

Paro-Endo-Läsionen: Die Rolle der Dipl. DentalhygienikerIn HF

Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis – Teil 2

Paro-Endo-Läsionen gehören zu den anspruchsvollsten Herausforderungen in der klinischen Praxis. Teil 1 in der ZZS August widmete sich den Grundlagen, der Pathogenese und der Differenzialdiagnostik. Im zweiten Teil geht es nun um die praktische Umsetzung: die interdisziplinäre Therapie, die unterstützende Parodontaltherapie und die Langzeitprognose anhand eines Fallbeispiels. Im Zentrum steht die Frage, welche Rolle die Dentalhygiene dabei im Behandlungsverlauf einnimmt.



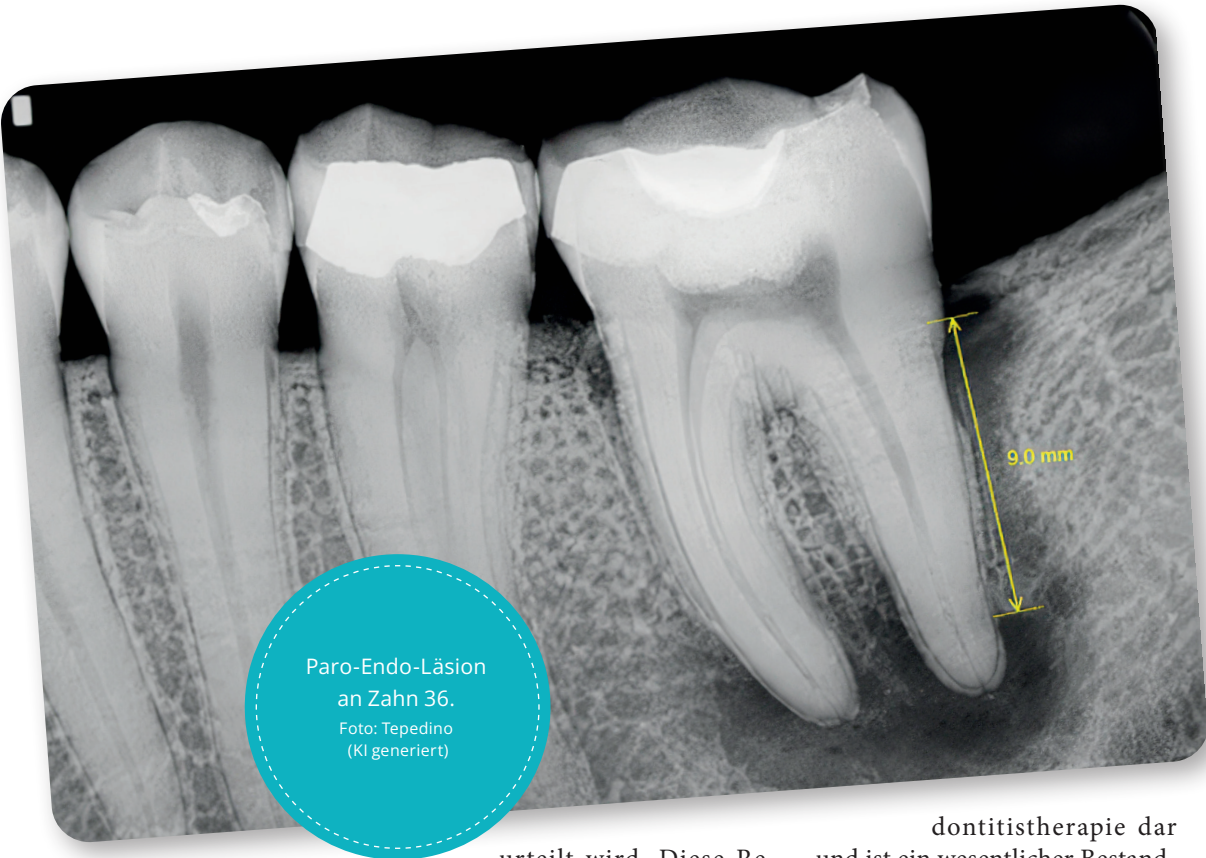
Antonella Tepedino
Dipl. Dentalhygienikerin HF / BScDH,
Zentralpräsidentin Swiss Dental Hygienists
Zürich

