

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.**Inhalt:**

Editorial	2
In eigener Sache – ein Abschied E. Streletz	
Originalartikel	2
Behandlung eines komplexen Falles E. Streletz	
Tagungsbericht	6
„Da geht noch was ... Kompromisse und Grenzen der Zahnerhaltung“ 23. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie in Heidelberg	
Tagungsankündigung	11
26. Symposium Parodontologie der Bundeswehr und 24. Frühjahrstagung der NAGP e.V am 13.05.2017 in Berlin Parodontaltherapie Neue Wege	
Impressum	12

EDITORIAL

In eigener Sache – ein Abschied

Es war im Jahr 1992, nachts halb eins in einer Berliner Kneipe, als die NAGP geboren wurde – die Idee war, sich unter engagierten Wissenschaftlern und Praktikern auszutauschen, unabhängig von Standesorganisationen und Geldern aus der Industrie.

Die ersten Jahrestreffen hatten 11, 20, 35 Teilnehmer – die Idee gefiel und der Verein wuchs. Unseren Rekord hatten wir dann 2006 in Frankfurt, als 350 Teilnehmer die Tagung besuchten.

In all den Jahren seit Gründung habe ich die Kasse geführt – bald schon war das mehr als nur Finanzen verwalten, ich habe mit Hilfe unserer Sekretärin und meines Teams die Tagungen organisiert und die Geschäftsstelle des Vereins geführt. Es war manchmal viel, viel Arbeit, aber auch immer viel Freude an der Sache.

Nach 24 Jahren wird es notwendig, die NAGP neu zu strukturieren. Das Modell Verein ist heute ebenso vom Aussterben bedroht wie das Modell der bezahlten Fortbildungstagung. Ein Neuanfang geht leichter mit einem Wechsel der Personen, damit eingefahrene Muster nicht die Planungsfreiheit einschränken.

Ich werde daher in der Mitgliederversammlung am 22.10. in Münster mein Amt als Kassenführerin zur Verfügung stellen. Auch die Sekretärin Frau Sattler wird ihre Tätigkeit beenden, so dass mein/e Nachfolger/in völlig frei in der Gestaltung der Arbeit und in der Verwendung der Finanzen sein wird.

Die NAGP ist ein Teil meines beruflichen Lebens, und selbstverständlich bleibe ich ihr eng verbunden. Ich freue mich, die Neugestaltung miterleben zu dürfen.

Allen Mitgliedern danke ich von ganzem Herzen für das Vertrauen der letzten Jahre.

Eva Streletz, Heusenstamm

Die neue Kontaktadresse der NAGP ab dem 01.01.2017:

Frau OÄ Priv.-Doz. Dr. Pia-Merete Jervøe-Storm

Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität

Welschnonnenstraße 17
53111 Bonn

Tel: (0228) 287-22428

Fax: (0228) 287-22694

Email: storm@uni-bonn.de

ORIGINALARTIKEL

Behandlung eines komplexen Falles

Fallbericht



Abb. 01 + 02: Keine Legende

Anamnese

Die Patientin stellte sich Anfang 2006 erstmalig in der Praxis vor. Sie war zu diesem Zeitpunkt 39 Jahre alt und körperlich völlig gesund.

Zahnärztliche Anamnese

Vom Vorbehandler waren die Zähne 26 und 27 extrahiert worden. Der Patientin war bereits ein HKP für Zahnersatz ausgehändigt worden, eine Therapie der Parodontitis oder eine konservierende Versorgung waren aber noch nicht erfolgt.

Da die Patientin den Verlust der Zähne 26 und 27 nicht nachvollziehen konnte und weiteren Zahnverlust unbedingt vermeiden wollte, hatte sie sich gezielt nach einer parodontologischen Praxis umgesehen.

Sie empfand ihren Mundgeruch als belastend und litt unter ihrer Zahnfehlstellung.

Befund

Der extraorale Befund war unauffällig.

Intraoral zeigte sich ein konservierend unvoll-

ständig versorgtes Gebiss mit Zahnfehlstellungen und multiplen kariösen Defekten.

Die Gingiva war gerötet, bei Sondierung trat Blutung auf. Es bestand ein Foetor ex ore. An der UK-Front lingual befand sich Zahnstein.

PSI:

4*	4	4
4*	3	4*

Regio 26/27 waren frisch verheilte Extraktionswunden zu sehen.

Röntgenbefund

Auf dem OPG, das die Patientin mitbrachte (Abb. 03), zeigt sich ein fortgeschrittener horizontaler Knochenabbau bis zu 2/3 der Wurzellänge. An 14 und 37 finden sich zusätzlich vertikale Defekte, an 37 bis zum Apex, an 17,37,36,46 und 47 interradikuläre Aufhellungen. Die Zähne 26 und 27, die als nicht erhaltbar extrahiert worden waren, zeigen keinen stärkeren Knochenabbau als die kontralateralen Molaren. An 26 bestand aber anscheinend eine apikale Aufhellung und eine kariöse Läsion am Kronenrand.

