

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	25
EDITORIAL:	
Einigkeit? Und Recht? Und Freiheit?	26
ORIGINALARTIKEL	
Eger: Dentinhypersensibilität eine moderne Zivilisationskrankheit?	27
TAGUNGSBERICHT	
Jahrestagung der NAGP am 15.11.2008 in Koblenz	29
MASTERONLINE PARODONTOLOGIE	
Das Modell des berufsbegleitenden Online-Studiums hat sich bewährt	34
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2008 - TEIL 2	
Wohlfeil, Schacher, Wehner, Oremek, Sauer-Eppel, Eickholz: Subgingivale Instrumentierung erhöht Serum-CRP	36
Frank, Eick, Eickholz, Kim CK, Kim T-S: A.a.-Nachweis mittels Realtime-PCR und Gensondentests bei Patienten verschiedener ethnischer Herkunft	37
Cosgarea, Zimmermann, Zehaczek, Bäumer, Kim: Vergleich zweier unterschiedlicher Gensondentests zum Nachweis parodontaler Pathogene	38
TAGUNGSANKÜNDIGUNG	
Wie viel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch unterstützende Parodontitistherapie 18. Herbsttagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 12.09.2009 in Würzburg	39
IMPRESSUM	40

EDITORIAL

Einigkeit? Und Recht? Und Freiheit?

Also, die neue GOZ ist erstmal gestorben. Die Reaktionen sind geteilt: Ullala schiebt es natürlich wie immer auf die bösen Zahnärzte. Das ist klar.

Aber in unserem Lager? Da gibt es unverhohlene Häme („totgeborenes Kind“), Entsetzen im Sinne von „jetzt ist alles aus“, Bedauern, weil der Dialog gescheitert ist, und auch Triumph: Sieg über die beschränkten Politiker.

Es lebe die Meinungsfreiheit.

Aber machen wir uns keine Illusionen: So lange wir es noch nicht einmal schaffen, als eine homogene Truppe aufzutreten, brauchen wir uns nicht zu wundern, wenn uns keiner ernst nimmt. Die Zahnärzteschaft ist, gemessen an Lobby-Gruppen wie der Pharmaindustrie, sowieso schon eine verschwindend kleine Splittergruppe. Aber die wenigen Einflussmöglichkeiten, die wir vielleicht hätten, machen wir uns virtuos selbst kaputt. Kaum ist mal irgendwo ein Beschluss gefasst, stehen sofort ein paar auf der Matte, die das aber lieber anders gehabt hätten. Und Ullala lacht sich ins Fäustchen: Divide et impera ...

So paradox es klingt: Die traditionell konservative Zahnärzteschaft leidet an einer Krankheit, die man sonst vornehmlich bei den Linken beobachtet: Spaltpilz. Der Freie Verband schreit Hüh, die KZBV ruft Hott, einzelne Kammern wie Bayern kochen ganz ihr eigenes Süppchen, und alle sind so beschäftigt, sich gegenseitig in der Presse zu beharken, dass sie gar nicht

mehr dazu kommen, sich mit der Politik effektiv auseinanderzusetzen. Meinungsfreiheit ist gut, aber wenn sie mit Kompromisslosigkeit gepaart ist, wird es mühsam. Und je mehr Grüppchen vor sich hin klüngeln, desto leichter wird die „feindliche Übernahme“.

Kleine Nachhilfe in Gesellschaftskunde: Demokratie heißt nicht, dass jeder bis aufs i-Tüpfelchen durchsetzen kann, was er will! Demokratie heißt, dass man sich zusammenrauft, sich auf eine Richtung einigt, von der alle akzeptieren, dass das jetzt besser ist als das Gegenteil, und dann aber auch hinter der Entscheidung stehen – und hinter denen, die sie nach außen vertreten!

Sogar Kinderbuchautoren wissen es besser als wir Studierten. So schrieb James Krüss schon vor mehr als 50 Jahren in dem Gedicht „Der Bär und die Ameisen“:
Der Große kann Kleine bedrücken.
Er tanzt ihnen keck auf dem Rücken.
Doch wird diese Bürde zu schwer,
und stehen die Kleinen zusammen,
dann sind sie wie Stürme, wie Flammen,
und tausendmal stärker als er.

Ich wünsche uns ein starkes Frühlings-Erwachen!

Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL

Dentinhypersensibilität eine moderne Zivilisationskrankheit?

von Thomas Eger, Koblenz

Wer kennt nicht, das kurze scharfe, störende aber aushaltbare Schmerzgefühl, wenn eiskaltes Wasser morgens die Zähne vor der Zahnbürste erwischt oder man bei Minustemperaturen mit offenem Mund zu joggen beginnen möchte.

