

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	1
EDITORIAL:	
Self-fulfilling prophecies	2
DGP LIFEOP AM 09.06.2007 AUS MÜNSTER:	
Regenerative und augmentative Verfahren in der Parodontologie - GTR - GBR	3
NAgP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2007 - TEIL 1	
Pretzl, Eickholz: Patientenbezogene Langzeitergebnisse 10 Jahre nach parodontaler Therapie	6
Wohlfeil, Schacher, Wehner, Oremek, Sauer-Eppel, Eickholz: Entzündungsparameter im Serum parodontal gesunder Probanden	7
Krigar, Kim, Eickholz: Lokalisierte moderate und schwere Parodontitis bei zyklischer Neutropenie - zwei Fallberichte	8
TAGUNGSBERICHT:	
Ästhetik in der Parodontologie - Wie schön kann und muss Zahnfleisch sein? 15. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 17.11.2007 in Leipzig	9
TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN:	
Risikopatienten in der Parodontologie 16. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentalkrankenhaus Koblenz und 14. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 25.05.2008 in Koblenz	13
Regenerative Parodontaltherapie gestern und heute 16. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 15.11.2008 in Nijmegen	14
IMPRESSUM	15

EDITORIAL

Self-fulfilling prophecies

Das Phänomen ist den Psychologen bekannt: Wenn z.B. der Lehrer vorab über einen neuen Schüler die Information erhält, dieser sei dumm, erwartet er von dem Kind schlechte Leistungen und - siehe da - das Kind bekommt auch schlechtere Noten für dieselbe Arbeit als bei einem Lehrer, dem er als schlau geschildert wurde.

Man sieht eben immer das am besten, was man auch am ehesten erwartet.

Aber Zahnärzten passiert ja so was nicht - wir halten uns an harte Fakten und eindeutige Befunde, kein pädagogisches Wischi-Waschi...Lehrer! Kennen wir ja!

Wie kommt es, dass in Deutschland die Parodontologie so wenig Erfolg zu haben scheint? Alle 2-3 Jahre wird bumerangmäßig durchgekratzt, und furkationsbeteiligte Molaren werden lieber gleich gerupft und ein Implantat reingedübelt, denn die sind ja eh bald draußen ...

Die Wissenschaft lehrt uns etwas anderes: Es gibt die Statistiken, nach denen ein Molar mit Furkationsbefall eine bessere Prognose hat als ein Zahn, der zum Pfeiler für ZE gemacht wird. Medizinisch gesehen, ist also der Zahnarzt ein größeres Risiko für den Erhalt als die Parodontitis! Warum glauben wir also immer noch, das funktioniert vielleicht bei den Spezialisten, aber nicht in der normalen Praxis?

Wer nicht dran glaubt, behandelt lustlos. Bei einer Füllung oder Krone ist das nicht so schlimm, da ist die Kommunikation auf ein Mindestmaß reduziert. Aber in der Pa-

rodontologie sind wir auf die Mitarbeit unserer Patienten angewiesen, die drei Viertel der Therapie erledigen müssen. Wenn ich das aus Desinteresse oder maulfauler Veranlagung nicht „überbringe“ und meine Prophylaxehelferin auch nur irgendwie in einer Ecke der Praxis unbeachtet herumspoliert, ohne richtig geschult zu sein, habe ich keinen langfristigen Erfolg, und schon bin ich wieder in der Haltung bestätigt: Nutzt ja eh nix.

Also: Wenn ich erfolgreiche PAR machen will, muss ich bei mir selbst anfangen, an den Sinn der Sache glauben und auch die Praxis so strukturieren, dass den Patienten die optimale Vor- und Nachsorge geboten werden kann. Und dann gibt es auf einmal die Fälle mit aggressiver PAR, die fünfzehn Jahre im regelmäßigen Recall sind und in der ganzen Zeit keinen der Zähne verlieren, die der Kollege vor fünfzehn Jahren schon alle ziehen wollte.

Ich weigere mich einfach zu glauben, dass alles nur daran liegt, dass ZE und Impla einfach mehr einbringt. Laßt mir doch ein paar Illusionen ...

Eva Streletz

DGP LIFEOP AM 09.06.2007 AUS MÜNSTER**Regenerative und augmentative Verfahren in der Parodontologie - GTR - GBR**

Am 9.06.2007 fand zum 4. Mal die DGP- Frühjahrstagung statt. Life operiert wurde diesmal in Münster. Prof. Heinz Topoll hatte seine Praxis zur Verfügung gestellt, die am Vortag von Quintessenz TV förmlich in ein Filmstudio verwandelt worden war: vollgestopft mit Kabel, Scheinwerfern und natürlich Kameras (Abb.1).



Abb. 1 Prof. Topoll bei der OP (WLab01)

Übertragen wurden die Operationen an nationale (Berlin, Bonn, Heringsdorf, München) und internationale (Graz/Österreich, Timisoara/Rumänien) Standorte. Etwa 350 interessierte Kollegen ließen es sich trotz strahlenden Wetters und langem Wochenende nicht nehmen die LifeOPs zu verfolgen.