ORIGINALARTIKEL

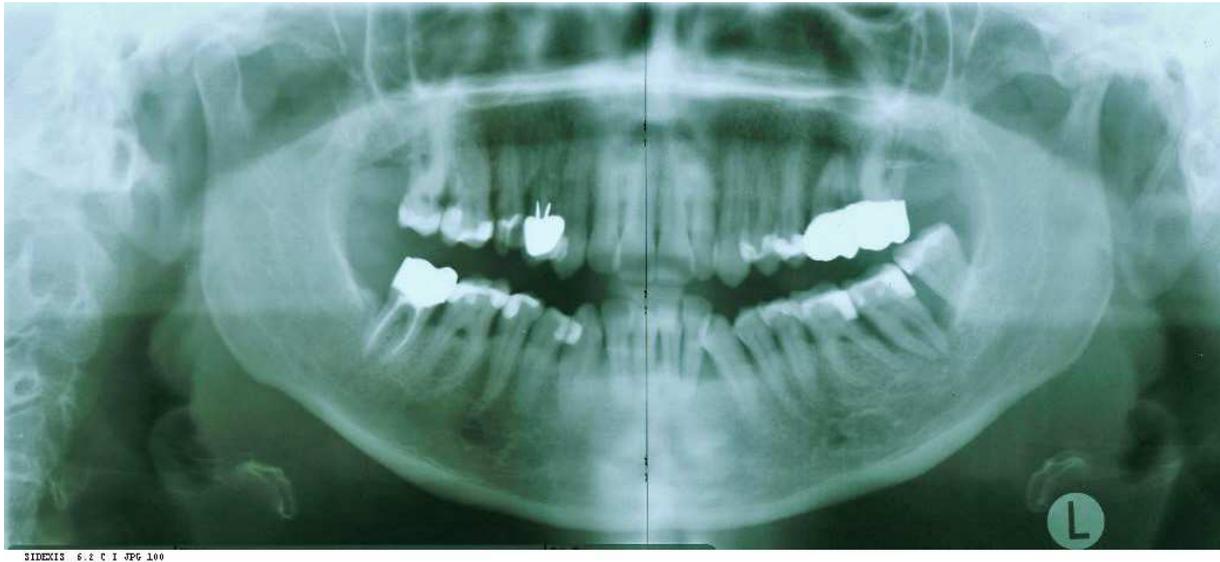


Abb. 03: OPG aus 1996, von der Patientin mitgebracht

Diagnose

Generalisierte schwere chronische Parodontitis¹
 Paro-Endo-Läsion 37
 Multiple kariöse Defekte
 Schachtelstellung der OK- und UK-Front

Prognose der Zähne

Aufgrund des parodontalen Knochenabbaues von mehr als 75% ist die Prognose des Zahnes 37 hoffnungslos. 17,14 und 36 haben mehr als 50% Knochenabbau und zusätzlich Furkationsbeteiligung, also nominell ebenfalls eine hoffnungslose Prognose². Durch eine effiziente Parodontaltherapie ist aber der langfristige Erhalt auch dieser Zähne inzwischen vorhersagbar möglich³.

Die restlichen Zähne besaßen eine mittlere bzw. gute Prognose. Ein langfristiger Erhalt war daher unter der Voraussetzung einer systematischen Parodontaltherapie und einer regelmäßigen unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) zu erwarten.^{3,4,5,6,7,8,9,10}

Vorläufiger Therapieplan

1. Initialtherapie

In den ersten Sitzungen soll die Mundhygiene optimiert und die oberflächliche Entzündung eliminiert werden. Professionelle Zahnreinigungen mindern die Bakterienlast.

2. Vorläufige konservierende Versorgung

Aufbaufüllungen an 17-15,36,46
 Füllungen an 13,24,25,35,34,45

3. Systematische Parodontaltherapie

Geschlossene PAR an allen Parodontien,
 Hemisektion 36

Abhängig vom mikrobiologischen Befund
 adjuvante antibiotische Therapie

4. Extraktion 37

5. Kieferorthopädische Therapie

6. Definitive prothetische Versorgung

Aufgrund der einseitigen Freundsituation
 war eine implantologische Lösung angedacht.

Initialbehandlung

Der API konnte in 3 Sitzungen auf 15% gesenkt werden, Die Patientin zeigte eine hohe Motivation.

ORIGINALARTIKEL

Vorläufige konservierende Versorgung

Die Zähne 17 – 15 und 46 wurden mit Aufbaufüllungen aus kunststoffverstärktem Glasionomerzement versehen.

13,24,25,34,35 und 45 erhielten Kompositfüllungen.

36 wies eine tiefe Karies in der distalen Wurzel auf und musste endodontisch versorgt werden.

Aufgrund des weit fortgeschrittenen Knochenabbaues an der distalen Wurzel und des Furkationsbefalls war der Zahn für eine Hemisektion vorgesehen.

Reevaluation

Nach Abschluss der Initialbehandlung wurde ein Parodontalstatus erhoben (Abb. 04, ParoStatus.de®, Berlin).