Sicherlich gab es dieses Problem schon zu allen Zeiten, wenn Menschen exzessiv die Zähne vom Zahnbelag befreien um durch frischen Atem attraktiv und gesund zu erscheinen. In Zeiten in denen es allerdings guten Zahnärzten möglich ist Parodontitis und Karies frühzeitig im Anfangsstadium zu entdecken, zu behandeln, Nachsorge anzubieten die auch von den Patienten angenommen wird um hohe spätere prothetische und implantologische Kosten zu meiden und keine Zähne zu ziehen, werden wir immer häufiger mit Rezessionen, keilförmigen Defekten, Erosionen und Attritionen oder Abfraktionen an den Zähnen rechnen müssen und auch hierfür Behandlungskonzepte entwickeln die unseren Patienten dann doch eine Abwrackprämie fürs Zähneziehen in Aussicht stellen könnten.

Der charakteristische Schmerz ausgelöst durch freiliegendes Dentin auf das thermische, verdampfungsbedingte, taktile, osmotische oder chemische Reize einwirken ist typisch und stellt eigentlich eher einen pathologischen Zustand dar als eine Erkrankung.

Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese

Die Prävalenz schwankt in Brasilien, USA, England, Scotland, Irland und Taiwan zwischen 3 und 57% (Fischer et al 1992, Flynn et al 1982, Graf & Galasse 1977, Irwin&McCusker 1997, Jensen 1964, Lui et al 1998, Murray&Robertson 1994, Rees 2000). Der Hauptanteil der Patienten die aber darunter leiden ist zwischen 20 und 40 Jahren alt (Lier et al. 2002) mit einer höheren Anteil bei jüngeren Frauen. Mit zunehmendem Alter wird die Pulpa sich in einigen Fällen altersbedingt in ihrer Empfindsamkeit einschränken. Sekundäre und tertiäre Dentinbildung, Fibrosierung der Pulpa und Sklerose der Tubuli reduzieren allesamt die Permeabilität des Dentins. Der Pathomechanismus der

Schmerzreaktion kann heute am besten durch ein hydrodynamisches Modell mit Schmerzauslösung durch eine Bewegung des Inhaltes in den Dentintubuli erklärt werden (Brännström 1963, Gysi 1900). Ein erhöhter Flüssigkeitsfluß nach außen verursacht eine Druckveränderung im Dentin, eine kurzfristige Distorsion der myelinisierten A- β und A- δ Fasern durch eine Mechanorezeptoren-Reizung, und damit einen kurzfristigen scharfen stechenden Schmerz (Vongsavan& Matthews 1992). Die Fasern können diese Druckänderungen sehr schnell kompensieren und reagieren daher nur kurz. Ebenso wird durch die Veränderung des Flüssigkeitsflusses in den Tubuli ein elektrisches Strömungs-Potential am Dentin verändert, das die Nervenfasern elektrisch stimulieren kann. Je weiter die Tubuli sind desto stärkere Flussraten sind möglich. Überempfindliche Zähne haben buccal häufig bis zu 8-fach mehr und doppelt so weite Tubuli im Vergleich zu nicht empfindlichen Zähnen (Absi et al. 1987). Dentin ist nur dann überempfindlich, wenn die Kanäle von der Pulpa bis zur Oberfläche offen sind. Zum Glück sind sie häufig von einer „Smear-layer“ (Schmierschicht) bedeckt. Nur wenn diese entfernt wird kommt es zu der schmerzhaften Dentinhypersensibilität.

Einige Patienten haben allerdings auch einen langen dumpfen Nachhall der kurzen Schmerzattacke. Dieser wird durch die nicht-myelinisierten C-Fasern und einige langsame A- δ -Fasern verursacht (Närhi 1985). Durch Polypeptide, die von den Odontoblasten aufgrund der Reizung der C-Fasern ausgeschüttet werden, kommt es zu einer Art neurogenen Entzündungsreaktion (Lisney&Bharali 1989) mit dumpfer möglicherweise Stunden anhaltenden Schmerzsensation. Rückschlüsse auf einen Entzündungszustand der Gesamtpulpa können hieraus keine erfolgen.

ORIGINALARTIKEL

Aus diesem Grund wurde 2002 durch den European Workshop der European Federation of Periodontology der Begriff Wurzel-Sensitivität empfohlen, falls zuvor eine Rezession bestand und eine Parodontalbehandlung erfolgte (Sanz&Addy 2002). In diesen Fällen können die Dentintubuli auch in freiliegenden interdentalen Bereichen mit parodontalpathogenen Bakterien besiedelt sein (Adriaens et al. 1988).

