

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	45
EDITORIAL:	
Prinzip Hoffnung	46
ORIGINALARTIKEL I	
Sculean, Rathe: Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie	47
ORIGINALARTIKEL II	
Gutsche: Wo der Weg lang geht! Kassen gegen die Anerkennung von Tabaksucht als Krankheit	55
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2007 - TEIL 4	
Jenzsch, Jentsch: Erfolge bei der Therapie einer schweren generalisierten aggressiven Parodontitis	57
Arndt: Instrumentenhygiene in der Parodontologie	58
TAGUNGSANKÜNDIGUNG:	
"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	59
IMPRESSUM	60

EDITORIAL

Prinzip Hoffnung

OK, Obama ist gewählt. „The change has come to America“ - mal sehen, ob auch zum Rest der Welt und der Wirtschaft. Spannend wird es werden, zu sehen, wie lange der Mann seine Wahl überlebt - vielversprechende Präsidenten verfügen im Land der unbegrenzten Möglichkeiten ja nicht unbedingt über eine hohe Lebenserwartung ...

Hier in Hessen fand die Wahl zum Wechsel dann doch nicht statt, weil einen Tag vor Ultimo vier Abgeordnete ihr Gewissen „entdeckt“ haben, das während sämtlicher Vorgespräche anscheinend fest geschlummert hatte. Böse Gerüchte über Bestechung seitens der Energie-Lobby sind natürlich völlig aus der Luft gegriffen ...

Es gilt das Prinzip Groschenroman: Wenn sie ganz am Anfang miteinander reden würden, wäre das ganze Buch unnötig. Parteitage dreier Parteien, Koalitionsverhandlungen, Sitzungen ... alles für die Katz - der Steuerzahler freut sich und berappt. Wenn wir Selbständigen so arbeiten würden, wären wir pleite. Andererseits könnten wir unserer Lieblingsfeindin Ulla ja keine größere Freude machen ...

Die Hoffnung auf den Wechsel in Hessen ist also erstmal dahin, jetzt hofft man auf klarere Verhältnisse nach Neuwahlen, und die SPD hofft, die 5-Prozent-Hürde zu

meistern. Wie sagte Müntefering nach seinem Comeback: „Nach der Wahl werden sich viele sehr wundern“. Vor allem in der eigenen Partei anscheinend.

I have a dream: Wenn es doch in der SPD Mode ist, ohne Rücksicht auf kostenintensive Vorarbeit im letzten Moment „zur Vernunft zu kommen“: Vielleicht entdeckt ja auch Ullala last minute ihr Gewissen, schießt den Gesundheitsfonds, die neue GOZ und die e-card in den Wind und setzt sich mit Vertretern von Ärzten und Zahnärzten an einen Tisch, um eine vernünftige Lösung zu entwickeln ...?

Die Hoffnung stirbt zuletzt.

Ich grüße herzlich aus Utopia und wünsche allen ein budgetfreies Jahresende, besinnliche Feiertage und einen hoffnungsvollen Start ins Neue Jahr!

Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL I

Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie

Anton Sculean und Florian Rathe

Schlüsselwörter:

Rezessionen, Klassifikation, Indikation, plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie

Zusammenfassung

Rezessionen können sowohl bei guter als auch bei schlechter Mundhygiene entstehen. Sie stellen häufig für die Patienten ein ästhetisches Problem dar, oder gehen mit Überempfindlichkeiten der Zahnhäse einher, was gleichzeitig die beiden Hauptindikationen für deren Behandlung darstellt. Die Rezessionsklassifikation nach Miller teilt die Defekte entsprechend deren Behandlungsprognose ein. So kann bei Rezessionen der Klassen I und II eine vollständige Rezessionsdeckung, bei Klasse III und IV Defekten nur eine unvollständige bzw. überhaupt keine Deckung erwartet werden. In dem Artikel wird eine Übersicht über verschiedene Operationstechniken gegeben. Außerdem wird auf die zu erwartenden Ergebnisse und Langzeitprognosen der verschiedenen Techniken eingegangen.