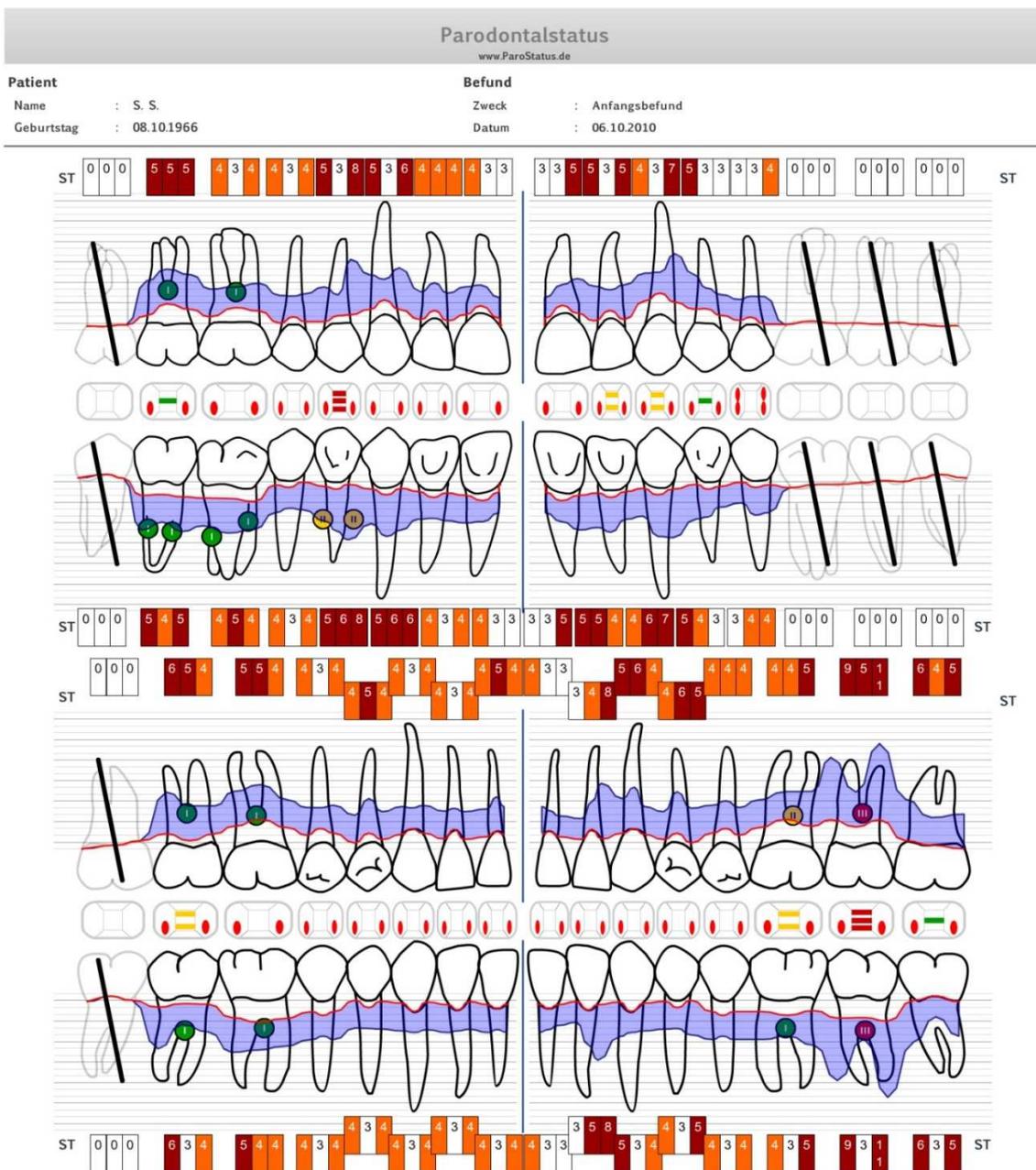


Abb. 04: Parodontalstatus vor Therapie

ORIGINALARTIKEL

Kieferorthopädische Therapie

Da die Patientin ihre Zahnfehlstellungen als hässlich empfand und diese auch die Mundhygiene deutlich erschwerten, zeigte sie sich einer Korrektur und Ausformung der Zahnbögen gegenüber sehr aufgeschlossen.

Nach Elimination der parodontalen Infektion war der geeignete Zeitpunkt, um ohne Gefahr des zusätzlichen Attachmentverlustes eine orthodontische Korrektur zu beginnen.^{12,13,14,15}

Die kieferorthopädische Therapie wurde in der Praxis Menz & Werner, Neu-Isenburg, von Dr. Viola Menz durchgeführt (Abb. 06 + 07)

Während der KFO-Therapie wurden die UPT-Sitzungen in dreimonatigen Abständen beibehalten, da während der orthodontischen Bewegung parodontal vorgeschädigter Zähne eine engmaschige Betreuung unabdingbar ist^{15,16}.

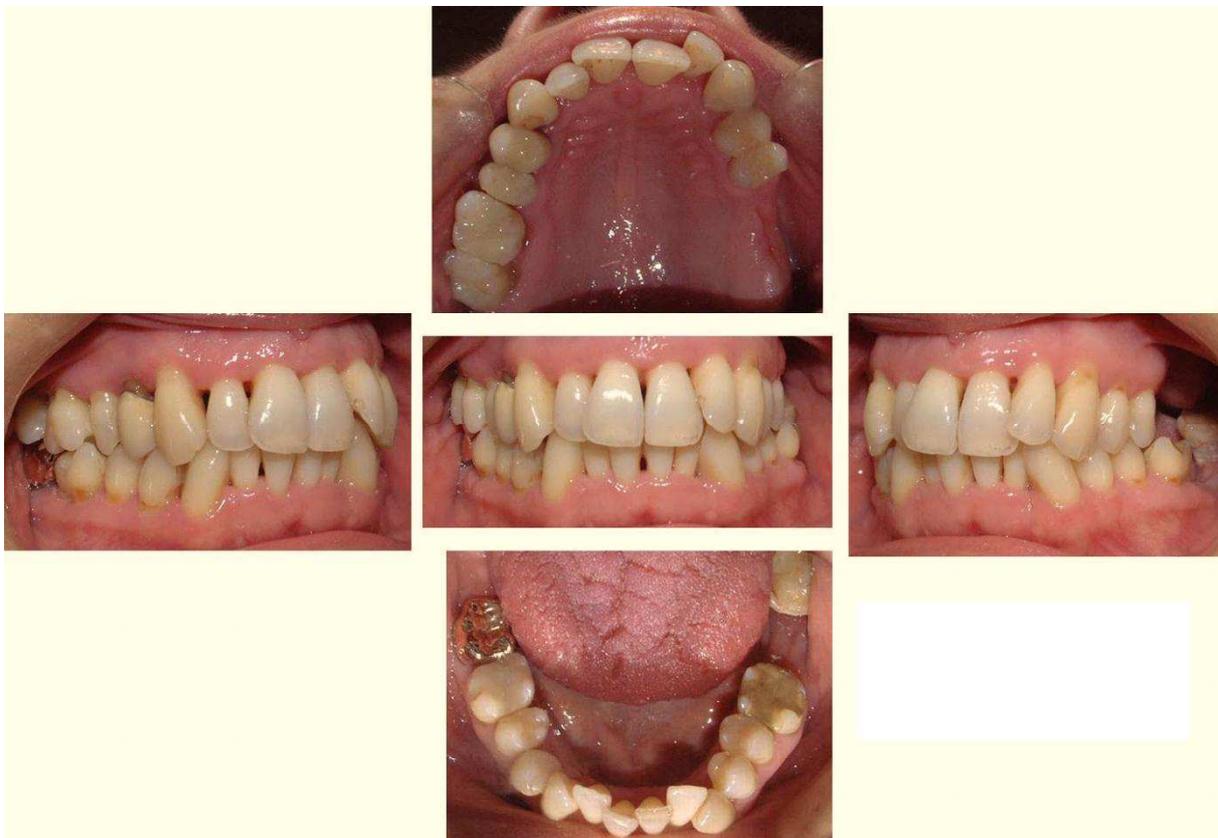


Abb. 06: Fotostatus vor KFO-Therapie

Im August 2008 war die festsitzende KFO-Therapie abgeschlossen. In der OK- und UK-Front waren Retainer geklebt worden.