Konzepte für die Vermeidung der Dentinhy-persensibilität

Präventionskonzepte für die Dentinhy-persensibilität müssen sich danach orientieren ob entweder Wurzelzement (meist durch aggressive Mundhygiene oder Parodontaltherapie) oder Schmelzmaterial (meist durch Erosion) verloren gegangen ist.

Rezessionen der Gingiva die durch Zähneputzen ausgelöst sind zeigen eine Seiten, Zahnflächen und Zahnspezifität auf die mit der Händigkeit und den Mundhygienemitteln nachvollzogen werden kann: bei Rechtshändern meist auf der linken Seite (Addy et al. 1985, Kas-sab&Cohen 2003, Susin et al. 2004). Evtl. ist auch eine abrasive Zahnpasta ätiologisch von Bedeutung. Mit Plaqueindices lassen sich diese Ursachen gut nachvollziehen. Tabakkonsum ergab sich in einigen Studien ebenfalls als Risikofaktor für Rezessionen (Gunsolly et al. 1998, Müller et al. 2002). Prävention durch angepasste Mundhygiene (bezüglich Technik, Druck, Dauer, Zahnbürstenfilament und Zahnpastenauswahl) frühe parodontale Diagnosestellung und Therapie sind die Mittel der Wahl um solche Ergebnisse oder eine Progression zukünftig zu vermeiden.

Der Verlust von Schmelz als Ursache für freiliegendes Dentin hat sowohl die Ursache in einer ernährungsbedingten Erosion, die bei der in parodontologisch orientierten Zahnarztpraxen längerer Lebenserwartung von Zähnen von immer größerer Bedeutung ist, als auch Abrasion und Attrition. Wenigen Patienten ist bekannt, dass ein Liter Soft-Drink pro Tag in 2 bis 20 Jahren zu einer Schmelzerosion von 1mm führt

(Hughes et al. 1999). Nach einem solchen Säureangriff führt der gutgemeinte Zahnbürstengebrauch schnell zu einem abrasiven Hartgewebeverlust von 3-5 micron (Eisenburger et al. 2003). Für diesbezüglich gefährdete Patienten ist die Empfehlung, erst eine halbe Stunde, besser erst eine Stunde nach dem Säureangriff die Zähne zu putzen um dem Zahn die Chance der Pelliclebildung zur Remineralisation zu ermöglichen (Wetton et al. 2006) von Bedeutung. Durch Zähneknirschen (Attrition) nach einer erosiven Vorschädigung ist sicherlich auch ein stärkerer Schmelzverlust zu erzielen. Die für die Vermeidung von Dentinhy-persensibilität wichtige „Smear-layer“ auf den freien Dentintubuli wird durch säurehaltige, kohlen-säurehaltige Getränke, Wein, Kräutertee (Absi et al. 1992), manche säurehaltigen Spüllösungen (Pontefract et al. 2001) oder Zahnpastabestandteile (West et al. 1998) ebenfalls leicht entfernt. Zweimal tägliches Zähneputzen für 2 Minuten mit einer niedrig-abrasiven Zahnpasta alleine hat keinen Einfluß auf den Schmelzabtrag (Hunter et al. 2002).

Empfehlungen für die Praxis

- Parodontales Screening bei jeder zahnärztlichen Untersuchung
- Reduktion der Risikofaktoren und ätiologischen Faktoren für die Dentinhy-persensibilität
- Schonende Parodontaltherapie mit lebenslänglicher unterstützender Parodontistherapie (als recall)
- Rezessions- oder erosionsangepasste Mundhygiene
- Ernährungsanamnese und Empfehlungen
- Schienentherapie bei nächtlichen Para-funktionen
- Niedrigabrasive Zahnpasten mit desensibilisierenden Zusätzen
- Fluoridierung, Lacke, konservierende Behandlungsmaßnahmen
- Plastische und regenerative Parodontaltherapie

TAGUNGSBERICHT**Jahrestagung der NAgP am 15.11.2008 in Koblenz**

Ursprünglich hätte die Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe für Parodontologie (NAgP) am zweiten Wochenende im November in Nijmegen in den Niederlanden statt finden sollen. Die Resonanz auf dieses Angebot war leider so gering, dass die Tagung in Nijmegen abgesagt werden musste. Am Thema oder den Referenten kann es nicht gelegen haben. Denn, nachdem sich der frühere 1. Vorsitzende der NAgP Oberstarzt Dr. Thomas Eger erboten hatte, die Tagung in etwas verkleinertem Rahmen in Koblenz am Bundeswehrzentral Krankenhaus (BwZKH) auszurichten und so zu retten, meldeten sich schließlich mehr als 150 Kolleginnen und Kollegen zur mittlerweile 16. NAgP-Jahrestagung an. Die Aula des Bundeswehrzentralkrankenhauses war voll besetzt, die Tagung ausgebucht (Abb. 1)!