Die Behandlung von Paro-Endo-Läsionen erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Endodontie, Parodontologie und Dentalhygiene. Da sowohl pulpare als auch parodontale Strukturen betroffen sein können, basiert der Behandlungserfolg auf einer strukturierten Diagnostik und einer ursachenorientierten Therapiesequenz. Bei Endo-Paro-Läsionen mit endodontischer Infektion steht in der Regel zunächst die Kontrolle der endodontischen Infektionsquelle

im Vordergrund. Nach einer angemessenen klinischen und radiologischen Evaluation wird beurteilt, ob weiterführende, insbesondere parodontale Massnahmen erforderlich sind. Die konkrete Therapiesequenz richtet sich nach Ätiologie, Ausmass der Läsion, parodontalem Befund und Prognose des betroffenen Zahnes.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Für Dipl. DentalhygienikerInnen HF beginnt die interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in der diagnostischen Phase. Durch die regelmässige Betreuung im Rahmen der Parodontaltherapie kennen sie den individuellen Krankheitsverlauf ihrer PatientInnen und können Veränderungen wie isolierte tiefe Sondierungstaschen, persistierende Suppurationen oder neu aufgetretene Furkationsbefunde frühzeitig erkennen und dokumentieren. Diese Verlaufsbeob-



achtung liefert häufig den entscheidenden Hinweis auf eine mögliche endodontische Beteiligung und erleichtert die zielgerichtete Kommunikation mit der behandelnden Zahnärztin oder dem behandelnden Zahnarzt. Nach erfolgreicher Wurzelkanalbehandlung sollte eine angemessene Heilungsphase von etwa 2–3 Monaten eingehalten werden, bevor die parodontale Situation erneut klinisch und, entsprechend der Indikation, radiologisch be-

urteilt wird. Diese Re-Evaluation ist ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungskonzepts, da sich insbesondere endodontisch bedingte parodontale Veränderungen nach Kontrolle der endodontischen Infektion deutlich zurückbilden können. Bei persistierenden pathologisch vertieften Sondierungstiefen, Blutung auf Sondieren oder Suppuration wird der weitere parodontale Therapiebedarf beurteilt. Während der Heilungsphase übernimmt die Dipl. DentalhygienikerIn HF eine zentrale Rolle. Neben der professionellen Biofilmkontrolle unterstützt sie die PatientInnen bei der Optimierung der häuslichen Mundhygiene, dokumentiert den Heilungsverlauf und erkennt frühzeitig Abweichungen von einer regelrechten Regeneration. Durch die kontinuierliche klinische Reevaluation trägt sie wesentlich dazu bei, den optimalen Zeitpunkt für weitere therapeutische Massnahmen zu bestimmen.

UPT und Langzeitprognose
Die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) stellt die vierte Phase der systematischen Paro-

dontitistherapie dar und ist ein wesentlicher Bestandteil des langfristigen Behandlungserfolgs. Als chronische, biofilmassoziierte Erkrankung weist die Parodontitis ein hohes Rezidivpotenzial auf. Die aktuelle S3-Leitlinie der European Federation of Periodontology (EFP) empfiehlt daher eine risikoorientierte unterstützende Parodontaltherapie als festen Be-

«Die EFP empfiehlt eine risikoorientierte UPT als fester Bestandteil der Langzeitbetreuung.»

standteil der Langzeitbetreuung. Langzeitstudien zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die regelmässig an einer UPT teilnehmen, signifikant weniger Zahnverluste aufweisen und langfristig stabilere parodontale Verhältnisse erreichen als Personen ohne strukturiertes Nachsorgeprogramm.²³⁻²⁵ Auch nach der Behandlung einer Paro-Endo-Läsion kommt der UPT eine zentrale Bedeutung zu. Ziel ist es, den supra- und subgingivalen Biofilm zu kontrol-