ORIGINALARTIKEL

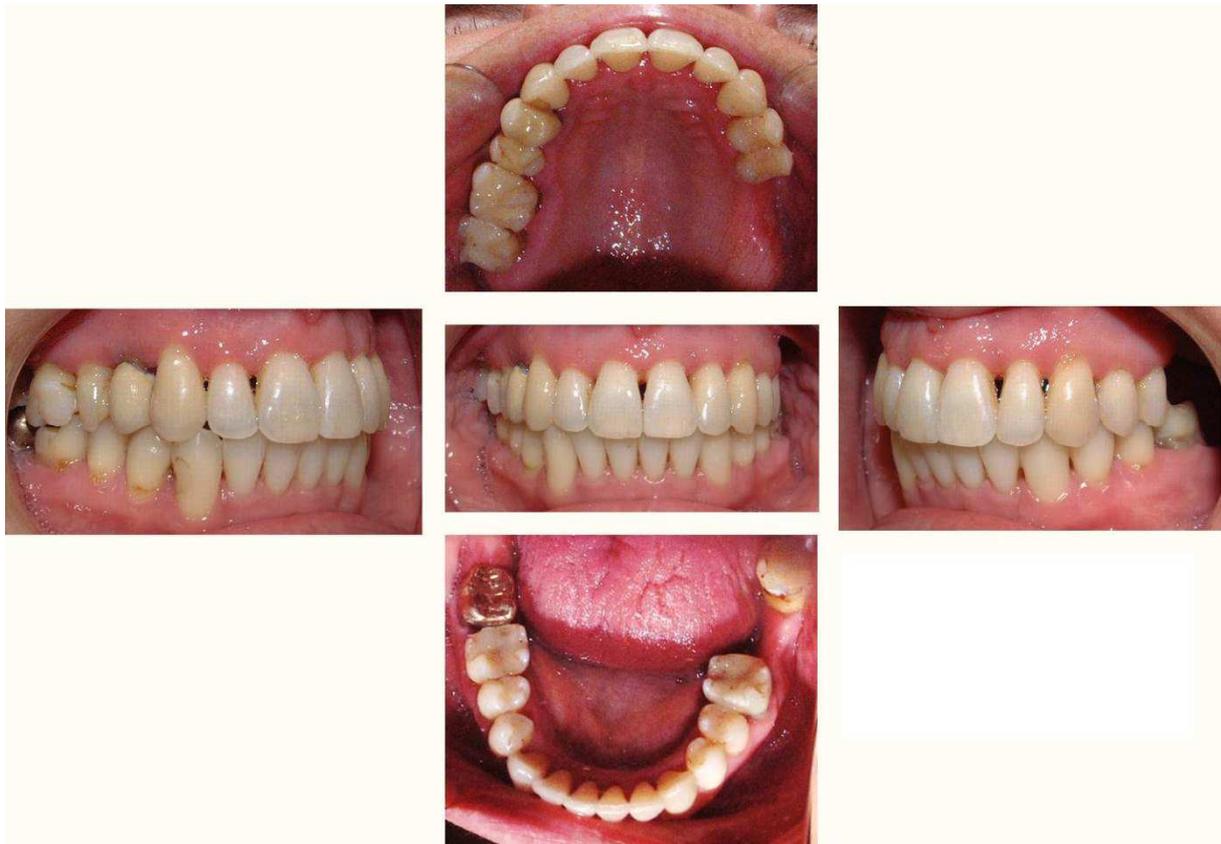


Abb. 07: Fotostatus nach Abschluss der KFO

Prothetische Rehabilitation

Nach Abschluss der KFO wurde zur Zahnersatzplanung ein neues OPG angefertigt (Abb. 08). Seit

Abschluss der Parodontaltherapie ist kein weiterer Knochenabbau eingetreten. An 36 scheint die Situation sogar deutlich verbessert.

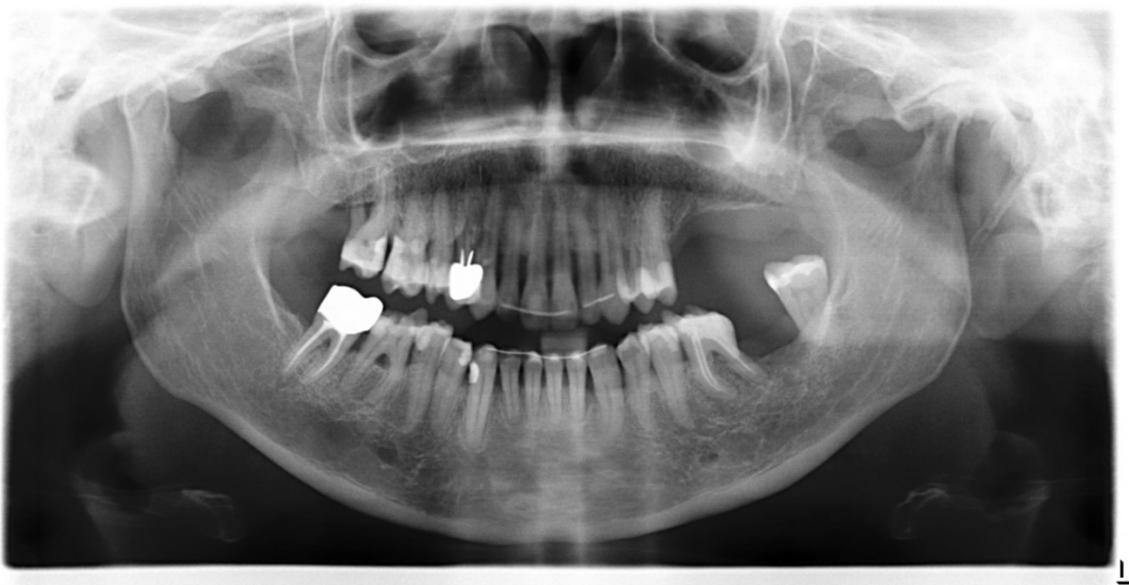


Abb. 08: OPG nach Abschluss der KFO

ORIGINALARTIKEL

Die Patientin konnte sich nicht zu Sinuslift und Implantation entschließen und wollte auch nach der sehr langdauernden Behandlung jetzt einen baldigen Abschluss.

Der Zahn 36 war ursprünglich zur Hemisektion vorgesehen. Nach PAR und KFO war jedoch der Befund dort so positiv, dass die distale Wurzel belassen werden konnte.