„Regenerative und augmentative Verfahren in der Parodontologie - GTR - GBR“ waren das übergeordnete Thema. Es sollten zum einen operative Verfahren demonstriert werden, die zum Erhalt parodontal schwer geschädigter Zähne beitragen können und somit Zahnverlust vermeiden helfen. Zum anderen ging es um chirurgische Techniken, die, wenn Zahnverlust unvermeidlich war, das Volumen des Alveolarfortsatz erhalten bzw. wiederherstellen können, um so die Voraussetzungen für Zahnersatz zu schaffen bzw. zu verbessern.

**GBR Technik – präimplantäre Alveolar-
kammaugmentation**

Nachdem der Moderator des Vormittags, Prof. Peter Eickholz (Universität Frankfurt

am Main) die Moderatoren und Teilnehmer der Übertragungsstandorte begrüßt und die Operateure vorgestellt hatte, übernahm Dr. Matthias Mayer den Auftakt. Dr. Mayer ist in Frankfurt am Main niedergelassen und hat seine Behandlung auf Parodontologie und Implantattherapie beschränkt. Er stellte den Fall einer Patientin vor, die die Oberkieferschneidezähne verloren hatte. Es lag ein primär horizontales Knochendefizit vor (Siebert Klasse I).

Mittels „Bone splitting“ zwischen 13 und 23 sollte dieses Defizit als Vorbereitung für die Insertion enossaler Implantate ausgeglichen werden. Dr. Mayer verwendete ein Spaltlappendesign.

DGP LIFEOP AM 09.06.2007 AUS MÜNSTER

Dabei blieb von der mukogingivalen Grenzlinie nach apikal die periostale Bedeckung des Knochens erhalten. Die Schlitzung des Knochens erfolgte mit einem „Piezosurgery“-Gerät, das eine sehr kontrollierte Gestaltung der Spaltungsstelle erlaubte. Mit Osteotomen aufsteigender Größen wurde dann der Alveolarfortsatz langsam über den so geschaffenen Spalt aufgedehnt. Nachdem eine ausreichende Breite vorlag, wurde der Spalt mit anorganischem Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs (BioOss, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz)

aufgefüllt (Abb. 2). Die Wunde wurde anschließend zweischichtig (Periost, Schleimhaut) verschlossen.

GBR Technik – augmentative Technik: Socket Preservation – Technik im Oberkiefer Frontzahnbereich

Parallel zu Dr. Mayer operierte Dr. Otto Zühr vom Zentrum für Zahnheilkunde München. Der Zahn 21 der Patientin sollte wegen einer therapierefraktären periapikalen Läsion entfernt und ersetzt werden.

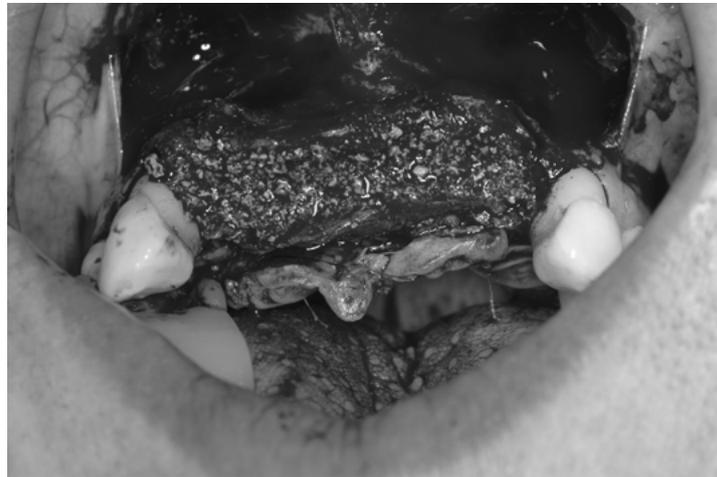


Abb. 2 GBR Technik – präimplantäre Alveolarkammaugmentation: Nachdem eine ausreichende Knochenaufdehnung realisiert war, wurde der Spalt mit anorganischem Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs aufgefüllt. Die Wunde wurde anschließend zweischichtig (Periost, Schleimhaut) verschlossen.

Dieser Zahn war zuvor vergeblich orthograd und chirurgisch endodontisch behandelt worden. Zur Chronifizierung der periapikalen Läsion und der davon ausgehenden Fistel war die Patientin mit Antibiotika prämediziert worden. Als erster Schritt wurde der Zahn maximal schonend entfernt.

Dabei musste darauf geachtet werden, dass die Knochenlamelle nach vestibulär nicht traumatisiert wurde. Anschließend wurde vestibulär ein Tunnel über die beiden der Lücke benachbarten Zähne präpariert. Zur Stabilisierung des Gewebes nach vestibulär wurde in diesen Tunnel ein zuvor palatinal entnommenes Bindegewebs-

plantat eingelagert. Von innen wurde die Extraktionsalveole über der knöchernen Perforation nach vestibulär mit einer Kollagenmembran stabilisiert. Die Extraktionsalveole wurde anschließend mit anorganischem Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs (BioOss) aufgefüllt.

Der Abschluss der Wunde nach koronal erfolgte anschließend durch eine provisorische Brücke, deren Pontic so gestaltet war, dass es die Wunde komplett abdeckte und das Weichgewebe im Sinne einer „Papillenbildung“ für die spätere definitive Versorgung ausformte.

