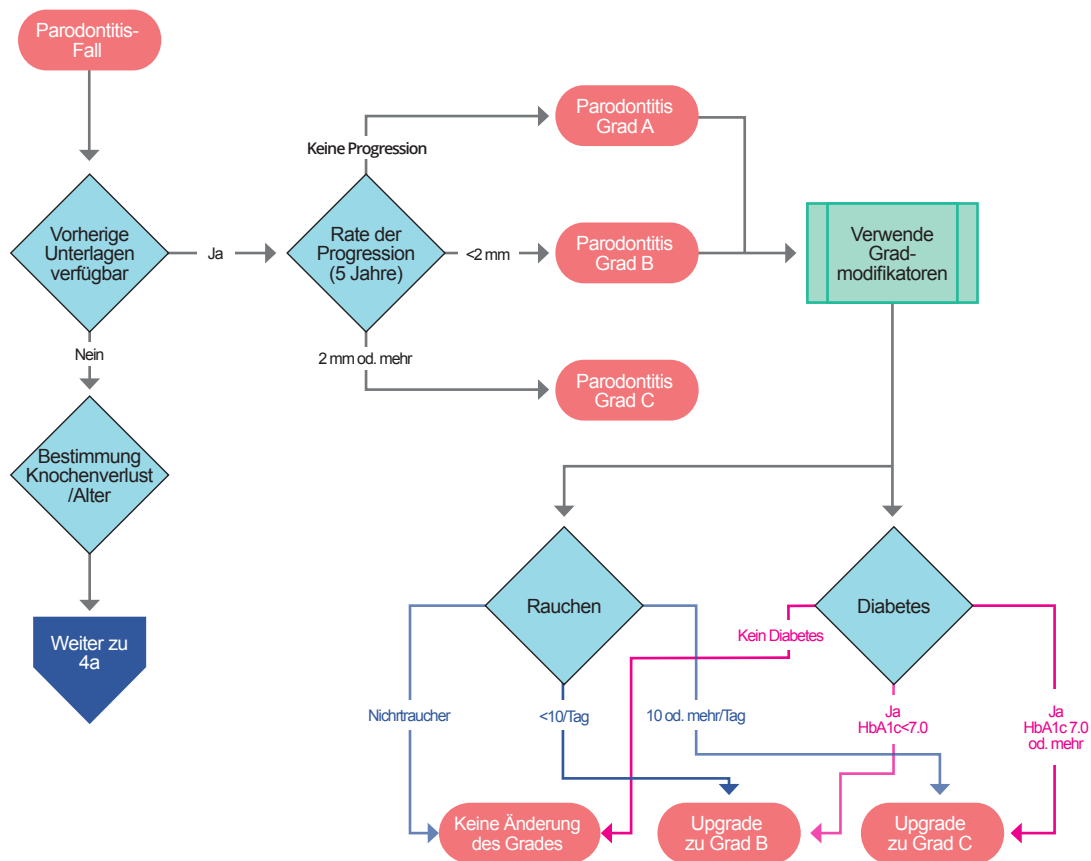
SCHRITT 4a Grad-Einteilung (Grading), ohne Patientenunterlagen

Wenn frühere parodontale Aufzeichnungen nicht verfügbar sind, sollte das Verhältnis Knochenabbau/Alter (bone loss /age, BL/A) anhand des Röntgenstatus berechnet werden. Wenn BL/A zwischen 0,25 und 1,0 liegt, ist die Diagnose Parodontitis Grad B. Wenn er weniger als 0,25 beträgt, ist die Diagnose Parodontitis Grad A; wenn er mehr als 1,0 ist, lautet die Diagnose Parodontitis Grad C. Die Grade A und B können modifiziert werden, wenn der Patient raucht oder Diabetiker ist. Ein Patient, der 10 oder mehr Zigaretten pro Tag raucht, erhält die Diagnose Grad C, während einer, der weniger als 10 Zigaretten raucht, auf B eingestuft wird. Ebenso wird ein Diabetes-Patient mit einem HbA1c-Wert unter 7.0 auf B und einer mit einem HbA1c-Wert von 7.0 oder mehr auf Grad C hochgestuft.