In Absprache mit der Patientin erfolgte die definitive prothetische Versorgung mit Kronen an 17 – 14, 36,46 und 47 und einer Freiendbrücke 24,25- (Abb. 09).

Den Zahn 38 wollte die Patientin gern behalten. Da er keine pathologischen Sondierungstiefen aufweist und sie ihn gut sauber halten kann, wurde der Zahn im Mund belassen.



Abb. 09: Fotostatus bei Behandlungsende

Erhaltungstherapie

Nach Abschluss der Behandlung wurde die UPT in regelmäßigen Abständen weitergeführt.

Die durchgeführte Risikobeurteilung¹⁷ (Abb. 10) ergab ein mittleres Risiko. Daher wurden die UPT-Intervalle auf 4-5 Monate festgesetzt.

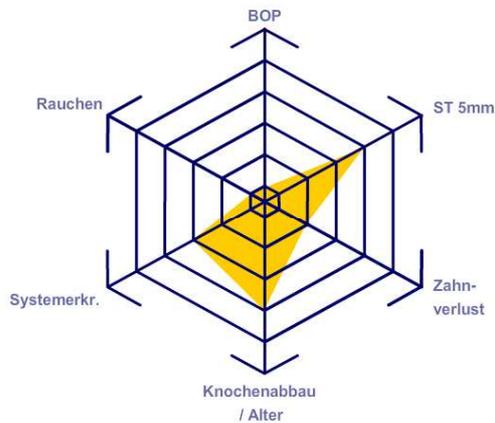
ORIGINALARTIKEL

Patient

Name : S. S.
Geburtstag : 08.10.1966

Befund

Zweck : Anfangsbefund
Datum : 06.10.2010



Risikofaktor		
Bluten auf Sondieren (BOP) in %	3	Automatisch ermittelt aus PA-Befund vom 05.03.2007
Zahl der Stellen mit Sondierungstiefe ab 5 mm	7	Automatisch ermittelt aus PA-Befund vom 05.03.2007
Zahl der verlorenen Zähne (ohne 8er)	3	Automatisch ermittelt aus PA-Befund vom 05.03.2007
Knochenabbau anhand Einzelbild / PSA	Abbau in mm: 7 Wurzel in mm: 17	$KI = \frac{K_{\text{Knabb.}} \cdot 100}{\text{Alter}} = \frac{41,18}{44} = 0,94$
Zigarettenkonsum	Nichtraucher	
Systemische / genetische Faktoren	Faktor nicht verzeichnet	

Risikoeinschätzung:
mittel

Abb. 10: Risikobeurteilung nach Lang und Tonetti

Der letzte erhobene PAR-Befund (Abb. 11) zeigt größtenteils stabile, entzündungsfreie Verhältnisse.

Außer einer endodontischen Behandlung an 45 nach Füllungsfraktur wurden seit Behandlungsabschluss keine therapeutischen Maßnahmen mehr erforderlich.

ORIGINALARTIKEL

Epikrise

Bei Behandlungsbeginn machte das Gebiss der Patientin einen leicht vernachlässigten Eindruck – es bestanden multiple kariöse Defekte und eine unbehandelte schwere Parodontitis. Die im Weiteren sehr gute Compliance der Patienten weckt aber Zweifel an ihrer alleinigen Schuld hieran.

Die Entfernung von Zähnen aus einer geschlossenen Zahnreihe ist gerade im parodontal geschädigten Gebiss immer problematisch, da die verbleibenden Zähne mit einer prothetischen Restauration zusätzlich belastet werden, was wiederum deren Prognose deutlich verschlechtert⁷. Dies gilt vor allem für herausnehmbaren Zahnersatz. Im vorliegenden Fall ist die Extraktion des Zahnes 26 zwar nachvollziehbar, die Entfernung von 27 und damit die Entstehung einer einseitigen Freiendsituation hätte jedoch

nach Möglichkeit vermieden werden sollen, zumal die Erhaltung der kontralateralen, ebenfalls furkationsbeteiligten Molaren geglückt ist. Es ist bekannt, dass auch eine ausgeprägte Furkationsbeteiligung keine absolute Indikation zur Entfernung eines Molaren darstellt.^{5,8}

Die Versorgung im 2. und 3. Quadranten ist eine Kompromisslösung¹⁸, die aber seit mittlerweile 3 Jahren zufriedenstellend funktioniert. Eine implantologische Versorgung 26,27 wäre möglicherweise die bessere Variante gewesen, aber nach der langwierigen Behandlung war die Patientin schlicht mit Finanzen und Geduld am Ende.

Die Patientin befindet sich seit Abschluss der Therapie in der regelmäßigen unterstützenden Parodontaltherapie, denn nur so kann eine langfristige Stabilisierung des erreichten Erfolges gewährleistet werden.^{6,19,20}

Literatur

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 Dec;4(1):1-6.
2. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *J Periodontol.* 1996 Jul;67(7):658-65.
3. Graetz C, Dörfer CE, Kahl M, Kocher T, Fawzy El-Sayed K, Wiebe JF, Gomer K, Rühling A. Retention of questionable and hopeless teeth in compliant patients treated for aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2011 Aug;38(8):707-14. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01743.x. Epub 2011 May 31.
4. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol.* 1978 May;49(5):225-37. *J Clin Periodontol.* 2001 Apr;28(4):296-305.
5. Dannewitz B, Krieger JK, Hüsing J, Eickholz P. Loss of molars in periodontally treated patients: a retrospective analysis five years or more after active periodontal treatment. *J Clin Periodontol.* 2006 Jan;33(1):53-61.
6. Eickholz P, Kaltschmitt J, Berbig J, Reitmeir P, Pretzl B. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol.* 2008 Feb;35(2):165-74.
7. Pretzl B, Kaltschmitt J, Kim TS, Reitmeir P, Eickholz P. Tooth loss after active periodontal therapy. 2: tooth-related factors. *J Clin Periodontol.* 2008 Feb;35(2):175-82.

