

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	33
EDITORIAL:	
Holland in Not	34
TAGUNGSBERICHT	
16. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz mit der 14. Frühjahrs- tagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie: Risikopatienten in der Parodontologie	35
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2007 - TEIL 3	
Baron, Wohlfeil, Roßberg, Schacher, Arndt, Eickholz: Tannerella forsythia als Indikator für aggressive Parodontitis	39
Krieger, Krigar, Kim Eickholz: Schwere Parodontitis bei familiärem Mittelmeerfieber: Symptom oder Koinzidenz?	40
Zehaczek, Kim: Kasuistik: Schwere Parodontitis bei lymphomatoider Granulomatose assoziiert mit einem Immun- defekt mit Hypogammaglobulinämie	41
TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN:	
Regenerative Parodontaltherapie gestern und heute 16. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP) am 15.11.2008 in Nijmegen	42
"Dentinhypersensibilität und freiliegender Zahnhals, Ursachen und therapeutische Möglichkeiten" 17. Symposium Parodontologie BwZKrhs Koblenz und 15. Frühjahrstagung der Neuen Arbeits- gruppe Parodontologie e.V. am 24./25.04.2009 in Koblenz	43
IMPRESSUM	44

EDITORIAL

Holland in Not

Wir waren so stolz: Die Tagung in Nijmegen sollte ein Highlight werden. Nijmegen liegt direkt hinter der holländischen Grenze, ist also für die Leute aus Nordwestdeutschland vor der Haustür, die Aula der Universität ist als Tagungsort ein Traum, der beste Caterer unserer Vereinsgeschichte hatte zugesagt, und die Referenten gehören zur Creme der deutschen Parodontologie. Da kann doch gar nichts mehr schief gehen - oder?

In den letzten Jahren waren die Jahrestagungen der NAGP immer sehr gut besucht: Zwischen 250 und 350 Teilnehmer besuchten die Fortbildungen in Heidelberg, Mainz, Frankfurt und Leipzig.

Die Resonanz, die beim Vorstand ankam, war durchweg positiv - Organisation und Inhalt wurden gelobt, nur in Mainz gab es Kritik wegen mangelnder Sitzplätze.

Nach mehreren solchen Jahren ist man zugegebenermaßen erfolgsverwöhnt - daher rechneten wir auch für Nijmegen mit reger Teilnahme. Das Erfolgsrezept war nicht verändert: Das Preis-Leistungsverhältnis, wie es einmal ein Teilnehmer ausdrückte, stimmt - für 80 bzw. 170 Euro erhält man 8 Punkte, hochkarätige Referenten und gutes Essen.

Stell Dir vor, es ist Tagung, und keiner geht hin ...?

Die Fingernägel in der Geschäftsstelle sind inzwischen sehr abgekaut, und wir müssen uns langsam mit dem Gedanken anfreunden, die Tagung abzusagen, weil sich kaum

Kollegen anmelden. Wir haben die Verantwortung für die Verwendung der Mitgliedsbeiträge. Ehe wir ein nicht zu stopfendes Loch in die Vereinskasse reißen, müssen wir die Notbremse ziehen.

Nun geht natürlich das Grübeln los: Was ist der Grund für das Desinteresse? Liegt es am Veranstaltungsort, am Termin, am Tagungsthema oder gibt es noch Faktoren, von denen wir gar nichts geahnt haben?

Liebe Mitglieder, bitte helfen Sie uns bei der Suche nach den Ursachen, damit wir in Zukunft wieder erfolgreiche Tagungen organisieren können. Schreiben Sie uns, was Sie in diesem Jahr gehindert hat, teilzunehmen. Auf der Homepage www.nagp.de haben wir ein Gästebuch eingerichtet, in das Sie Ihre Beiträge schreiben können, aber Sie können uns auch gerne schreiben oder faxen: Siehe Impressum.

Wir freuen uns über jede Mitteilung, denn uns liegt dieser Verein sehr am Herzen.



Prof. Dr. Dr. Anton Sculean MS
1. Vorsitzender der NAGP e.V.



Prof. Dr. Peter Eickholz
2. Vorsitzender der NAGP e.V.



Dr. Beate Schacher
Schriftführerin der NAGP e.V.



Dr. Eva Streletz
Kassenführerin der NAGP e.V.