Abb. 1 Etwa 150 Kolleginnen und Kollegen kamen zur mittlerweile 16. NAgP-Jahrestagung. Die Aula des Bundeswehrzentralkrankenhauses war voll besetzt, die Tagung ausgebucht!

Die diesjährige Jahrestagung der NAgP war dem Thema „Regenerative Parodontaltherapie gestern und heute“ gewidmet. Eröffnet wurde die Veranstaltung durch den 1.

Vorsitzenden der NAgP Prof. Dr. Dr. Anton Sculean (Universität Bern, Schweiz) (Abb. 2).

TAGUNGSBERICHT



Abb. 1 Prof. Dr. Dr. Anton Sculean (Universität Bern, Schweiz)

Prof. Sculeans Dank galt zunächst Oberstarzt Dr. Thomas Eger Leiter der Fachzahnärztlichen Untersuchungsstelle Parodontologie am BwZKH Koblenz, ohne den diese Jahrestagung nicht möglich gewesen wäre. Nach den Dankesworten ging es nahtlos zum ersten Vortrag des Tages über: Prof. Dr. Dr. Sculean referierte zum Einstieg in die Thematik über „Parodontale Wundheilung und Regeneration“. Beginnend bei der Anatomie des Parodonts über Reparatur, Regeneration und Bewertung der verfügbaren Evidenz. Die Frage, ob das regenerierte Parodont dem intakten Parodont histologisch ebenbürtig ist, beantwortete Prof. Sculean mit einem eindeutigen Ja.

Anschließend ging Dr. Thomas Eger (BwZKH Koblenz) (Abb. 3) auf das Thema „Lappentechniken und Begriffsdefinitionen“ ein.



Abb. 3 Oberstarzt Dr. Thomas Eger (Koblenz)

Dr. Eger spannte einen weiten Bogen beginnend bei der historischen Entwicklung der Parodontaltherapie über Indikationen und Kontraindikationen chirurgischer Techniken hin zu einzelnen Lappentechniken und deren Anwendung. In der auf diesen Vortrag folgenden Pause, fanden die im Vortragssaal ausgestellten insgesamt 13 Poster aus Leipzig, Heidelberg, Frankfurt und Timisoara (Rumänien) reges Interesse.

Prof. Dr. Michael Christgau (Düsseldorf/Universität Regensburg) (Abb. 4) referierte zum Thema „Einsatz von Knochenersatzmaterialien in der regenerativen Parodontaltherapie“ und gab einen umfassenden Überblick über aktuell auf dem Markt befindliche Materialien und deren Evidenz.



Abb. 4 Prof. Dr. Michael Christgau (Düsseldorf/Universität Regensburg)

Prof. Christgau schlussfolgerte, dass ein optimales Knochenersatzmaterial, welches alle Anforderungen erfüllt, zurzeit noch nicht erhältlich ist. Zur Erzielung parodontaler Regeneration sind Membranen oder Schmelz-Matrix-Proteine geeignet. Knochenersatzmaterialien tragen selbst wenig zur Regeneration bei, haben allerdings Bedeutung als Wundstabilisator, um ein Kollabieren der Membran bzw. des Lappens in einen Defekt zu verhindern. Zur Frage, welches Knochenersatzmaterial nun zur Anwendung kommen sollte, kann zurzeit nur eine Empfehlung für autologen Knochen oder

TAGUNGSBERICHT

xenogenes Knochenersatzmaterial in Kombination mit einer Membran oder Schmelzmatrixprotein ausgesprochen werden. Es fehlt allerdings noch ein histologischer Beweis für die Überlegenheit einer solchen Kombinationstherapie. Insgesamt bleiben noch viele Fragen zur Thematik offen.

Im Anschluss ging es weiter mit einem Vortrag zu „Langzeitergebnissen nach Behandlung infraalveolärer Defekte“ von NAGP-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Peter Eickholz (Universität Frankfurt am Main) (Abb. 5).



Abb. 5 Prof. Dr. Peter Eickholz (Universität Frankfurt am Main)

Der Referent stellte die zurzeit überhaupt verfügbaren Daten aus der Literatur vor und zeigte auch anhand eigener Patientenfälle, dass die Ergebnisse auch 5 und 10 Jahre nach regenerativer Therapie mit Membranen oder Schmelzmatrixproteinen stabil sind. Es existieren allerdings bestimmte Risikofaktoren, welche diese Stabilität negativ beeinflussen können, wie z.B. Rauchen, unregelmäßig wahrgenommene unterstützende Parodontaltherapie (UPT) oder keine UPT in einer Spezialistenpraxis.