DGP LIFEOP AM 09.06.2007 AUS MÜNSTER**GTR Technik - Regenerative Therapie von einzelnen und mehreren vertikalen Knochentaschen mit Schmelz-Matrix-Proteinen ggf. mit Knochenersatzmaterialien**

Nach einer Mittagspause ging es am Nachmittag mit regenerativer Parodontitis-therapie weiter. Dr. Otto Zuhr übernahm die Moderation. Die Operateure des Nachmittags hatten sich beide die Regeneration mehrerer infraalveolärer Defekte unter Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen (SMP: Emdogain, Institut Straumann AG, Basel, Schweiz) vorgenommen. Die Therapie mehrerer Defekte in einer Sitzung hat verschiedene praktische Vorteile: Die häufigen Nachkontrollen, die nach regenerativen Eingriffen empfehlenswert sind, können zusammengefasst werden und man kann mit einem Gebinde SMP mehrere Defekte versorgen. Beides spart Kosten. Prof. Dr. Eickholz operierte 2 symmetrische überwiegend einwandige Knochentaschen jeweils mesial an 14 und 24. Dabei wurde jeweils ein modifizierter Papillenerhaltungslappen gebildet. Nach Instrumentierung, Konditionierung mit EDTA (PrefGel) und Applikation von SMP erfolgte der Wundverschluss über eine Offset (Absatz-)Naht in Kombination mit einer Rückschlingnaht (Laurell-Naht).

Prof. Dr. Heinz Topoll hatte seine Praxis für ein Wochenende in ein Filmstudio umbauen lassen. Bei seiner Patientin war es durch fortgeschrittenen parodontalen Knochenabbau zu einer Labialwanderung und Lückenbildung der linken Oberkieferfrontzähne gekommen, die nach Abschluss der parodontalen Behandlung orthodontisch eingeordnet werden sollten. Nach antiinfektiöser Therapie zeigten die Zähne 21 und 23 noch bis zu 6 mm tiefe vertikale Knochendefekte bei einer bukkalen Gingivadicke von nur 0,5 mm. Daher war 3 Monate vor der LifeOP an

den Zähnen 21 und 23 eine vestibuläre Tunnelierung mit einem vom Gaumen gewonnenen Bindegewebestransplantat vorgenommen worden. Durch die Schaffung einer ausreichenden Dicke und Breite der keratinisierten Gingiva sollten postoperative Rezessionen nach der geplanten regenerativen Behandlung vermieden werden. Auch Prof. Topoll präparierte einen modifizierten Papillenerhaltungslappen an den Zähnen 21 bis 23. Die Gingivadicke im Bereich der vertikalen Knochendefekte an 21 und 23 betrug nun nach der Volumenverdickung mittels Bindegewebe 2 mm. Nach Defektsäuberung wurden zunächst Knochenchips von der bukkalen Kortikalis der angrenzenden Zähne mittels piezoelektrischen „Schabern“ gewonnen. Es folgte die Konditionierung der Wurzeloberflächen mit EDTA-Gel. Anschließend wurden die SMP auf die Zahnwurzeln von 21, 22 und 23 aufgebracht. Die 6 mm tiefen Knochendefekte bei 21 und 23 wurden mit der Mischung aus den kortikalen Knochenchips, einem anorganischen Knochenersatzmaterial bovinen Ursprungs (BioOss) und den noch verbliebenen SMP aufgefüllt.

Durch die präoperative Volumenverdickung der bukkalen Gingiva und das ausreichend breite Band keratinisierter Gingiva konnte ein spannungsfreier Wundverschluss mit mikrochirurgischen Nähten über den aufgefüllten Knochendefekten realisiert werden.

Die Eingriffe verliefen komplikationslos. Wenn die 4 Operateure dabei also ins Schwitzen gerieten, lag dies zum einen am fast hochsommerlichen Wetter in Münster und zum anderen an den Scheinwerfern des Filmteams, die zusätzliche Wärme verströmten. Auch für das Jahr 2008 ist eine Live OP geplant. Die Übertragung soll voraussichtlich am ersten Dezemberwochenende 2008 aus Wien stattfinden. Dieses Wochenende sollte man sich vormerken.

Prof. Dr. Peter Eickholz (eickholz@med.uni-frankfurt.de)

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

ABSTRACTS I - 1. PREIS**Patientenbezogene Langzeitergebnisse 10 Jahre nach parodontaler Therapie**

Pretzl B, Eickholz P

Sektion Parodontologie, Poliklinik für ZEH, Universitätsklinikum Heidelberg

Zielsetzung:

Evaluation von Faktoren auf Patientenebene, die zum Langzeiterfolg systematischer Parodontitistherapie über 10 Jahre beitragen. Das Hauptzielkriterium dieser Analyse war Zahnverlust, das Nebenzielkriterium der parodontale Zustand gemäß der SSO-Kriterien.