TAGUNGSBERICHT

Risikopatienten in der Parodontologie

OFA Dr. Thomas Eger,
Abt VIIA - Fachzahnärztliche Ambulanz Parodontologie,
Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz,
Rübenacherstr. 170, 56072 Koblenz

Dr. Beate Schacher,
Poliklinik für Parodontologie,
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Am 24. Mai 2008 trafen sich erneut über 120 Sanitätsoffiziere und interessierte zivile Zahnärzte (Abb. 1) zur größten parodontologischen Fortbildungsveranstaltung des Zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr und der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz: das 16. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz mit der 14. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP e.V.).



Abb. 1 Über 120 Sanitätsoffiziere und interessierte zivile Zahnärzte trafen sich zur größten parodontologischen Fortbildungsveranstaltung des Zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr und der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz in Koblenz.

Begrüßt wurde das Auditorium durch die einleitenden Worte von *Oberstarzt Dr. Kollmann*, Kommandozahnarzt des Sanitätskommandos II aus Diez, und von *Prof. Dr. Eickholz*, Direktor der Poliklinik für Parodontologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main und 2. Vorsitzender der NAGP e.V., die wiederum die Initiatoren dieser Tagung vertraten, sowie von *Frau Dr.*

Brecht-Hemeyer, Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Koblenz, die an dieser Stelle die erfolgreiche 11-jährige Zusammenarbeit mit dem Bundeswehrzentral Krankenhaus, vor allem in der Aus- und Fortbildung der Zahnärzte, Zahnmedizinischen Fachangestellten und Fachassistentinnen sowie Dental-Hygienikerinnen hervorhob (Abb. 2).

TAGUNGSBERICHT



Abb. 2 Referenten und Repräsentanten des 16. Symposiums Parodontologie: (von links) Oberstarzt Dr. Kollmann (Kommandozahnarzt des Sanitätskommandos II), Oberfeldarzt Dr. Jochen Weyer (Bundeswehrkrankenhaus Berlin), Oberfeldarzt d.R. Dr. Gregor Gutsche (Koblenz), Dr. Eva Streletz (Heusenstamm), Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger (Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz), Frau Dr. Brecht-Hemeyer (Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Koblenz), PD Dr. Stephan Häge-wald (Berlin), Prof. Dr. Eickholz (Direktor der Poliklinik für Parodontologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main und 2. Vorsitzender der NAGP e.V.).

Was ist ein dentogener Focus?

Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger aus dem Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz (Abb. 2) (Chefarzt: Generalarzt Dr. C. Veit) stellt zunächst die historische Entwicklung der Begriffe „dentogener Focus“ und „Herdgeschehen“ dar. Radikale Zahnextraktionen zur Vermeidung von Vergiftungserscheinungen aufgrund wurzelkanalbehandelter oder parodontal erkrankter Zähne, wie sie erstmalig im Jahre 1913 publiziert wurden, gehören Dank des besseren Verständnisses der Ätiologie und Pathogenese und teilweise gegenseitigen Beeinflussung von kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes und Parodontitis sowie der Weiterentwicklung antiinfektiöser Behandlungsmöglichkeiten in der Zahnheilkunde weitgehend der Vergangenheit an.

Mittels verschiedener Fallbeispiele von Soldatenpatienten aller Dienstgrad- und Altersgruppen, deren Parodontitis- und/oder Periimplantitis-Progression bei bestehenden schweren Allgemeinerkrankungen zu multiplen Zahn- bzw. Implantatverlusten

führte, wurden die Zuhörer auf die Bedeutung systemischer Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung, Osteoporose, Tumorerkrankungen und deren medikamentöse Therapie, hingewiesen. Die frühzeitige Erkennung einer Parodontitis anhand des Parodontalen Screening Index (PSI) sowie anhand von Röntgenbildern ist Grundlage der Vermeidung von Zahnverlust. Eine parodontologische Diagnostik ist jedem Zahnarzt nach dem Studium möglich. Nach curricularer Fortbildung ist ein Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt in der Lage, einfache Parodontalerkrankungen, z.B. auch bei bestehendem Endokarditisrisiko, erfolgreich ohne Zahnverlust zu behandeln. Fachzahnärzte und Spezialisten mit dreijähriger Vollzeitweiterbildung sind befähigt, komplexe Fälle umfassend zu therapieren, insbesondere wenn es sich um Patienten mit aggressiver Parodontitis, schwerer, gar rezidivierender chronischer Parodontitis, Periimplantitis oder endoparodontalen Problemen handelt oder um Patienten mit allgemeinmedizinischen Risiken, wie z.B. Diabetes mellitus, Zustand nach

TAGUNGSBERICHT

Herzklappenoperation oder Tumoroperation. Auch in der Schwangerschaft sind jederzeit Zahnreinigungen möglich. Das 2. Trimenon allerdings eignet sich besonders zur Parodontitistherapie, um risikobehaftete Frühgeburten zu vermeiden.