Nach Beendigung seines Vortrages verlieh Dr. Eva Streletz (Heusenstamm), langjährige Kassenführerin der NAGP, Prof. Dr. Peter Eickholz, der dieses Jahr aus dem Vorstand der NAGP ausscheidet, die goldene Ehrennadel der NAGP. Es folgte noch eine angeregte Diskussion der Beiträge des Vormittags. Im Anschluss ging es in die Mit-

tagspause zum italienischen Büffet ins Offizierskasino.

Frisch gestärkt ging es nach der Mittagspause weiter mit einem Beitrag von PD Dr. Hägewald (Berlin) (Abb. 6) zum Thema „Regenerative Rezessionsdeckung“.



Abb. 6 PD Dr. Stefan Hägewald (Berlin)

Anhand vieler Patientenfälle präsentierte der Referent die Methodik und Therapieergebnisse des koronalen Verschiebelappens bis zu 7 Jahre nach Operation. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der koronale Verschiebelappen mit zusätzlicher Anwendung von Schmelzmatrixprotein zu insgesamt stabileren Ergebnissen führt als ohne Schmelzmatrixprotein. Besonders zu beachten ist dies bei initialen Rezessionstiefen ≥ 4 mm.

Der nächste Vortrag wurde in Vertretung für Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen von Dr. James Deschner (beide Universität Bonn) (Abb. 7) gehalten.

TAGUNGSBERICHT



Abb. 7 PD Dr. James Deschner (Universität Bonn)

Zum Thema „Langzeitergebnisse nach Be-

handlung von Furkationsdefekten“ stellte der Vortragende die wenigen bisher veröffentlichten Studien zur Thematik vor. In diesem Kontext stellte PD Dr. Deschner noch ein eigenes Forschungsteilprojekt über den Einfluss funktioneller Belastung auf die parodontale Wundheilung bei regenerativer Therapie mit Schmelzmatrixproteinen einer DFG-geförderten Studie über Ursachen- und Folgen von Parodontopathien vor.

Nach einer kurzen Kaffeepause wurden die NAGP-Förderpreise für die besten ausgestellten Poster verliehen (Abb. 8):



Abb. 8 Die NAGP-Förderpreise 2008 wurden von der NAGP-Schritfführerin Dr. Beate Schacher (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main; 2. von links) überreicht: 1. Preis: Dr. Bernadette Pretzl (Universität) Heidelberg; 1. von links), 2. Preis (geteilt): Jasmin Wehner (2. von rechts), Yasemin Siegelin (1. von rechts) (beide Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)

Der erste Preis ging an Frau Dr. Bernadette Pretzl (Universität Heidelberg). Der zweite Preis wurde geteilt und ging an Frau Jasmin Wehner und Frau Yasemin Siegelin, beide Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, welche sich mit dem Thema Beeinflussung der Serum-Entzündungsparameter durch systemati-

sche antiinfektiöse Parodontitistherapie beschäftigten.

Den abschließenden Vortrag des Tages hielten Dr. Christina Tietmann und Dr. Frank Bröseler (Aachen) (Abb. 9 und Abb. 10):

TAGUNGSBERICHT



Abb. 9 Dr. Christina Tietmann (Aachen)



Abb. 10 Dr. Frank Bröseler (Aachen)

Sie erläuterten, wie sie als niedergelassene Kollegen die regenerative Parodontaltherapie in den zahnärztlichen Praxisalltag integrieren. Zum Abschluss der Tagung erfolgte noch eine rege Diskussion der vorange-

gangenen Vorträge mit den Referenten.

Auch im Jahr 2009 kann man sich auf Veranstaltungen der NAGP freuen: Die 15. Frühjahrstagung der NAGP wird zusammen mit dem 17. Symposium Parodontologie am 24.04.2009 in Koblenz am Bundeswehrzentral Krankenhaus zum Thema „Dentinhypersensibilität und freiliegender Zahnhals: Ursachen und therapeutische Möglichkeiten“ stattfinden. Die 17. Jahrestagung der NAGP ist für den 12.09.2009 geplant. In Würzburg wird dann die Frage gestellt werden: „Wie viel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch unterstützende Parodontitistherapie“. Beide Termine sollte man sich schon im Kalender vormerken.

Dr. Katrin Himmer

Poliklinik für Parodontologie,
Zentrum der Zahn-, Mund-, und Kieferheil-
kunde (Carolinum),
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt,
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

MASTERONLINE PARODONTOLOGIE

Das Modell des berufsbegleitenden Online-Studiums hat sich bewährt

Vor wenigen Jahren noch hätte man sich nicht vorstellen können, online zu studieren. Fernstudium - gewiss; verbunden mit viel Selbstmotivation, weil man doch im Großen und Ganzen sich selbst überlassen war.