Günstige Faktoren	Ungünstige Faktoren
Erfolgreiche endodontische Behandlung	Vertikale Wurzelfraktur
Gute häusliche Mundhygiene	Persistierende Suppuration
Regelmässige UPT	Unkontrollierter Diabetes mellitus
Nichtrauchen	Rauchen
Geringe Resttaschen	Ausgedehnter Furkationsbefall
Hohe Patientenadhärenz	Fehlende Recall-Termine

Tabelle 2: Prognosefaktoren bei Paro-Endo-Läsionen. Die Prognose von Paro-Endo-Läsionen wird sowohl durch lokale als auch durch systemische Risikofaktoren beeinflusst. Neben der erfolgreichen endodontischen und parodontalen Therapie tragen insbesondere eine konsequente unterstützende Parodontaltherapie (UPT), eine effektive Biofilmkontrolle und eine hohe Patientenadhärenz wesentlich zum langfristigen Zahnerhalt bei.^{4-6, 23-25}

ZZS

ZAHN-ZEITUNG SCHWEIZ

Herausgeber & Geschäftsführer:
Christian W. Haase

Herausgeber Emeritus:
Dr. h.c. Horst W. Haase

Geschäftsleitung:
Markus T. Queitsch

Chefredaktion:
Carmen Bornfleth
bornfleth@quintessenz.de

Vertrieb:
abo@quintessenz.de

Anzeigenleitung:
Markus T. Queitsch
queitsch@quintessenz.de
+49 30 – 761 80-644
+49 172 – 933 71 33

Anzeigenverkauf:
Peter Ocklenburg
ocklenburg@quintessenz.de

Anzeigenadministration:
anzeigen@quintessenz.de

Layout:
MedTriX AG, Basel

Jahresabonnement:
CHF 52.- inkl. MwSt. und Versandkosten

ISSN: 2296-2972

Urheber und Verlagsrecht
© 2026 Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Anzeigenpreisliste: Gültig seit 1. Januar 2026

QUINTESSENCE PUBLISHING
Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4
D-12107 Berlin
Deutschland
Tel. +49 30 – 761 80-5
Fax +49 30 – 761 80-692
info@quintessenz.de
www.quintessence-publishing.com
www.zahnzeitung.ch

Die Zeitung und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Nachdrucke oder Vervielfältigungen in analogen oder digitalen Medien, auch auszugsweise, sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags erlaubt. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung den von uns veröffentlichten Inhalten (Texte, Fotos, Grafiken etc.), unterliegen dem urheberrechtlichen Schutz. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche und ausdrückliche Genehmigung des Verlages und Quellenangabe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet, verbreitet oder verkauft werden. Des Weiteren behält sich der Verlag eine Nutzung seiner Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne des Urheberrechts ausdrücklich vor. Die wiedergegebene Meinung deckt sich nicht in jedem Fall mit der Meinung des Herausgebers. Alle Angaben erfolgen ohne jede Verpflichtung und Gewähr für ihre Richtigkeit. Für Angaben zu Diagnosen und Therapien übernimmt der Herausgeber keine Garantie oder Haftung. Geschützte Warenzeichen werden nicht in jedem Fall kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um ein nicht geschütztes Produkt handelt.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben, Sonderpublikationen oder elektronischen Medien der Quintessenz Verlags-GmbH oder der verbundenen Verlage der Quintessence Publishing Group veröffentlicht werden kann. Für unaufgefordert zugesandte Manuskripte und Fotos kann keine Verantwortung übernommen werden.