Langzeit-Therapieergebnisse von zehn Jahren ohne weiteren Zahnverlust bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen und Parodontitis verdeutlichten allen Anwesenden die Komplexität des Themas und hoben den Stellenwert der Parodontaltherapie im Hinblick auf die Reduktion allgemeinmedizinischer Risikofaktoren hervor. Der weitere Tagungsverlauf sollte dies noch unterstreichen.

Rauchen und Parodontitis

Oberfeldarzt d.R. Dr. Gregor Gutsche (Abb. 2) aus Koblenz, berichtete in seinem Vortrag über ein Raucherentwöhnungsprogramm für die Praxis. Dabei kommt der Tabaksubstitution durch Nikotinersatzpräparate neben der individualtherapeutischen psychologischen Heranführung und persönlichen Willensentscheidung zum Rauchstopp der Patienten große Bedeutung zu. Die Raucherentwöhnung kann in den Ablauf einer systematischen Parodontaltherapie integriert werden und führt bei dauerhaftem selbstbestimmtem Tabakverzicht zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse sowie zur Vermeidung von Zahnextraktionen und ermöglicht damit eine kostengünstigere zahnmedizinische Versorgung.

Therapiekonzepte bei Diabetikern und stark übergewichtigen Patienten mit Parodontitis

Oberfeldarzt Dr. Jochen Weyer (Abb. 2) vom Bundeswehrkrankenhaus Berlin stellte heraus, dass neben Blutzucker- und Gewichtskontrolle sowie regulärer Einnahme der jeweiligen Medikation eine engmaschi-

ge unterstützende Parodontitistherapie entscheidend für den Therapieerfolg ist. Der Referent erläuterte die wechselseitige Beeinflussung der diabetischen Stoffwechsellage und der parodontalen Situation und machte auf die notwendige Berücksichtigung allgemeinmedizinischer Belange (Antibiotika-Prophylaxe, ungestörte postoperative Nahrungsaufnahme) bei der Behandlung von Diabetikern aufmerksam.

Konservative Parodontaltherapie mit systemischer Antibiotikagabe bei aggressiver Parodontitis

Oberstabsarzt d.R. Prof. Dr. Peter Eickholz (Abb. 2) aus Frankfurt am Main konnte eindrucksvoll zeigen, dass auch früh einsetzende und/oder rasch fortschreitende Formen der Parodontitis bei möglicherweise genetischer Disposition nicht zum Zahnverlust führen müssen. Voraussetzungen sind eine adäquate (auch mikrobiologische) Diagnostik, eine nichtchirurgische mechanische Therapie, ggf. in Kombination mit systemischer Antibiotikagabe, und eine konsequente Nachsorgetherapie bei möglichst guter Patientencompliance.

Regenerative Parodontaltherapie bei aggressiver Parodontitis oder genetischem Parodontitisrisiko

Parodontalchirurgische Behandlungsmöglichkeiten waren das Thema von *PD Dr. Stephan Hägewald* (Abb. 2) aus Berlin. Sofern ortsständige gesunde Zellen vorhanden sind, kann eine Steuerung der parodontalen Regeneration durch Einsatz von Membranen, Schmelzmatrixproteinen, Wachstumsfaktoren oder Knochen bzw. Knochenersatzmaterialien erfolgen. Neben der Defektmorphologie sind eine gute Mundhygiene des Patienten und bereits präoperativ entzündungsfreie Gewebe ausschlaggebend für den Erfolg.

TAGUNGSBERICHT

Risikoorientierte Parodontitistherapie in der niedergelassenen parodontologischen Praxis

Zum Abschluss der Tagung, erhielten die Teilnehmer eine Vielzahl von Organisations- und Abrechnungshinweisen durch *Dr. Eva Streletz* (Abb. 2) aus Heusenstamm, die mit ihrer humorvollen Art, auch bei einem solch ernsten Thema und am Ende eines langen, aber hoch informativen Veranstaltungstages, die Zuhörer zu fesseln wusste und zur kollegialen und offenen Zusammenarbeit von Medizinern, Zahnmedizinern und Pflegepersonal aufrief, um gerade auch bei Risikopatienten langfristigen Zahnerhalt zu ermöglichen.