Material & Methode:

Es wurden 100 erwachsene Patienten rekrutiert, bei denen vor 10 Jahren durch denselben Behandler (PE) eine antiinfektiöse Therapie gegebenenfalls inklusive Parodontalchirurgischer Maßnahmen durchgeführt worden war und Röntgenstaten vom Zeitpunkt des Therapiebeginns vorlagen. Die klinische Untersuchung inklusive Plaque- und Gingivablutungsindex (GBI) wurde von einer Untersucherin durchgeführt (BP), die auch Proben zur Analyse des Interleukin-1-Polymorphismus entnahm. Es wurde mit den Patienten ein ausführlicher Fragebogen zu Nikotinkonsum- und Ernährungsgewohnheiten sowie Mundhygieneverhalten und Sozialanamnese erhoben. Die parodontale Situation wurde anhand der SSO Kriterien (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft 1999) evaluiert. Aus den Akten wurden Ausgangsdiagnose, Zahnverlust, Regelmäßigkeit der unterstützenden Parodontitistherapie und Prognoseindex (Checchi et al. 2002) dokumentiert. Zusätzlich wurde retrospektiv die Risikoanalyse nach Tonetti und Lang (2003) erhoben. Die statistische Auswertung wurde mittels SPSS und linearer beziehungsweise logistischer Regressionsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse:

Der mittlere PCR nach systematischer parodontaler Therapie korreliert am deutlichsten mit Zahnverlust. Je höher der PCR während der UPT, desto größer das Risiko für Zahnverlust.

Folgende Mittelwerte des Zahnverlustes pro Patient konnten beobachtet werden. Geschlecht (männlich/weiblich): 1,17/1,83 ; Raucher (ja/nein): 2,22/1,32; Ausgangsdiagnose (mod. chron/ schwer chron, aggressiv) 0,80/1,89; Riskobestimmung bei Reevaluation (mittel/hoch): 1,00/2,41; Prognose (A/B,C): 1,46/1,37; GBI (bis 6%/über 6%): 0,77/2,13; IL-1-Polymorphismus (positiv/negativ): 1,13/2,41; Regelmäßigkeit der UPT (ja/nein): 0,57/2,68. Die Regressionsanalyse ergab einen statistisch signifikant erhöhten Zahnverlust für Patienten, die nicht regelmäßig an der unterstützenden Parodontitistherapie teilnahmen ($p=0,001$).

Ein hohes parodontales Risiko zu Beginn der UPT korreliert signifikant mit zukünftigen Zahnverlust. Die Risikoeinschätzung nach Lang & Tonetti 2003 stellt somit einen validen prognostischen Parameter dar.

Schlussfolgerung:

Einige Kriterien scheinen den Zahnverlust zu beeinflussen. Nach systematischer parodontaler Therapie schützen regelmäßige Teilnahme an der UPT sowie eine effektive Mundhygiene vor Zahnverlust und begünstigen die parodontale Situation langfristig. Das Vorhandensein des Interleukin-1-Polymorphismus erhöht das Risiko für Zahnverlust. Patienten mit hohem Parodontitisrisiko (PRA: Lang & Tonetti 2003) verlieren mehr Zähne als Patienten in anderen Risikogruppen.

Die Studie wurde unterstützt vom Institut für angewandte Immunologie (Zuchwil/Schweiz).

ABSTRACTS II - 2. PREIS**Entzündungsparameter im Serum parodontal gesunder Probanden**

M. Wohlfeil¹, B. Schacher¹, Wehner¹, G. Oremek², H. Sauer-Eppel², 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

Zielsetzung:

Untersuchung der Variabilität von CRP-Spiegel und Leukozytenzahl im Serum parodontal gesunder Probanden.

Material und Methoden:

30 parodontal gesunde (Sondierungstiefen [ST] < 3,5 mm bzw. < 5 mm ohne Bluten auf Sondieren [BOP], BOP < 10%) Probanden (16 weiblich, 11 Raucher) im Alter von 23 – 43 (27,8±4,6) Jahren, bei denen aktuelle Infektions- und Entzündungskrankheiten anamnestisch ausgeschlossen worden waren, wurden untersucht: Erhebung klinischer Parameter (GBI, PCR, ST, Attachmentverlust [AL], BOP) und Entnahme venösen Blutes im Abstand von 1-7 Tagen. Aus den Blutproben wurden der Serum-CRP-Spiegel (Nachweisgrenze: 0,01 mg/dl) und die Leukozytenzahl bestimmt.

Ergebnisse:

Das Probandenkollektiv war parodontal wie folgt charakterisiert: GBI: 2,7±1,8%; PCR: 15,2±8,3%; ST: 2,0±0,3 mm; AL: 0,4±0,2 mm; BOP: 6,7±2,0%. Der Serum-CRP-Spiegel lag bei der 2. Untersuchung statistisch signifikant höher als bei der ersten: 0,06±0,14 mg/dl ($p = 0,02$). Nur bei 2 Probanden lag der CRP-Spiegel bei beiden Untersuchungen > 0,3 mg/dl und nur bei zweien stieg der Wert von der ersten zur zweiten Untersuchung um > 0,3 mg/dl an. Dieser Anstieg konnte bei 1 Probanden mit einer Atemwegsinfektion erklärt werden. Die Leukozytenzahl unterschied sich nicht zwischen beiden Untersuchungen, lag aber bei Frauen höher als bei Männern ($p = 0,024$). Mittels multipler Regressionsanalyse konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Serum-CRP-Spiegel und ST gezeigt werden ($p = 0,07$).

Schlussfolgerungen:

Der Serum-CRP-Spiegel erwies sich bei parodontal gesunden Probanden als relativ wenig variabel, aber als anfällig für akute Infektionen. Interessanterweise korreliert er selbst in einem parodontal gesunden Kollektiv mit der mittleren ST jedes Probanden.