ORIGINALARTIKEL

8. Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol.* 1975 Aug;2(3):126-35.
9. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 1981 Aug;8(4):281-94.
10. Lorentz TC, Cota LO, Cortelli JR, Vargas AM, Costa FO. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: prospective study. *Braz Oral Res.* 2010 Apr-Jun;24(2):231-7.
- 11.
12. Winkel EG, Van Winkelhoff AJ, Timmerman MF, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Amoxicillin plus metronidazole in the treatment of adult periodontitis patients. A double-blind placebo-controlled study.
13. Wennström JL, Stokland BL, Nyman S, Thilander B. Periodontal tissue response to orthodontic movement of teeth with infrabony pockets. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1993 Apr;103(4):313-9.
14. Diedrich PR. Orthodontic procedures improving periodontal prognosis. *Dent Clin North Am.* 1996 Oct;40(4):875-87.
15. Pinho T, Neves M, Alves C. Multidisciplinary management including periodontics, orthodontics, implants, and prosthetics for an adult. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012 Aug;142(2):235-45.
16. Artun J, Urbye KS. The effect of orthodontic treatment on periodontal bone support in patients with advanced loss of marginal periodontium. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1988 Feb;93(2):143-8.
17. Levin L, Einy S, Zigdon H, Aizenbud D, Machtei EE. Guidelines for periodontal care and follow-up during orthodontic treatment in adolescents and young adults. *J Appl Oral Sci.* 2012 Aug;20(4):399-403.
18. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent.* 2003;1(1):7-16.
19. Lundgren D. Prosthetic reconstruction of dentitions seriously compromised by periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 1991 Jul;18(6):390-5.
20. Ramfjord SP. Maintenance care and supportive periodontal therapy. *Quintessence Int.* 1993 Jul;24(7):465-71.
21. Chambrone L, Chambrone D, Lima LA, Chambrone LA. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. *J Clin Periodontol.* 2010 Jul;37(7):675-84. Epub 2010 May 26.

TAGUNGSBERICHT

Den Tätern auf der Spur – ein Tagungsbericht

Die 24. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP) e. V. fand am 22.10.2016 in Münster statt.

In Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung der Westfälischen Wilhelms Universität unter Leitung von **Prof. Dr. Benjamin Ehmke** war ein vielseitiges Programm zum Thema „**CSI und Laserschwert - Möglichkeiten und Grenzen antimikrobieller Verfahren bei der Parodontitistherapie**“ zusammengestellt worden.

Nach der Tagungseröffnung durch **Prof. Dr. Dr. Adrian Kasaj**, den ersten Vorsitzenden der NAGP e. V., berichtete **Frau Dr. Rugzan Jameel Hussein** aus Göttingen über „**Antibiotikaverordnungen – Häufigkeit und Indikation in der zahnärztlichen Praxis in Deutschland**“. Frau Dr. Hussein stellte in ihrem interessanten Vortrag Daten einer im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen durchgeführten Untersuchung vor. Im Rahmen dieser Untersuchung waren auch die Antibiotika-Verordnungen im zeitlichen Zusammenhang mit nach BEMA abrechenbaren Leistungen der Parodontalbehandlung im Jahr 2013 erfasst worden. Demnach werden in 2,1% der Fälle zusätzliche Antibiotika eingesetzt, am häufigsten Amoxicillin, dicht gefolgt von Clindamycin.

Der nächste Vortrag von **Dr. Daniel Hagenfeld** aus Münster war dem Thema „**Charakterisierung des oralen Mikrobioms mittels Next Generation Sequenz-Techniken und potenzieller Nutzen für die Praxis**“ gewidmet. Sehr anschaulich beschrieb Dr. Hagenfeld die Entwicklung der mikrobiologischen Diagnostik von der Lichtmikroskopie über molekulardiagnostische Verfahren und Erarbeitung mikrobieller Komplexe bis zur heutigen Möglichkeit, ein orales Mikrobiom aus 213 Bakterien zusammenzustellen. Weiter

berichtete er über Beobachtungen zu Veränderungen dieses oralen Mikrobioms bei gesunden Probanden sowie bei Probanden nach Therapie und wies darauf hin, dass die Zusammensetzung des Mikrobioms und der Raucherstatus einen späteren Therapieerfolg voraussagen können. Abschließend nannte der Referent die möglichen Nutzen der Erstellung eines oralen Mikrobioms: die Früherkennung der Parodontitis und der gezielte Einsatz von Antibiotika.

Nach der Kaffeepause setzte **Frau Prof. Dr. Nicole Arweiler** aus Marburg die Vortragsreihe fort und sprach zum Thema „**Antibakterielle Wirkstoffe in der Therapie parodontaler und periimplantärer Infektionen: Was gibt es Neues?**“. Einleitend stellte Prof. Arweiler die Bedeutung des häuslichen und professionellen Biofilm-Managements dar und wies insbesondere auf die hierbei auftretenden Schwierigkeiten hin. Anschließend ging sie näher auf einzelne Wirkstoffe in Zahnpasten und Mundspüllösungen ein, insbesondere auf das nach wie vor als Goldstandard angesehene Chlorhexidin, das gut untersucht ist, eine hohe Substantivität aufweist und nicht zu Resistenzen führt. Ausdrücklich wies Prof. Arweiler darauf hin, dass Chlorhexidin nicht auf offenen Knochen aufgebracht werden soll. Schließlich nannte sie die aktuelle Leitlinie zur Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten als weiteren Beitrag zum Thema ihres informativen Vortrags.

Prof. Dr. Benjamin Ehmke, Direktor der Münsteraner Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung und somit Schirmherr der Tagung, war der nächste Redner. „**Antibiotikatherapie in der Parodontologie – Segen oder Fluch**“ lautete sein Thema. Prof. Ehmke beschrieb zunächst die historische Entwicklung der Gabe von Antibiotika in der Parodontitis-Therapie und

TAGUNGSBERICHT

ging dann auf die Ergebnisse eigener Untersuchungen ein, insbesondere auf die Ergebnisse einer an 8 deutschen Zentren durchgeführten placebo-kontrollierten Studie zur die mechanische Therapie begleitenden Gabe von Amoxicillin und Metronidazol. Dabei beleuchtete Prof. Ehmke die gewonnenen Daten kritisch, obwohl sie belegen, dass die zusätzliche Gabe der Antibiotika im Vergleich zur alleinigen mechanischen Therapie einen Vorteil hinsichtlich weiterer Attachmentverluste bringen. Prof. Ehmke wies darauf hin, dass der Nutzen einer Antibiotika-Therapie vor allem auch in Beziehung zum individuellen Risiko des jeweiligen Patienten zu sehen ist. Nach seinen Erkenntnissen profitieren Patienten mit hohen Sondierungstiefen und jüngere Patienten am eindeutigsten von einer zusätzlichen Antibiotika-Gabe.