Am Ende konnten die Teilnehmer auf äußerst interessante Beiträge zurückblicken, die viele Fragen beantworteten und zur

Diskussion anregen, sowie auf eine Tagung, die, über die reine Fortbildung hinaus, durch eine kollegiale und freundschaftliche Atmosphäre geprägt war.

Freunde der Parodontologie können sich schon heute auf die weitere erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätskommando II, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz, der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP e.V.) und der Bezirkszahnärztekammer Koblenz freuen, die einem kundigen und interessierten Auditorium am 25.04.2009 mit dem 17. Symposium Parodontologie eine Fortsetzung dieser Veranstaltungsreihe unter dem Thema **„Dentinhypersensibilität, Ursachen und Therapie einer Zivilisationskrankheit?“** bescheren wird.

ABSTRACTS I**Tannerella forsythia als Indikator für aggressive Parodontitis****Baron F*, Wohlfeil M, Roßberg M, Schacher B, Arndt R, Eickholz P**

Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum) des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Zielsetzung:

Vergleich der subgingivale Mikroflora bei aggressiver und generalisiert schwerer chronischer Parodontitis.

Material und Methode:

Bei 60 Patienten (33 weiblich) mit aggressiver (AgP: 30) und generalisiert schwerer chronischer (ChP: 30) Parodontitis wurde aus den 4 parodontalen Taschen mit den höchsten Sondierungstiefen subgingivale Plaque entnommen. Zwei sterile Papierspitzen wurden gleichzeitig in die parodontalen Taschen inseriert. Jeweils eine Papierspitze aus jeder Tasche wurde in einem separaten Transportgefäß verschlossen, die zweite wurde (MT4) mit den 3 anderen Papierspitzen des jeweiligen Patienten gepoolt. Der Inhalt jedes Gefäßes wurde auf das Vorliegen von *Tannerella forsythia* (TF) mit einem von 2 kommerziellen Tests ausgewertet (RNS-Sondentest oder real time PCR).

Ergebnisse:

Die Nachweishäufigkeit für TF lag bei AgP und ChP < 95%. Es waren keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Allerdings waren die logarithmierten Bakterienzahlen von TF bei ChP höher als bei AgP. Der Nachweis von TF als diagnostischer Test für AgP hat eine Sensitivität von 97% bei einem positiven Vorhersagewert von 49%. Spezifität und negativer Vorhersagewert lagen bei 0%.

Schlussfolgerung:

TF wurde in einer geringeren Bakterienzahl aber gleicher Häufigkeit bei AgP im Vergleich zu generalisiert schwerer ChP nachgewiesen. Der Nachweis von TF eignet sich nicht als diagnostischer Test für AgP aufgrund der hohen Prävalenz von TF sowohl bei AgP als auch bei generalisiert schwerer ChP.

ABSTRACTS II

Schwere Parodontitis bei familiärem Mittelmeerfieber: Symptom oder Koinzidenz?

J.K. Krieger¹, 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:

Darstellung der Befunde, Therapiemaßnahmen und -ergebnisse bei einem Patienten mit familiärem Mittelmeerfieber (FMF).

Material und Methode:

Ein 23-jähriger Patient mit familiärem Mittelmeerfieber (FMF) und Sicca-Syndrom wurde aufgrund von medikamentös induzierter (Cs-A) Gingivawucherung nach Nierentransplantation überwiesen. Folgende klinische Befunde wurden erhoben: Sondierungstiefen (ST), Attachmentlevel (AL) an 6 Stellen/Zahn, Gingival Bleeding Index (GBI), Plaque Control Record (PCR), Bluten auf Sondieren (BOP) und Furkationsbefall. Es wurden ein Orthopantomogramm (OPT) angefertigt und an drei Zähnen subgingivale Plaqueproben zur mikrobiologischen Diagnostik mittels molekularbiologischem RNS-Sonden-Test entnommen. Bei dem Patienten wurde eine systematische Parodontalthherapie durchgeführt. Diese beinhaltete supragingivale professionelle Zahnreinigungen und Mundhygieneinstruktionen. Im Anschluss erfolgte die antiinfektiöse Therapie nach dem Konzept der „Full-mouth-disinfection“. 3 Monate nach Abschluss der aktiven Parodontalthherapie wurden die klinischen Parameter reevaluiert. Zur Abklärung des aktuellen wissenschaftlichen Standes bezüglich eines möglichen Zusammenhanges zwischen FMF und Parodontalerkrankungen, wurde eine Literaturrecherche in der Medline-Datenbank durchgeführt.

Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung lag bei dem Patienten, dem Sicca-Syndrom entsprechend, ein reduzierter Speichelfluss vor. Es fanden sich ein GBI von 100 %, ein PCR von 48 %, ein BOP von 92 %, Sondierungstiefen von 1 bis 9 mm, Attachmentverluste von 2 bis 13 mm, Furkationsbeteiligungen von Grad I an 5 Zähnen, pathologische Zahnbeweglichkeiten von Grad I an 4, von Grad II an 2 Zähnen, sowie eine Wucherung der vestibulären marginalen Gingiva in regio 23-26 sowie in regio 33. Durch die mikrobiologische Untersuchung konnte ein Vorliegen von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) nicht nachgewiesen werden.

Die antiinfektiöse Therapie führte zu einer deutlichen Verbesserung der klinischen Parameter. Die Sondierungstiefen lagen nach der Therapie zwischen 1 und 3 mm, lokalisiert an 2 Zähnen bis 4 mm, die Attachmentlevel bei 2 bis 6 mm, es lag ein BOP von 16 %, ein GBI von 5 % und ein PCR von 31 % vor. Weiterhin kam es zu einer deutlichen Reduktion der pathologischen Zahnbeweglichkeiten sowie zu einer vollständigen Remission der Gingivawucherungen.

Nach definierten Einschlusskriterien ergab die Literaturrecherche in einem Fall einen Zusammenhang von FMF zu Parodontalerkrankungen (Akopian 1998).

Schlussfolgerung:

Bei FMF liegt eine gestörte Regulation von IL-1 β vor. Das Standardmedikament in der FMF-Therapie ist Colchicin, das zu einer Hemmung der neutrophilen Granulozyten führt. Es erscheint daher plausibel, dass bei FMF-Patienten ein stark erhöhtes Parodontitisrisiko besteht. Es bedarf einer intensiven parodontologischen Betreuung sowie, bei Ausprägung weiterer Erkrankungen, einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den jeweilig zuständigen Behandlern. Zur genauen Klärung eines Zusammenhanges bedarf es weiterer Untersuchungen.

ABSTRACTS III**Kasuistik: Schwere Parodontitis bei lymphomatoider Granulomatose assoziiert mit einem Immundefekt mit Hypogammaglobulinämie**

Zehaczek S, Kim TS

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

Zielsetzung:

Darstellung der Befunde, Therapiemaßnahmen, -verlauf und -ergebnisse bei einer Patientin mit lymphomatoider Granulomatose assoziiert mit einem Immundefekt mit Hypogammaglobulinämie.

Material und Methode:

Eine 55-jährige Patientin wurde nach beidseitiger Tonsillektomie mit ausgeprägten Wundheilungsstörungen, schmerzhaften Ulzerationen der marginalen Gingiva, der Gaumen- und Zungenschleimhaut sowie stark reduziertem Allgemeinzustand überwiesen. Unter Lokalanästhesie erfolgte ein supra- und subgingivales Debridement. Es wurde zusätzlich die Einnahme von 3 x täglich 250 mg Metronidazol für 5 Tage sowie eine 2 x tägliche Mundspülung mit Chlorhexidinlösung 0,2% verordnet. Die Patientin wurde zum Ausschluss infektiöser und hämatologischer Erkrankungen an einen Internisten überwiesen. Nach mäßiger Besserung der Beschwerden wurden Probeentnahmen von Gaumen- und Zungenschleimhaut zur histologischen Untersuchung durchgeführt. Es wurden die klinischen Parameter Sondierungstiefen (ST), Attachmentlevel (AL) an 6 Stellen/Zahn, Lockerungsgrade, Bluten auf Sondieren (BOP) sowie Furkationsbefall erhoben. Desweiteren wurde ein Orthopantomogramm (OPT) angefertigt. Im weiteren Verlauf wurden regelmäßig professionelle Zahnreinigungen durchgeführt, eine Reevaluation der Befunde fand 6 Monate nach subgingivalem Scaling statt.

Ergebnisse:

Bei der Patientin wurde eine lymphomatoide Granulomatose assoziiert mit einem Immundefekt mit Hypogammaglobulinämie diagnostiziert. Es fanden sich initial Sondierungstiefen von 1-9 mm, Attachmentverluste von 4-11 mm sowie ein BOP von 90%. Pathologische Zahnbeweglichkeiten I. Grades fanden sich an 6 Zähnen, II. Grades an 7 Zähnen und III. Grades an 7 Zähnen. Furkationsbeteiligungen I. Grades fanden sich an 3 Zähnen.