Gerichtsstand und Erfüllungsort:
Berlin / Deutschland

lieren, den Heilungsverlauf zu überwachen und Rezidive frühzeitig zu erkennen. Im Rahmen jeder Nachsorgesitzung sollten Plaque- und Blutungsindizes, Sondierungstiefen, Furkationsbefunde, Zahnbeweglichkeit sowie das Mundhygieneverhalten systematisch erhoben und dokumentiert werden. Die kontinuierliche Verlaufsdokumentation ermöglicht eine individuelle Risikobeurteilung und unterstützt die bedarfsgerechte Anpassung der Recall-Intervalle.^{4,5}

Die Prognose einer Paro-Endo-Läsion hängt massgeblich von der korrekten Diagnosestellung, einer ursachenorientierten Therapie und der langfristigen Patientenadhärenz ab.

Während primär endodontische Läsionen nach erfolgreicher Wurzelkanalbehandlung häufig eine günstige Heilungstendenz aufweisen, verschlechtert sich die Prognose bei fortgeschrittenem parodontalem Attachmentverlust, ausgeprägtem Furkationsbefall oder strukturellen Defekten wie vertikalen Wurzelfrakturen erheblich.^{6,10,13}

Neben den lokalen Befunden beeinflussen auch systemische und verhaltensbezogene Risikofaktoren den Langzeitverlauf. Rauchen, ein unzureichend eingestellter Diabetes mellitus sowie eine unzureichende Biofilmkontrolle sind mit einem erhöhten Risiko für Rezidive und Zahnverlust assoziiert. Demgegenüber verbessern eine konsequente unterstützende Parodontaltherapie, eine gute Patientenadhärenz sowie eine effektive häusliche Mundhygiene die langfristige Prognose nachweislich.^{4,6,23,25}

Die Dipl. DentalhygienikerIn HF übernimmt dabei eine Schlüsselrolle. Durch individuelle Mundhygieneinstruktionen, motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing), professionelle Biofilmkontrolle und regelmässige Reevaluation trägt sie wesentlich dazu bei, die Adhärenz der Patientinnen und Patienten zu fördern und den Behandlungserfolg langfristig zu stabilisieren.^{4,23}

Klinisches Fallbeispiel

Eine 56-jährige Patientin stellte sich im Rahmen ihrer routinemässigen unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) zur dreimonatigen Nachkontrolle vor. Die Patientin befand sich seit mehreren Jahren in einem strukturierten Recallprogramm nach erfolgreicher Therapie einer generalisierten Parodontitis Stadium III, Grad B. Allgemeinmedizinisch bestanden

! Clinical Pearl !

Die Behandlung einer Paro-Endo-Läsion endet nicht mit der Wurzelkanalbehandlung. Erst die strukturierte Reevaluation und eine konsequente unterstützende Parodontaltherapie entscheiden über den langfristigen Erhalt des betroffenen Zahnes.



Abbildung 3: Nichtchirurgische Parodontaltherapie bei Paro-Endo-Läsionen.

(Abbildung mit KI generiert).

keine relevanten Vorerkrankungen, sie ist Nichtraucherin und zeigte eine ausgezeichnete Mundhygiene mit einem Plaque-Score von unter 15 %.

Bei der routinemässigen Befunderhebung fiel erstmals eine isolierte Sondierungstiefe von 9 mm distal am Zahn 36 auf. Alle übrigen Sondierungswerte lagen zwischen 2 und 4 mm. Lokal zeigte sich eine Blutung auf Sondieren sowie eine geringe Suppuration. Die Patientin berichtete über gelegentliche Be-

«Die Aufmerksamkeit der DH hat im Patientenfall zur richtigen Diagnosestellung beigetragen.»

schwerden beim Kauen, spontane Schmerzen bestanden jedoch nicht. Aus Sicht der Dipl. Dentalhygienikerin HF passte dieser Befund nicht zum bisherigen Verlauf der Parodontalerkrankung. Die ausgeprägte lokale Tasche stand in keinem Verhältnis zur geringen Plaqueakkumulation und der ansonsten stabilen parodontalen Situation. Aufgrund dieser Diskrepanz wurde der Verdacht auf eine endodontische Mitbeteiligung geäussert und eine weiterführende Diagnostik empfohlen.