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

ABSTRACTS III - 3. PREIS**Lokalisierte moderate und schwere Parodontitis bei zyklischer Neutropenie - zwei Fallberichte**

D.M. Krigar¹, T.-S. Kim¹, P. Eickholz²

¹ Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg

² Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Zielsetzung: Die zyklische Neutropenie ist eine Erkrankung aus der Gruppe der angeborenen Neutropenien. Die Neutrophilenzahlen verlaufen bei dieser Erkrankung zyklisch in einem regelmäßigen Anstieg und Abfall mit einer typischen Zykluslänge von 21 Tagen. Der Befunde, Therapiemaßnahmen und -ergebnisse bei 2 Patientinnen mit zyklischer Neutropenie werden dargestellt.

Material und Methode:

Eine 11-jährige Patientin mit zyklischer Neutropenie wurde im Mai 2004 von ihrem Kieferorthopäden wegen starker Zahnlockerung, sowie generalisiert massiver Entzündung der Gingiva überwiesen. Die Patientin klagt über immer wieder auftretende Aphten im gesamten Mundbereich, bei denen es gleichzeitig zu leichten Fieberschüben kommt. Eine zweite, ebenfalls 11-jährige Patientin wurde von ihrem Hauszahnarzt aufgrund Gingiva- und Mundschleimhautveränderungen bei bestehender zyklischer Neutropenie überwiesen. Nach Abklärung einer eventuell notwendigen Antibiotikaprophylaxe wurden bei beiden Patientinnen folgende klinischen Befunde erhoben: Sondierungstiefen (ST), Attachmentlevel (AL) an 6 Stellen/Zahn, Gingival Bleeding Index (GBI), Plaque Control Record (PCR), Bluten auf Sondieren (BOP) und Furkationsbefall. Bei der Patientin mit schwerer Parodontitis wurden an drei Zähnen subgingivale Plaqueproben zur mikrobiologischen Diagnostik entnommen. Bei dieser Patientin wurde eine systematische Parodontaltherapie durchgeführt (supragingivale professionelle Zahnreinigungen, Mundhygieneinstruktionen, antiinfektiöse Therapie nach dem Konzept der „Full-mouth-disinfection“ mit systemischer Antibiotikagabe. 3 Monate nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie wurden die klinischen Parameter reevaluiert.

Ergebnisse: Beide Patientinnen wiesen bei der Erstuntersuchung einen GBI, ein BOP und einen PCR von 100% auf. Die ST lagen bei der Patientin mit schwerer Parodontitis bei 3 bis 11 mm, AL bei 2 bis 10 mm. Furkationsbeteiligungen von Grad I an 1 Zahn, pathologische Zahnbeweglichkeiten fanden sich an 7 Zähnen. Es konnte ein Vorliegen von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* nachgewiesen werden. Die antiinfektiöse Therapie führte zu einer Verbesserung der klinischen Parameter. Die ST lagen nach der Therapie zwischen 2 bis 5 mm, lokalisiert an 2 Zähnen bis 8 mm, die AL bei 2 bis 10 mm, es lag weiterhin eine schlechte Mundhygiene vor: GBI und PCR von 100%. Diese Werte konnten in den nachfolgenden Sitzungen nur unwesentlich verbessert werden. Die ST der Patientin mit moderater Parodontitis lagen zwischen 2 bis 5 mm, Attachmentverluste zwischen 1 und 4 mm, auch bei ihr konnte nur eine mäßige Verbesserung der erhobenen Werte festgestellt werden.

Schlussfolgerung:

Aufgrund der zyklischen Neutropenie sind die Patientinnen in ihrer ersten Verteidigungslinie gegen die mikrobielle Exposition erheblich geschwächt. Dies hat entscheidend zur Entstehung der parodontalen Destruktionen beigetragen und kann die lokalisiert weit fortgeschrittenen Attachmentverluste erklären. Aufgrund der bestehenden zyklischen Neutropenie, die einer kritischen und regelmäßigen Überwachung des parodontalen Zustandes bedarf, der unzureichenden Mundhygiene und der mangelnden Compliance vor allem von Seiten der Erziehungsberechtigten sind weitere Attachmentverluste und letztendlich ein frühzeitiger Zahnverlust nicht zu verhindern.

TAGUNGSBERICHT

15. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.**Ästhetik in der Parodontologie - Wie schön kann und muss Zahnfleisch sein?**

Unbeeindruckt von winterlicher Witterung oder Streik der Lokführer, trafen sich am 17. November diesen Jahres über 250 Kolleginnen und Kollegen im Saal des Renaissance Hotels Leipzig um Antworten auf die Frage „Wie schön kann und muss Zahnfleisch sein?“ zu finden. Prof. Dr. Holger Jentsch, kommissarischer Direktor der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie der Universität Leipzig und Tagungspräsident sowie Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, erster Vorsitzender der NAGP e.V. und Leiter der Abteilung Parodontologie an der Universität Nijmegen, begrüßten die Teilnehmer zur Tagung über Aspekte der Ästhetik in der Parodontologie.

Die Rezession aus mikrobiologischer Sicht

Abb. 1 Vollbesetztes Auditorium mit Tagungsreferenten: Priv.-Doz. Dr. Sigrun Eick Universität Jena (rechts) und Dr. Filip Klein, Praxis an der Alten Oper, Frankfurt/Main (links) (Bild: Frau Dr. Regina Purschwitz, Universität Leipzig).