Die antiinfektiöse Therapie führte zu einer Besserung der klinischen Parameter. Die Sondierungstiefen lagen nach Therapie zwischen 1-3 mm, lokalisiert an einem Zahn bei 4 mm. Die Attachmentlevel blieben weitgehend unverändert. Der BOP lag bei 28%. Die pathologischen Zahnbeweglichkeiten blieben unverändert.

Die oralen Ulzerationen erwiesen sich zunächst als äußerst therapieresistent. Die Patientin musste zwischenzeitlich mit einer PEG-Magensonde ernährt werden. Mit Beginn einer systemischen Cortisontherapie, Polychemotherapie sowie Immunglobulinsubstitution konnten die Beschwerden deutlich gemindert werden. Eine vollständige Remission wurde nicht erreicht.

Schlussfolgerung:

Parodontitis als Manifestation einer lymphomatoiden Granulomatose assoziiert mit einem Immundefekt mit Hypogammaglobulinämie erwies sich sowohl in Diagnostik als auch in Therapie als schwierig. Für einen akzeptablen Behandlungserfolg scheinen Früherkennung und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Internisten, Hämatologen, Pathologen und Parodontologen ausschlaggebend. Zu einer genauen Klärung des Zusammenhangs zwischen Parodontitis und lymphomatoider Granulomatose bei Hypogammaglobulinämie bedarf es weiterer Untersuchungen.

TAGUNGSANKÜNDIGUNG I



REGENERATIVE PARODONTALTHERAPIE GESTERN UND HEUTE

16. JAHRESTAGUNG

DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)

NIJMEGEN (AN DER DEUTSCH-NIEDERLÄNDISCHEN GRENZE), 15.11.2008

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 IM CHALET BRAKKESTEIN IN NIJMEGEN**

8 FORBILDUNGSPUNKTE, ANMELDESCHLUSS IST DER 14.10.2008

ORGANISATION UND ANMELDUNG:

NAGP E.V. Kolpingstr. 3
DR. EVA STRELETZ 63150 Heusenstamm

☎ 0 61 04 / 36 96
FAX 0 61 04 / 38 38

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

TAGUNGSANKÜNDIGUNG II


„DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND FREILIEGENDER ZAHNHALS, URSACHEN UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

**17. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE BWZKRHS KOBLENZ UND
15. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)**

VORKONGRESSKURS 24.04.2009

- 16.⁰⁰ UHR** **SCHWEINEKIEFERKURS ZU ENTNAHMETECHNIKEN FÜR SCHLEIMHAUTTRANSPLANTAT UND BINDEGEWEBSTRANSPLANTAT**
Dr. Beate Schacher
OTA Dr. Thomas Eger


„DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND FREILIEGENDER ZAHNHALS, URSACHEN UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

**17. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE BWZKRHS KOBLENZ UND
15. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)**

HAUPTKONGRESSKURS 25.04.2009

- 9.³⁰ UHR** **BEGRÜßUNG**
Bundeswehr
NAGP
Bezirksärztekammer
- 10.⁰⁰ UHR** **URSACHEN VON REZESSIONEN, KEILFÖRMIGEN DEFEKTEN, EROSIONEN UND DENTINHYPERSENSIBILITÄT**
OTA Dr. Th. Eger
- 10.³⁰ UHR** **MEDIKAMENTÖSE UND KONSERVIERENDE THERAPIEMÖGLICHKEITEN DER DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND EROSIONEN**
Prof. Dr. N. Arweiler
- 11.⁰⁰ UHR** **PAUSE**
- 11.³⁰ UHR** **HISTORISCHE ENTWICKLUNG VON CHIRURGISCHEN THERAPIEVERFAHREN ZUR REZESSIONSDECKUNG**
Prof. Dr. H. Jentsch
- 12.⁰⁰ UHR** **LANGZEITERGEBNISSE NACH REZESSIONSDECKUNG MIT BINDEGEWEBSTRANSPLANTATEN**
Dr. K. Himmer, Prof. Dr. P. Eickholz
- 12.³⁰ UHR** **MITTAGSPAUSE**
- 13.⁰⁰ UHR** **REZESSIONSDECKUNGEN MITTELS GTR**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean MS
- 16.⁰⁰ UHR** **ORGANISATIONS- UND ABRECHNUNGSHINWEISE ZUR PLASTISCHEN PARODONTALTHERAPIE**
Dr. E. Streletz
- PODIUMSDISKUSSION**

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