„Adjuvante Anwendung lokaler Antibiotika in der Parodontologie – Möglichkeiten und Grenzen“, zu diesem Thema referierte **Prof. Dr. Peter Eickholz** aus Frankfurt am Main. Prof. Eickholz ging zunächst allgemein auf Probleme im Zusammenhang mit Antibiotika ein, insbesondere bei systemischer Gabe und beschrieb dann die Indikationen und Zielsetzungen der Anwendung lokaler Antibiotika. So können lokale Antibiotika in der Parodontitis-Therapie zusätzlich zur Instrumentierung gegeben werden, um hier das Spektrum der nicht-chirurgischen Therapie zu erweitern. Hauptsächlich werden lokale Antibiotika ergänzend zur Nachbehandlung im Rahmen der Unterstützenden Parodontitis-Therapie angewendet. In Einzelfällen sind lokale Antibiotika auch anstelle einer Instrumentierung einsetzbar, wenn unerwünschte Scaling-Effekte vermieden werden sollen. Neben einem Doxycyclin-Gel (Ligosan slow release®) als Vertreter der lokalen Antibiotika stellte Prof. Eickholz einen Chlorhexidin-Chip (PerioChip®) als Alternative vor. Zum Abschluss seines Vortrages nannte Prof. Eickholz die im Zusammenhang mit seinem Thema offenen Fragen: 1. Bis zu welcher Anzahl können Taschen mit lokalen Antibiotika behan-

delt werden?, 2. Welche Bedeutung haben lokale Antibiotika in der Furkationstherapie? und 3. Stellen periimplantäre Infektionen eine Indikation zur Anwendung dar?

Nach dem reichhaltigen Mittagsbuffet sprach **Prof. Dr. Holger Jentsch** aus Leipzig zu der Fragestellung **„Probiotika statt Antibiotika“**. Einleitend klärte Prof. Jentsch die Begriffe „Probiotika“ (enthalten lebensfähige Mikroorganismen), „Präbiotika“ („food for good bacteria“, enthalten Nahrung für die Mikroorganismen) und Synbiotika (Kombinationen aus Probiotika und Präbiotika). Prof. Jentsch beschrieb den Einsatz probiotischer Zubereitungen in der Medizin, so z.B. bei Allergien und chronischen Darmerkrankungen. Er stellte verschiedene Arbeiten vor, die zum Teil vielversprechende Ansätze für den positiven Effekt von Probiotika auf die parodontale Situation liefern und verwies dabei auch auf eigene Studien mit einem probiotischen Milchgetränk. Weiterhin nannte Prof. Jentsch die Möglichkeit, Probiotika nicht anstatt sondern in Kombination mit Antibiotika einzusetzen, so wie zum Beispiel in der Allgemeinmedizin zur Behandlung von Diarrhöen. Abschließend forderte Prof. Jentsch mehr Studienergebnisse zur Untersuchung der Wirksamkeit von Probiotika.

Der folgende Vortrag von **Frau Priv.-Doz. Dr. Pia-Merete Jervøe-Storm** aus Bonn war dem Thema **„Antimikrobielle photodynamische Therapie (PDT) in der Parodontologie – ein Antibiotika-Ersatz?“** gewidmet. Einleitend gab die Referentin eine Übersicht zu dem Prinzip der photodynamischen Therapie, insbesondere zu den Voraussetzungen sowie den Wirkungen und ebenso zu den Risiken und Nebenwirkungen. Sie beschrieb das Vorgehen im Rahmen parodontologischer Behandlungen ausgehend von der Entfernung bestehender Auflagerungen über die Nutzung einer Schutzbrille, die Applikation und Einwirkzeit des Photosensibilisators (Schutz der Lippen vor Verfärbung) bis zur dreidimensiona-

TAGUNGSBERICHT

len Bestrahlung der parodontalen Läsion mit einer auf den Photosensibilisator abgestimmten Wellenlänge. Frau Priv.-Doz. Dr. Jervøe-Storm zitierte Studienergebnisse, denen zufolge die wiederholte Anwendung der PDT, begleitend zu einem Debridement, verbesserte klinische Ergebnisse in residualen Taschen bei Patienten in der Unterstützenden Parodontitis-Therapie erbrachte, wobei die Effekte nach 6 Monaten am besten ausgeprägt waren. Als Vorteile der photodynamischen Therapie nannte die Referentin die niedrige Toxizität und die schnell eintretenden Behandlungseffekte, sprach aber auch an, dass noch keine Evidenz für Langzeit-Effekte vorliegt.

„Evaluation antimikrobieller Therapieverfahren im Labor“ lautete das Thema des Vortrages von **Frau Prof. Dr. Sigrun Eick** aus Bern. Zu Beginn sprach die Referentin verschiedene, zum Thema gehörende Aspekte an, so zum Beispiel die Resistenzen von Biofilmen gegenüber antimikrobieller Therapie, die Rolle von *Porphyromonas gingivalis* als sog. „keystone pathogen“ und die Systematik des Berner Konzeptes der Parodontitis-Therapie. Als mögliche Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit antimikrobiellen Therapien nannte sie unter anderem die Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration, die Bestimmung der Killingrate, die Depotwirkung, die Resistenzentwicklung und die Bestimmung der Wirksamkeit in Biofilmen. Anschließend stellte sie Biofilm-Modelle zur Evaluierung parodontaler Therapie vor. Im Hinblick auf die Verwendung von Mundspüllösungen wies Frau Prof. Eick auf mögliche Resistenzinduktionen oder Auswirkungen auf Fibroblasten hin und nannte Taurolidin und Natriumhypochlorit als eventuelle künftige Alternativen zu Chlorhexidin. Weiterhin beschrieb Frau Prof. Eick die in-vitro-Evaluation verschiedener Instrumente, die bei der nicht-chirurgischen Parodontitis-Therapie zum Einsatz kommen und wies zum Abschluss ihres Vortrages darauf hin, dass Laborverfahren so gut wie möglich der klinischen Situation entsprechen sollten.