PD Dr. Sigrun Eick (Abb. 1), Universität Jena, referierte in ihrem Vortrag „Die Region der Rezession aus mikrobiologischer Sicht“ über die Bedeutung des bakteriellen Biofilms in der Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis und der Wurzelkaries. Sie

stellte heraus, dass an Zähnen, die Rezessionen aufweisen mit keiner besonderen Mikroflora zu rechnen ist. Auffällig sei jedoch eine hohe systemische und vermutlich auch lokale Immunreaktivität. Da im Rezessionsbereich Bakterien prädominieren, die vornehmlich mit der Wurzelkaries assoziiert sind, stehen antimikrobielle Maßnahmen zur Prävention und Therapie der Wurzelkaries bei Patienten mit Rezessionen im Vordergrund. Neben lokaler Fluoridierung kommt der chirurgischen Therapie Bedeutung zu. Dabei weist die adjunktive Verwendung von Schmelzmatrixproteinen auf Grund deren antibakterieller, antiinflammatorischer sowie antiapoptotischer Eigenschaften auch aus mikrobiologischer Sicht zusätzliche Vorteile auf. Der Einsatz von Chlorhexidin als antimikrobielle Maßnahme bei Wurzelkaries sollte auf Grund der mit der Konzentration ansteigenden Zytotoxizität auf vitale Gingivafibroblasten kritisch hinterfragt werden.

Ätiologie, Diagnostik und nicht chirurgische Möglichkeiten bei Patienten mit Rezessionen

TAGUNGSBERICHT



Abb.2 Referenten im Gespräch: Prof. Dr. Holger Jentsch kommissarischer Direktor der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie der Universität Leipzig und Tagungspräsident (rechts) und Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt am Main; links).
(Bild: Frau Dr. Regina Purschwitz, Universität Leipzig).

Prof. Dr. Holger Jentsch (Abb. 2), Universität Leipzig, machte in seinem Vortrag deutlich, dass die Entstehung einer Rezession oft Folge einer multifaktoriellen Pathogenese ist. Man sollte sich daher nicht von einem einzigen vermeintlich ursächlichen Faktor leiten lassen, sondern die möglichen ursächlichen und beeinflussenden Faktoren in die Diagnostik einbeziehen. Neben anatomischen Faktoren können Alterungsvorgänge am Parodont, falsche Putztechnik, destruktive Parodontalerkrankungen, aggressive kieferorthopädische Therapie, Operationen sowie intra- und periorale Piercings zur Manifestation einer Rezession führen. Die Diagnostik sollte sich an diesen Faktoren orientieren. Neben der Miller-Klassifikation sollte man in Hinblick auf die Therapie auch die Rezessionstiefe und -breite sowie die Papillenhöhe erfassen. Der Progressionsverlauf kann durch das jährliche Vermessen der Strecken zwischen Schneidekante, Schmelzzementgrenze, Gingivarand und Mukogingivallinie reproduzierbar beurteilt werden. Der Referent erläuterte detailliert nicht-chirurgische

Maßnahmen, welche auf die Vermeidung einer falschen Zahnputztechnik sowie auf Prävention und Therapie von Hypersensibilitäten, Wurzelkaries sowie erosiven Zahnhartsubstanzdefekten abzielen.

Chirurgische Kronenverlängerung

Dr. Klein (Abb. 1), Praxis an der Alten Oper, Frankfurt/Main, erläuterte anhand zahlreicher klinischer Fallbeispiele die Indikationen, Ziele, Grenzen und Risiken der chirurgischen Kronenverlängerung. Sehr anschaulich charakterisierte er die verschiedenen chirurgischen Verfahren, die dabei zur Anwendung kommen können. Die Breite der befestigten Gingiva und die Knochendicke sind die wichtigsten Faktoren, die das chirurgische Vorgehen bestimmen. Zur Erhaltung der parodontalen Gesundheit ist nach chirurgischer Kronenverlängerung eine Distanz von 3-4 mm zwischen Präparationsgrenze und Alveolarknochen anzustreben um die biologische Breite einzuhalten. Vor einer definitiven prothetischen Versorgung in ästhetisch kritischen Regionen empfahl Dr. Klein die Wundheilungszeit von 6 Wochen auf 3-6 Monate zu verlängern um optimale ästhetische Verhältnisse zu erzielen.

Rezessionsdeckung

Über die plastische Deckung parodontaler Rezessionen berichtete Prof. Dr. Ratka-Krüger, Universität Freiburg. Eine plastische Deckung von Rezessionen ist, neben ästhetischen Beweggründen seitens des Patienten, vorwiegend angezeigt, wenn ein „mukogingivales Problem“, d.h. eine ständige Traumatisierung, Schmerzen bzw. vermehrte Plaqueakkumulation im Rezessionsgebiet, vorliegt. Prof. Ratka-Krüger zeigte sehr übersichtlich die verschiedenen Verfahren zur Rezessionsdeckung, ihre Indikationen und Grenzen auf.