Der „MasterOnline Parodontologie“ macht es nun möglich, einerseits zeitlich und räumlich flexibel zu studieren und andererseits doch über eine Lernplattform Teil einer Gruppe zu sein, die sich auf diesem Medium begegnet, sich in Foren austauscht, gemeinsam Gruppenaufgaben löst - und sich einmal wöchentlich, oft mit Referenten, in einem „Virtuellen Klassenzimmer“ trifft, um Fälle vorzustellen und zu diskutieren. Begleitet werden die Studierenden von zwei Betreuern, die selbst Spezialisten der Parodontologie sind und sich in einer Zusatzausbildung zum Teletutor qualifiziert haben. Die Teletutoren stehen den Teilnehmern jederzeit mit Rat und Tat zur Seite und kontrollieren den Fortschritt der Gruppe.

Auch die Gestaltung des Lehrmaterials, das von rund 40 Referenten geliefert wird und vom MasterOnline Parodontologie-Team aufeinander abgestimmt und didaktisch aufbereitet wird, macht Lust aufs Lernen: So wird jedem Modul ein Patientenfall vorangestellt, der die Teilnehmer praxisnah an das Thema heranführt. In einer Selbstlernphase folgen hochwertige Skripte, ergänzt durch animierte Patientenfälle (sogenannte

Web-Based-Trainings), vertonte Power Point Präsentationen, animierte 3D-Modelle und eine Vielzahl an Filmen, zum Beispiel zu chirurgischen Techniken. Leistungsnachweise am Ende der Module dokumentieren die ständigen Lernfortschritte.

Die beiden laufenden Jahrgänge sind begeistert vom „MasterOnline Parodontologie“:

„Die webbasierte Lernplattform bietet sehr viele unterschiedliche Möglichkeiten, sein Wissen aufzubauen und zu vertiefen. Jeder Teilnehmer hat das Gefühl, zu einem guten Parodontologen ausgebildet zu werden.“

„Das didaktische Konzept und die fachlichen Inhalte der Lernplattform sind sehr ausgereift und in dieser Form wohl einzigartig in der deutschsprachigen Zahnmedizin.“

„Die hervorragende Fachkompetenz einiger Studiengangsteilnehmer stehen durch den fachlichen Austausch auf der Lernplattform den Kommilitonen zur Verfügung. Die Studenten lernen wesentlich mehr voneinander als in einem konventionellen Studiengang.“

MASTERONLINE PARODONTOLOGIE

Der „MasterOnline Parodontologie“ ist ein dreijähriger Postgraduiertenstudiengang, der mit dem „Master of Science“ abschließt. Er ist gegliedert in die Studienmodule:

- ◆ Einstieg in den Studiengang
- ◆ Angewandte Anatomie
- ◆ Orale Mikrobiologie und Pathogenese
- ◆ Parodontales Behandlungskonzept
- ◆ Chirurgische PA-Therapie
- ◆ Arzneimitteltherapie
- ◆ Orale Medizin
- ◆ Synoptische Zahnheilkunde
- ◆ Praxis & Co.
- ◆ Master-Abschluss-Modul

Dadurch, dass die Theorie online vermittelt wird, kommt das Studium mit durchschnittlich drei Präsenzveranstaltungen pro Jahr aus. Diese liegen bevorzugt am Wochenende, damit den Teilnehmern möglichst wenig Praxisausfall entsteht, und finden an der Universitätszahnklinik Freiburg statt. Der „MasterOnline Parodontologie“ ist der bisher einzige in Deutschland akkreditierte Studiengang auf dem Gebiet der Parodontologie. Die Studiengebühren belaufen sich auf 29.982 Euro.

Der Studiengang startet erneut zum Wintersemester 2009/2010.

Mehr Informationen unter

www.masteronline-parodontologie,

info@masteronline-parodontologie.de oder

☎ (07 61) 2 70 - 47 28.

ABSTRACTS I**Subgingivale Instrumentierung erhöht Serum-CRP-Spiegel**

M. Wohlfeil^{1*}, B. Schacher¹, J. Wehner¹, H. Sauer-Eppel², G. Oremek², P. Eickholz¹

¹ Poliklinik für Parodontologie,
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),

² Zentrallaboratorium, Zentrum der Inneren Medizin, Klinikum der Johann Wolfgang
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Zielsetzung:

Untersuchung der Veränderung von CRP-Spiegel und Leukozytenzahl im Serum von Parodontitispatienten nach subgingivaler Instrumentierung.