SCHRITT 4b Grad-Einteilung (Grading) mit Patientenunterlagen

Wenn parodontale Aufzeichnungen des Patienten verfügbar sind, sollte die Progressionsrate der Parodontitis über die zurückliegenden fünf Jahre berechnet werden. Wenn die Progression weniger als 2 mm beträgt, ist die Diagnose Parodontitis Grad B. Wenn es in fünf Jahren keine Progression gegeben hat, ist die Diagnose Parodontitis Grad A. Wenn die Progression 2 mm oder mehr betrug, ist die Diagnose Parodontitis Grad C. Grad A und B können höhergestuft werden, wenn der Patient raucht oder Diabetiker ist. Die Diagnose eines Patienten, der 10 Zigaretten oder mehr pro Tag raucht, wird in Grad C umgewandelt, während ein Grad-A-Patient, der weniger als 10 Zigaretten raucht auf Grad B hochgestuft wird. Ebenso wird ein Diabetes-Patient mit einem HbA1c-Wert unter 7.0 auf Grad B und einer mit einem HbA1c-Wert von 7.0 oder mehr auf Grad C hochgestuft.





Weiterführende Literatur

[Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#),

co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti.

Journal of Clinical Periodontology, Volume 45, Issue S20, June 2018.

Die Proceedings beinhalten:

- Papapanou PN, Sanz M, et al. [Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), S162-S170.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. [Acute periodontal lesions \(periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases\) and endo-periodontal lesions](#), S78-S94.
- Fine DH, Patil AG, Loos BG. [Classification and diagnosis of aggressive periodontitis](#), S95-S111.
- Needleman I, Garcia R, Gkraniias N, et al. [Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review](#), S112-S129.
- Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. [Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012](#), S130-S148.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. [Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition](#), pages S149-S161.

Tonetti, MS & Sanz M. Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education. *Journal of Clinical Periodontology*, 2019; 46: 398–405.

Autoren



Mariano Sanz



Maurizio Tonetti

Mariano Sanz ist Professor und Direktor der Parodontologie an der Universität Complutense zu Madrid und Professor in der zahnmedizinischen Fakultät der Universität zu Oslo (Norwegen). Er ist Vorsitzender des *EFP Workshop Committee*, Mitglied des *EFP Executive Committee* und war Präsident der *Osteology Foundation*.

Maurizio Tonetti ist klinischer Professor für Parodontologie an der zahnmedizinischen Fakultät der Universität zu Hong Kong und Direktor der *European Research Group on Periodontology* (ERGOPerio). Er ist der Herausgeber des *Journal of Clinical Periodontology* und Mitglied des *EFP Executive Committee*.



EFP

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

Neue Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen und Zustände

Die neue Klassifikation ist ein Ergebnis des *World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions*, der im November 2017 in Chicago (USA) stattgefunden hat. Der World Workshop wurde gemeinsam von der *American Academy of Periodontology* (AAP) und der *European Federation of Periodontology* (EFP) organisiert, um den Konsensus für eine neue Klassifikation vorzubereiten, die weltweit Verbreitung finden soll. Diese Klassifikation erneuert die vorherige Klassifikation aus dem Jahr 1999. Die wissenschaftlichen Evidenz-Beiträge und Konsensusberichte des World Workshop wurden im Juni 2018 zeitgleich im *Journal of Clinical Periodontology* der EFP und im *Journal of Periodontology* der AAP publiziert. Die neue Klassifikation wurde im Juni 2018 auf dem Kongress EuroPerio9 in Amsterdam von beiden Organisationen offiziell der Fachwelt vorgestellt.



EFP

European
Federation of
Periodontology



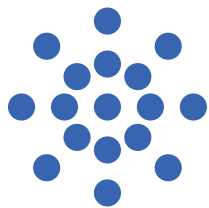
DG PARO
Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie e.V.

Über die EFP

Die *European Federation of Periodontology* (EFP) eine Dachorganisation von 35 nationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, welche Forschung, Ausbildung und das Bewusstsein für parodontale Wissenschaft und Praxis fördern. Die EFP repräsentiert allein in Europa mehr als 14.000 Parodontologen und parodontologisches Fachpersonal. Zusätzlich zu den 31 europäischen Mitgliedern hat die EFP vier weitere internationale Partner-Mitglieder aus Asien, dem mittleren Osten und Lateinamerika aufgenommen.

www.efp.org
www.efp.org/newclassification

European Federation of Periodontology
Avenida Doctor Arce, 14. Office 38
28002 Madrid
Spain



 **EFP**

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases



European
Federation of
Periodontology