Im Rahmen der weiterführenden Diagnostik zeigte der Zahn keine Reaktion auf den Kältestest, was den Verdacht auf eine Pulpanekrose erhärtete. Die periapikale Röntgenaufnahme zeigte eine apikale Aufhellung an der distalen Wurzel des Zahnes 36.

Die Diagnose lautete: Primär endodontische Läsion mit sekundärer parodontaler Beteiligung. Entsprechend den aktuellen Therapieempfehlungen erfolgte zunächst eine orthograde Wurzelkanalbehandlung mit chemomechanischer Aufbereitung und bakteriendichtem Wurzelkanalverschluss. Während der anschliessenden Heilungsphase konzentrierte sich die Dipl. Dentalhygienikerin HF auf die supragingivale Biofilmkontrolle, die Motivation der Patientin sowie die regelmässige klinische Kontrolle. Auf eine frühzeitige subgingivale Instrumentierung wurde

bewusst verzichtet.

Zwölf Wochen nach Abschluss der endodontischen Therapie zeigte sich eine deutliche klinische Verbesserung. Die Sondierungstiefe hatte sich auf 4 mm reduziert, eine Suppuration war nicht mehr nachweisbar und die Patientin war beschwerdefrei. Erst nach dieser Reevaluation erfolgte eine gezielte subgingivale Instrumentierung der verbliebenen Resttasche. Nach zwölf Monaten regelmässiger unterstützender Parodontaltherapie präsentierte sich der Zahn klinisch stabil mit einer Sondierungstiefe von 3 mm und ohne Blutung auf Sondieren.

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht eindrucksvoll, dass die Aufmerksamkeit der Dipl. Dentalhygienikerin HF während der Routinekontrolle entscheidend zur richtigen Diagnosestellung beitragen kann. Ohne die frühzeitige Verdachtsdiagnose wäre vermutlich zunächst ausschliesslich eine Parodontaltherapie erfolgt, während die eigentliche Ursache – die intrakanaläre Infektion – unbehandelt geblieben wäre.

Diskussion

Paro-Endo-Läsionen stellen trotz moderner diagnostischer Verfahren weiterhin eine der grössten Herausforderungen in der zahnärztlichen Diagnostik dar. Die enge anatomische Verbindung zwischen Pulpa und Parodont sowie die häufig überlappende klinische Symptomatik erschweren eine eindeutige Differenzialdiagnose. Insbesondere isolierte parodontale Defekte, Furkationsbefall oder periapikale Veränderungen können sowohl Ausdruck einer endodontischen als auch einer parodontalen Erkrankung sein. Die aktuelle Evidenz verdeutlicht daher, dass die Diagnose niemals auf einem einzelnen klinischen Befund beruhen sollte, sondern stets das Ergebnis einer strukturierten klinischen und radiologischen Gesamtbeurteilung sein muss.¹⁻⁶

Die Empfehlungen der European Society of Endodontology (ESE) unterstreichen die Bedeutung eines ursachenorientierten Behandlungskonzeptes. Bei Paro-Endo-Läsionen sollte zunächst

die endodontische Infektion behandelt werden. Erst nach einer Heilungsphase und einer strukturierten Reevaluation kann beurteilt werden, ob persistierende parodontale Defekte eine zusätzliche systematische Parodontaltherapie erforderlich machen. Dieses stufenweise Vorgehen verbessert die diagnostische Sicherheit und verhindert unnötige oder verfrühte parodontale Eingriffe.⁴⁻⁶ Für Dipl. DentalhygienikerInnen HF ergibt sich daraus eine besondere Verantwortung. Durch die regelmässige Betreuung im Rahmen der unterstützenden Parodontaltherapie verfügen sie über detaillierte Verlaufsdaten und können Veränderungen häufig früher erkennen als im Rahmen einzelner Kontrolluntersuchungen. Ihre Aufgabe besteht in der frühzeitigen Identifikation atypischer Befunde, deren sorgfältiger Dokumentation sowie der zeitnahen Kommunikation mit dem zahnärztlichen Behandlungsteam. Gerade diese kontinuierliche Verlaufsbeobachtung stellt einen wesentlichen Beitrag zur interdisziplinären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Paro-Endo-Läsionen dar.²³