Die Reihe der durchweg interessanten Vorträge wurde von **Prof. Dr. Jamal Stein** aus Aachen vervollständigt mit dem Thema „**Therapie periimplantärer Infektionen – Gibt es praxisreife Wege?**“. Zunächst stellte Prof. Stein die klinischen Bilder der periimplantären Mukositis und der Periimplantitis dar, ehe er auf die Therapiemöglichkeiten einging. Hier kann in der nicht-chirurgischen Therapie zwar ein Rückgang der Blutungsneigung, aber kaum eine Reduktion der Sondierungstiefen, erreicht werden, so dass bei vorliegender Periimplantitis die nicht-chirurgische Therapie alleine in der Regel wenig effektiv ist. Bei der zusätzlichen lokalen Anwendung antimikrobieller Wirkstoffe sind lokale Antibiotika dem Chlorhexidin-Chip bzw. dem Chlorhexidinalgel überlegen. Im Rahmen des eigenen Behandlungskonzeptes verwendet Prof. Stein eine Povidon-Jod-Lösung zur subgingivalen Spülung. Chirurgische Maßnahmen sind bei Periimplantitis zumeist wirksam, so dass Explantationen vermieden werden können. Abschließend zeigte Prof. Stein in Anlehnung an das CIST-Protokoll (Cumulative Interceptive Supportive Therapy) das gesamte schrittweise aufgebaute Behandlungskonzept für periimplantäre Infektionen.

Vorerst zum letzten Mal konnte seitens der NAGP ein Dissertationspreis vergeben werden. **Dr. Lasse Röhlke** aus Frankfurt am Main hatte den Preis für seine Arbeit zum Langzeit-Effekt des postoperativen Einsatzes von Doxycyclin nach regenerativer Therapie bereits im Jahr 2015 zugesprochen bekommen und konnte ihn nun im Rahmen der Tagung entgegennehmen.

Nach dem Schlusswort zum Tagungsprogramm fand die Mitgliederversammlung der NAGP e.V. - leider mit sehr geringer Beteiligung - statt, die dieses Mal unter einem besonderen Stern stand: **Frau Dr. Eva Streletz**, Gründungsmitglied und über viele Jahre offiziell Kassenführerin - und weniger offiziell viel mehr als das! - hatte bereits 2015 bekanntgegeben, dass sie bei den Vorstands-Neuwahlen 2016 nicht mehr zur Verfügung stehen wird.

TAGUNGSBERICHT

Nach der Entlastung des Vorstandes und den Neuwahlen wurde Frau Dr. Streletz entsprechend der Satzung auf Beschluss der Mitgliederversammlung zum **Ehrenmitglied der NAGP e.V.** ernannt, um ihre außerordentlichen Verdienste

für den Verein, insbesondere auch für die Organisation der Jahrestagungen, zu würdigen und sie an unserer Seite - oder besser in unserer Mitte – in Ehren zu halten.



Eine Ära geht zu Ende: Frau Dr. Streletz scheidet aus dem Vorstand aus und wird von den Vorsitzenden Prof. Dr. Dr. Adrian Kasaj und Prof. Dr.

James Deschner zum Ehrenmitglied der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP) e.V. erklärt.



TAGUNGSANKÜNDIGUNG



26. Symposium Parodontologie der Bundeswehr
24. Frühjahrstagung der NAgP e.V

Parodontaltherapie
Neue Wege

am 13.05.2017 in Berlin



9.⁰⁰ Uhr Begrüßung

9.¹⁰ Uhr Bedeutet Innovation immer Verbesserung?

Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt

9.⁴⁵ Uhr Systemische Antibiose – Ergebnisse der AB-PARO-Studie

Dr. Inga Harks, Münster

10.³⁰ Uhr Kaffeepause

11.⁰⁰ Uhr Probiotika und Ernährungslenkung

Dr. Yvonne Jockel-Schneider, Würzburg

11.⁴⁵ Uhr Wenn's knirscht – Bruxismus und Parodontitis

Dr. Thomas Eger, Koblenz

12.¹⁵ Uhr Curriculum Parodontologie - Absolventen

12.³⁰ Uhr Mittagspause

13.³⁰ Uhr Periimplantitis-Therapie

„Wenn die Luft dünn wird“

Dr. René Thierbach, Berlin

14.¹⁵ Uhr Weichgewebe aus dem Blister

Prof. Dr. Adrian Kasaj, Mainz

15.⁰⁰ Uhr Antimikrobielle Peptide – Aspekte der innate Immunabwehr oraler Gewebe

Prof. Dr. Henrik Dommisch, Berlin

16.⁰⁰ Uhr Ende der Veranstaltung

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz, Jutta Sattler
Beirat: PD Dr. Dr. h.c. Adrian Kasaj, Prof. Dr. James Deschner
Dr. Beate Schacher
(verantwortlich für dieses Heft)

Die NAGP-News erscheinen bis zu 4x jährlich.

Webadresse: www.nagp.de

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Diese muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Im Text sind Warennamen, die patent- und urheberrechtlich geschützt sind, nicht unbedingt als solche gekennzeichnet. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises oder der Zeichen ®, ™ darf nicht geschlossen werden, dass kein Warenschutz besteht.

Soweit in den NAGP-News ein bestimmtes Medikament, die Dosierung oder die Indikation eines bestimmten Medikamentes erwähnt wird, bitten Redakteure und Autoren, vor Verabreichung eines Medikamentes die Empfehlung des Herstellers in puncto Dosierung, Indikation und Kontraindikation genauestens zu prüfen. Dies gilt insbesondere für solche Präparate, deren Anwendungsbereich vom BfArM eingeschränkt ist.

Urheber- und Gerichtsstand

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahmen des Manuskriptes gehen die Rechte der Veröffentlichung, sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Herausgeber über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrecht festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

© Copyright bei NAGP – Gerichtsstand Münster