TAGUNGSBERICHT

Mit allen Verfahren sind bei Rezessionen der Miller-Klassen I und II mit einer initialen Rezessionstiefe unter 5 mm sehr gute ästhetische Ergebnisse zu erreichen. Verfahren mit Bindegewebstransplantaten sollten dabei favorisiert werden, da sie deutliche Vorteile in Bezug auf Gewinn an keratinisierter Gingiva, Wurzeldeckung, Ästhetik und Langzeitstabilität aufweisen. Sie präsentierte Langzeitergebnisse, die zeigen, dass auch bis zu 22 Jahre nach Rezessionsdeckung mit Bindegewebstransplantaten stabile Verhältnisse vorliegen. Die zusätzliche Verwendung von Emdogain® scheint die Erfolgsquote noch zu verbessern. Abschließend gab die Referentin einen Einblick in aktuelle Forschungstrends im Bereich der Rezessionsdeckungen.

Was ist Schönheit? - Veränderungen im Körperbild

Im Anschluss näherte sich der Kunstwissenschaftler Prof. Dr. Schulz von der Universität Leipzig dem Thema Ästhetik/Schönheit von einer ganz anderen Seite. Wie sind die kulturellen und wie die historischen Kontexte der Wahrnehmung von Schönheit? Monica Bellucci als modernes Beispiel für die unbekleidete Venus und Arnold Schwarzenegger als modernes Männlichkeitsideal waren Schlaglichter dieser Betrachtung. Prof. Schulz konnte dabei die Relativität von Ästhetik und die Veränderlichkeit von Ästhetikkonzepten eindrucksvoll herausarbeiten. Seine Überlegungen machten die Risiken deutlich, die lauern, wenn Zahnmedizin ästhetische Konzepte für Patienten realisieren soll.

Papillenrekonstruktion - Traum oder Realität?



Abb. 3 Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, erster Vorsitzender der NAGP e.V. und Leiter der Abteilung Parodontologie an der Universität Nijmegen.

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean (Abb. 3), Universität Nijmegen, Niederlande, widmete sich in seinem Vortrag den Möglichkeiten und Grenzen der Papillenrekonstruktion. Schon zu Beginn machte er deutlich, dass die vorhandene Evidenz zu dieser Thematik nur auf einzelne erfolgreiche Fallberichte aus der Literatur beschränkt ist. Es ist nur eingeschränkt möglich eine approximale Rezession der Miller-Klasse III zu decken, die Deckung einer Miller-Klasse IV ist nicht möglich bzw. nicht vorhersagbar. Anhand einzelner klinischer Fälle zeigte er, dass man oft nur mit einer Kombination parodontalchirurgischer, prothetischer und orthodontischer Behandlungsmaßnahmen akzeptable Erfolge erzielen kann. Der Abstand des Kontaktpunktes zum Knochen ist maßgebend für die Ausformung der Papille. Die Wiederherstellung des approximalen Kontaktpunktes kann so in Verbindung mit Parodontalchirurgie zu einer vollkommenen Ausfüllung des interpapillären Raumes führen. Die beste Therapie besteht darin, einen Papillenverlust durch frühzeitige Parodontitistherapie zu verhindern.

13 wissenschaftliche Arbeiten wurden auf der NAGP-Tagung als Poster präsentiert und konkurrierten um die mit 500 €, 300 € und 150 € dotierten NAGP-Förderpreise.

TAGUNGSBERICHT

Eine Jury aus Referenten der Tagung, die nicht an den Posterpräsentationen beteiligt waren, kam zu folgender Bewertung:

1. Preis:

Pretzl (Heidelberg), Eickholz (Frankfurt/Main):

Patientenbezogene Langzeitergebnisse 10 Jahre nach parodontaler Therapie

2. Preis:

Wohlfeil, Schacher, Wehner, Oremek, Sauer-Eppel, Eickholz (Frankfurt/Main)

Entzündungsparameter im Serum parodontal gesunder Probanden

3. Preis:

Krigrar, Kim (Heidelberg), Eickholz (Frankfurt/Main)

Lokalisierte moderate und schwere Parodontitis bei zyklischer Neutropenie - zwei Fallberichte

Möglichkeiten und Grenzen von

Zahnfleischepithesen

Nach der Preisverleihung sprach Prof. Dr. Eickholz (Abb. 2), Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, über Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung mit Zahnfleischepithesen. Gerade bei approximalen Rezessionen im Oberkieferfrontzahnbereich ist mit flexiblen Gingivaepithesen ein einfaches und gewebeschonendes Hilfsmittel gegeben, die Ästhetik zu verbessern. Prof. Eickholz schilderte anhand eigener Patientenfälle anschaulich und detailliert den Herstellungsprozess unter klinischen und labortechnischen Gesichtspunkten. Aus seiner Sicht haben sich Gingivaepithesen klinisch bewährt. Negative Einflüsse auf die Parodontien der versorgten Zähne konnten nicht nachgewiesen werden. Nur die Ver- bzw. Entfärbung des Epithesenkunststoffes können eine Neuanfertigung notwendig machen.

Die 14. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. findet am 24.05.2008 im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz statt und wird unter dem Thema „Risikopatienten in der Parodontologie“ stehen. Am 15.11.2008 wird dann die 16. Jahrestagung zum Thema „Parodontale Regeneration - Gestern und heute“ in Nijmegen in den Niederlanden stattfinden.