Material und Methoden:

16 Patienten mit unbehandelter aggressiver (n=6) und generalisierter schwerer chronischer (n=10) Parodontitis, davon 10 weiblich und 11 Raucher, im Alter von 31 - 65 Jahren, bei denen aktuelle Infektions- und Entzündungskrankheiten (außer Parodontitis) anamnestisch ausgeschlossen worden waren, wurden untersucht: Erhebung klinischer Parameter (GBI, PCR, Sondierungstiefe [ST], Attachmentverlust [AL], Bluten auf Sondieren [BOP]) und Entnahme venösen Blutes unmittelbar vor subgingivaler Instrumentierung von 2 Quadranten (Full-Mouth-Disinfection) und am Tag danach. Aus den Blutproben wurden der Serum-CRP-Spiegel (Nachweisgrenze: 0,01 mg/dl) und die Leukozytenzahl bestimmt.

Ergebnisse:

Die Patienten waren parodontal wie folgt charakterisiert:

GBI: 9,8±9,4%; PCR: 34,4±14,3%; ST: 3,7±0,7 mm; AL: 3,7±1,4 mm; BOP: 53,1±13,2%. Der Serum-CRP-Spiegel lag bei der 2. Untersuchung statistisch signifikant höher als bei der ersten: 0,38±0,34 mg/dl ($p = 0,002$). Nur bei 1 Probanden lag der CRP-Spiegel bei der ersten Untersuchung > 0,3 mg/dl und bei 6 stieg der Wert von der ersten zur zweiten Untersuchung um > 0,3 mg/dl an. Die Leukozytenzahl unterschied sich nicht zwischen beiden Untersuchungen ($p = 0,789$).

Schlussfolgerungen:

Subgingivale Instrumentierung führt bei Parodontitispatienten zu einer markanten Erhöhung des Serum-CRP-Spiegels, die über der Variabilität bei gesunden Probanden liegt.

Diese Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) unterstützt.

ABSTRACTS II**A.a.-Nachweis mittels Realtime-PCR und Gensonden-test bei Patienten verschiedener ethnischer Herkunft**

Frank P, Eick S, Eickholz P, Kim CK, Kim TS

Ziel:

In der vorliegenden Studie sollte festgestellt werden, inwieweit der Nachweis von A.a. in subgingivalen Plaqueproben von der verwendeten mikrobiologischen Untersuchungsmethode und/oder der ethnischen Herkunft der Patienten mit schwerer chronischer und aggressiver Parodontitis beeinflusst wird.

Materialien und Methoden:

Insgesamt wurden 178 Patienten in die Studie einbezogen (88 Kaukasier, 90 Ostasiaten). Anhand eines Realtime-PCR und eines kommerziell erhältlichen Gensondentests wurden gepoolte subgingivale Plaqueproben beider Patientengruppen auf das Vorhandensein von A.a. untersucht. Die Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungstechniken wurden mit Hilfe einer Kappa-Statistik analysiert.

Ergebnisse:

Bei den kaukasischen Patienten lag die Prävalenz von A.a. je nach verwendetem Testverfahren höher (Realtime PCR: 23,2 %, Gensondentest: 36,4%) als bei den ostasiatischen Patienten (Realtime PCR: 19,2 %, Gensondentest: 23,2 %). Bei jeweils 17,2 % der Kaukasier und 10,0 % der Ostasiaten lieferten beide Testmethoden ein positives Ergebnis. Für die Kaukasier ergab sich damit für die Übereinstimmung beider Untersuchungsmethoden ein Kappa-Wert von $\kappa = 0,41$, für die Ostasiaten ein Wert von $\kappa = 0,34$. Bei 42,4 % aller Kaukasier und 32,3 % aller Ostasiaten lieferte mindestens einer der beiden Tests einen positiven Nachweis für A.a.

Schlussfolgerung:

Trotz identischer Diagnose, Alters- und Geschlechtsverteilung, scheint die Prävalenz von A.a. zwischen Kaukasiern und Ostasiaten zu variieren. Auch die verwendete mikrobiologische Untersuchungsmethode hat einen erheblichen Einfluss auf den Keimnachweis, so daß für den Vergleich von Kollektiven mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft unbedingt die Anwendung eines identischen Testprotokolls gefordert werden muss.

Diese Studie wurde vom Institut für Angewandte Immunologie, Zuchwill, Schweiz (IAI PadoTest 4.5[®]) und der NAGP (Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.) unterstützt.

ABSTRACTS III**Vergleich zweier unterschiedlicher Gensondentests zum Nachweis parodontaler Pathogene**

Cosgarea R, Zimmermann N*, Zehaczek S, Bäumer, A, Kim TS

Hintergrund

Schweregrad und Progression einer Parodontitis können durch das Vorhandensein eines primär gram-negativen Bakterienspektrums beeinflusst werden. Der Nachweis von Parodontalpathogenen hängt von der Sensitivität des mikrobiologischen Tests ab und kann zu falsch-negativen Ergebnissen führen. Ziel dieser Studie war der Vergleich zweier Gensondentests.