Trotz erheblicher Fortschritte bestehen weiterhin diagnostische Limitationen. Weder die Pulpa-vitalitätsprüfung noch radiologische Verfahren besitzen für sich allein eine vollständige diagnostische Sicherheit. Aufgrund der verbundenen Exposition ist die digitale Volumentomographie (DVT) nicht als routinemässige Untersuchung einzusetzen. Ihre Anwendung setzt eine individuelle rechtfertigende Indikation voraus und sollte auf klinische Situationen beschränkt bleiben, in denen die dreidimensionale Bildgebung einen relevanten diagnostischen Zusatznutzen gegenüber der konventionellen Diagnostik erwarten lässt. Die Indikationsstellung und Befundung erfolgen durch entsprechend qualifizierte ZahnärztInnen.

Die langfristige Prognose eines betroffenen Zahnes hängt letztlich nicht ausschliesslich von der Qualität der Wurzelkanalbehandlung oder der parodontalen Therapie ab. Ebenso entscheidend sind eine

konsequente Biofilmkontrolle, eine risikoorientierte unterstützende Parodontaltherapie sowie die langfristige Adhärenz der Patientinnen und Patienten. Die evidenzbasierte Zusammenarbeit zwischen Zahnärztin oder Zahnarzt und Dipl. DentalhygienikerIn HF bildet hierfür eine wesentliche Voraussetzung und trägt massgeblich zum langfristigen Erhalt der natürlichen Dentition bei.^{4,5,23}

Fazit für die Praxis

Paro-Endo-Läsionen gehören zu den komplexesten Erkrankungen der Zahnmedizin und erfordern eine differenzierte diagnostische Betrachtung sowie eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die aktuelle Evidenz zeigt, dass die erfolgreiche Behandlung massgeblich von einer korrekten Differenzialdiagnose und einer biologisch sinnvollen Therapiesequenz abhängt. Die Kontrolle der endodontischen Infektion sollte bei kombinierten Läsionen den ersten Behandlungsschritt darstellen, gefolgt von einer strukturierten Reevaluation und – falls erforderlich – einer gezielten parodontalen Therapie.

Für dipl. DentalhygienikerInnen HF ergibt sich daraus eine zentrale Rolle innerhalb des Behandlungsteams. Durch ihre regelmässige Betreuung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der unterstützenden Parodontaltherapie erkennen sie häufig als Erste subtile Veränderungen des paro-

«DHs erkennen bei der UPT häufig als Erste subtile Veränderungen des parodontalen Status.»

odontalen Status. Ihre sorgfältige Befunderhebung, die kritische Interpretation atypischer klinischer Zeichen sowie die enge Kommunikation mit dem zahnärztlichen Team leisten einen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung von Paro-Endo-Läsionen und damit zum langfristigen Erhalt der natürlichen Dentition.

Zukünftige Forschung sollte die Rolle der dipl. DentalhygienikerIn HF innerhalb interdisziplinärer Behandlungskonzepte stärker berücksichtigen. Insbesondere prospektive Studien könnten dazu beitragen, den Einfluss einer strukturierten dentalhygienischen Betreuung auf klinische Behandlungsergebnisse und die Langzeitprognose von Paro-Endo-Läsionen systematisch zu untersuchen und die Evidenzbasis für zukünftige Handlungsempfehlungen zu erweitern.

Literatur auf Anfrage beim Verlag

Kontakt:

Antonella Tepedino,
dipl. Dentalhygienikerin
HF / BScDH, Zürich
Zentralpräsidentin
Swiss Dental Hygienists
antonella.tepedino@
dentalhygienists.swiss