Holger Jentsch,
 Funktionsbereich Parodontologie
 Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Universitätsklinikum Leipzig
 Nürnberger Str. 57
 04103 Leipzig

TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN I



**16. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE
AM BUNDESWEHRZENTRALKRANKENHAUS KOBLENZ UND
14. FRÜHJAHRSTAGUNG
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE
AM 24.05.2008**

RISIKOPATIENTEN IN DER PARODONTOLOGIE

- 9.³⁰ Uhr** **BEGRÜßUNG**
Zahnärztlicher Dienst der Bundeswehr
Bezirkszahnärztekammer Koblenz
Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
- 10.⁰⁰ Uhr** **WAS IST EIN DENTOGENER FOCUS?
SYSTEMATISCHE PARODONTALTHERAPIE BEI HERZ-KREISLAUF-ERKRAN-
KUNGEN UND ENDOCARDITISRISIKO**
Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger,
Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz
- 10.⁴⁵ Uhr** **KAFFEPAUSE**
- 11.¹⁵ Uhr** **THERAPIEKONZEPTE BEI DIABETIKERN UND STARK ÜBERGEWICHTIGEN PATIEN-
TEN MIT PARODONTITIS**
OFA Dr. Jochen Weyer, Eckernförde
- 11.⁴⁵ Uhr** **RAUCHEN UND PARODONTITIS - EIN RAUCHENTWÖHNUNGSPROGRAMM FÜR DIE
LANGZEITSTABILE PARODONTALTHERAPIE IN DER PRAXIS**
Oberfeldarzt d.R. Dr. Gregor Gutsche, Koblenz
- 12.¹⁵ Uhr** **MITTAGSPAUSE**
- 13.¹⁵ Uhr** **FRAUEN UND PARODONTITIS**
Oberstabsarzt Alexandra Rist,
Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz
- 13.³⁰ Uhr** **KONSERVATIVE PARODONTALTHERAPIE MIT SYSTEMISCHER ANTIBIOTIKAGABE
BEI AGGRESSIVER PARODONTITIS**
Oberstabsarzt d.R. Prof. Dr. Peter Eickholz,
Poliklinik für Parodontologie, Universitätsklinikum Frankfurt a.M.
- 14.¹⁵ Uhr** **KAFFEPAUSE**
- 14.⁴⁵ Uhr** **REGENERATIVE PARODONTALTHERAPIE BEI AGGRESSIVER PARODONTITIS ODER
GENETISCHEM PARODONTITISRISIKO**
Prof. Dr. Dr. Anton Sculean M.S.,
Vorsitzender der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Abteilung für Parodontologie, Universitätsklinikum Nijmegen
- 15.³⁰ Uhr** **RISIKOORIENTIERTE PARODONTITISTHERAPIE IN DER NIEDERGELASSENEN PA-
RODONTOLOGISCHEN PRAXIS -
ORGANISATIONS- UND ABRECHNUNGSHINWEISE**
Dr. Eva Streletz, Heusenstamm
- 16.⁰⁰ Uhr** **PODIUMSDISKUSSION UND VERABSCHIEDUNG**
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN II



REGENERATIVE PARODONTALTHERAPIE GESTERN UND HEUTE

16. JAHRESTAGUNG
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)

NIJMEGEN, 15.11.2008

Vorläufiges Programm:

- 9.⁰⁰ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. Dr. Anton Sculean M.S., Universität Nijmegen
1. Vorsitzender der NAGP e.V.
- 9.¹⁵ UHR PARODONTALE WUNDHEILUNG UND REGENERATION**
Prof. Dr. Dr. Anton Sculean M.S., Universität Nijmegen
- 10.⁰⁰ UHR LAPPENTECHNIKEN UND BEGRIFFSDEFINITIONEN**
Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger, Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz
- 10.³⁰ UHR PAUSE**
- 11.⁰⁰ UHR EINSATZ VON KNOCHENERSATZMATERIALIEN IN DER REGENERATIVEN PARODONTALTHERAPIE**
Prof. Dr. Michael Christgau, Düsseldorf
- 11.⁴⁵ UHR LANGZEITERGEBNISSE NACH BEHANDLUNG INFRAALVEOLAERER DEFEKTE**
Prof. Dr. Peter Eickholz, Universität Frankfurt
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- 14.⁰⁰ UHR LANGZEITERGEBNISSE NACH BEHANDLUNG VON FURKATIONSDEFEKTEN**
Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Bonn
- 14.⁴⁵ UHR REGENERATIVE REZESSIONSBEHANDLUNG**
PD Dr. Stefan Hägewald, Berlin
- 15.³⁰ UHR PAUSE**
- 16.⁰⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.¹⁵ UHR INTEGRATION REGENERATIVER PARODONTALTHERAPIE IN DER PRAXIS**
Dr. Frank Bröseler & Dr. Christina Tietmann, Aachen
- 17.⁰⁰ UHR DISKUSSION**
- 17.³⁰ UHR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER NAGP E.V.**
- 20.⁰⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND**

8 FORBILDUNGSPUNKTE, ANMELDESCHLUSS IST DER 14.10.2008

ORGANISATION UND ANMELDUNG:

NAGP E.V.
DR. EVA STRELETZ

Kolpingstr. 3
63150 Heusenstamm

☎ 0 61 04 / 36 96
FAX 0 61 04 / 38 38

EMAIL: Dr.Streletz@t-online.de
INTERNET: www.nagp.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz
Beirat: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean MS, Prof. Dr. Peter Eickholz,
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