Methode

69 Patienten mit den klinischen Diagnosen schwere chronische Parodontitis (sCP) oder aggressive Parodontitis (AgP) wurden in der Sektion für Parodontologie des Universitätsklinikums Heidelberg rekrutiert. Die mikrobiologische Untersuchung gepoolter Proben subgingivaler Plaque wurde mit einem Real-Time-PCR (Meridol[®]-Test) und einem Gensondentest (IAI PadoTest 4.5[®]) durchgeführt. Erhoben wurden folgende klinische Parameter: Sondierungstiefen, klinisches Attachmentlevel, Bleeding on Probing, Gingival Bleeding Index und Plaque Control Record. Der Grad der Übereinstimmung zwischen beiden Testverfahren wurde mit Hilfe der Kappa-Statistik errechnet.

Ergebnisse

Mit beiden Tests wurden die Keime *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Tannerella forsythia* (Tf) und *Treponema denticola* (Td) identifiziert. Zusätzlich wurden mit dem Real Time PCR *Fusobacterium nucleatum* und *Prevotella intermedia* nachgewiesen. Mit dem Real-Time-PCR gelang der Aa-Nachweis etwas häufiger (24,6%) als mit dem RNA-Gensondentest (18,84%). Nur 10,14 % aller Patienten waren mit beiden Tests Aa-positiv ($\kappa = 0,72$). Für die restlichen Bakterienspezies waren die Unterschiede zwischen beiden Tests wesentlich geringer bzw. kaum nachweisbar.

Schlussfolgerung

Für die Wahl einer adäquaten adjuvante Antibiose in der Behandlung schwerer Formen von Parodontitiden ist es wichtig, einen mikrobiologischen Test mit einer möglichst hohen Sensitivität zu verwenden. In dieser Studie wurde gezeigt, dass die verwendeten Tests insbesondere für den Nachweis von Aa keine kongruenten Ergebnisse lieferten. Daraus folgt, dass es zwischen den kommerziell erhältlichen Tests Unterschiede bezüglich des quantitativen und qualitativen mikrobiologischen Nachweises gibt.

Unterstützt von GABA (Lörrach, D) und IAI (Zuchwill, CH)

TAGUNGSANKÜNDIGUNG



**WIE VIEL PLAQUE VERTRÄGT DAS PARODONT AUF DAUER?
LANGZEITERFOLG DURCH
UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE**

**17. HERBSTTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V.
(NAGP)**

AM 12.09.2009

**IN DER POLIKLINIK FÜR ZAHNERHALTUNG UND PARODONTOLOGIE DER
BAYERISCHEN JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT**

- 9.⁰⁰ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig, 2. Vorsitzender der NAGP e.V.
Prof. Dr. U. Schlagenhauf, Universität Würzburg
- 9.¹⁵ UHR EIN SAUBERER ZAHN WIRD NICHT KRANK! ODER DOCH?**
Prof. Dr. U. Schlagenhauf, Universität Würzburg
- 10.⁰⁰ UHR UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE VON A WIE ANFÄRBNEN BIS Z WIE ZU-
ZAHLUNG**
B. Strauß, ZMF, Frankfurt/Main
- 10.³⁰ UHR PAUSE**
- 11.⁰⁰ UHR BLANKER STAHL ODER „WEISSER SCHNEE“?
SUBGINGIVALE REINIGUNG IN DER ERHALTUNGSTHERAPIE**
PD Dr. G. Petersilka, Würzburg
- 11.⁴⁵ UHR WIE HALTE ICH MEINE PATIENTEN BEI DER STANGE?
MOTIVATION UND VERHALTENSÄNDERUNG IN DER TÄGLICHEN PRAXIS**
Dr. G. Gutsche, Koblenz
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- 14.¹⁵ UHR WIE VIEL RECALL BRAUCHT DER MENSCH? RISIKOORIENTIERTE UPT**
OTA Dr. Th. Eger, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
- 15.⁰⁰ UHR WOZU DIE GANZE MÜHE?
LANGZEITERGEBNISSE MIT UND OHNE UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 15.³⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.⁰⁰ UHR PAUSE**
- 16.¹⁵ UHR EIN SAUBERER ZAHN WIRD NICHT KRANK! ODER DOCH NICHT?**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 16.⁴⁵ UHR DISKUSSION**
- 17.¹⁵ UHR NAGP-MITGLIEDERVERSAMMLUNG**
- 20.⁰⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND IM MARITIM IN WÜRZBURG**

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz
Beirat: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean MS, Prof. Dr. Holger Jentsch,
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 [®], TM 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 by NAGP - Gerichtsstand Münster