Laut Definition handelt es sich bei Rezessionen um eine apikale Lokalisation des Gingivasaums in Bezug auf die Schmelzementgrenze, wodurch es zu einer Exposition des Wurzelzementes kommt. Rezessionen entstehen sowohl bei guter als auch bei schlechter Mundhygiene.

Ätiologie

Bei der Ätiologie von Rezessionen unterscheidet man zwischen anatomischen Anomalien und äußeren Einflüssen.

Anatomische Anomalien umfassen prominente Wurzeln im Zahnbogen, bedingt z. B. durch ektopischen Zahndurchbruch oder labialer Achsneigung der Zähne, was zu dünnen bukkalen Knochenwänden, bis hin zu Fenestrationen des bukkalen Knochens führen kann. Weiterhin wird der hohe Ansatz von Frenula und Muskelzügen zu den anatomischen Anomalien gezählt.

Bei den äußeren Einflüssen unterscheidet man wiederum zwei weitere Untergruppen die in Tabelle 1 dargestellt sind gemäß ihrer Ätiologie.

Definition

Erworbene Faktoren nach unterschiedlicher Ätiologie	
traumatisch	entzündlich
- falsche Mundhygiene (starker Druck, harte Bürste)	- Gingivitis (vor allem bei dünnem, schmalen Gewebe)
- chronische Irritationen (insuffiziente Füllungs- und Kronenränder, sowie Klammern von Prothesen)	- Verdrängung durch Zahnstein (vor allem bei dünnem, schmalen Gewebe)
- kieferorthopädische Zahnbewegungen (labial Bewegungen)	- Parodontitis (Neuformierung des bukkalen Gewebes nach interdentalem Gewebeverlust)
- Malokklusion	

Tabelle I

Tabelle I: Tabelle I zeigt verschiedenste erworbene Faktoren entsprechend ihrer Ätiologie

ORIGINALARTIKEL I

Indikation

Die Hauptindikationen für die Rezessionsdeckungen sind ästhetisch/kosmetische Ansprüche des Patienten und sensible, freiliegende Zahnhäse. Des Weiteren können auf diese Weise oberflächliche Kariesläsionen der freiliegenden Wurzeloberfläche vor dem Fortschreiten gehindert werden. Eine Erleichterung der Plaquekontrolle für den Patient zählt ebenfalls zu den häufig gestellten Indikationen.

Bei Kindern, die sich noch im Wachstum befinden, sowie vor kieferorthopädischer Behandlung, bei der es zu einer Lingualbewegung der betreffenden Zähne kommt sollte eine abwartende Haltung eingenommen werden.

Es sollte an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Hauptursachen für Rezessionen traumatisches Zähneputzen und plaqueinduzierte parodontale Entzündungen darstellen. Die Kontrolle dieser beiden Faktoren verhindert in den meisten Fällen ein Fortschreiten der gingivalen Rezession. Dies bedeutet, dass Patienten mit dünner Gingiva (ob mit oder ohne bestehenden Rezessionen) zu einer guten, gleichzeitig jedoch auch schonenden Mundhygiene geschult werden sollten.

Klassifikation

Miller (1985) hat eine Klassifikation entwickelt, die auf den zu erreichenden Ergebnissen der Rezessionsdeckung beruht.

- Miller Klasse I: Die Rezession reicht nicht bis an die Mukogingivalgrenze und es liegt kein interdentaler Verlust von parodontalem Gewebe vor.
- Miller Klasse II: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ebenfalls kein Verlust von parodontalem Gewebe im Approximalraum vor.
- Miller Klasse III: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze

hinaus und es liegt ein Verlust von Knochen oder Weichgewebe im Approximalraum vor. Das interdentale Weichgewebe liegt apikal der approximalen Schmelzzementgrenze, jedoch koronal des bukkalen Gingivasaums.

- Miller Klasse IV: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus mit einem starken Knochen- und Weichgewebsverlust im Approximalraum. Das interdentale Weichgewebe liegt apikal des bukkalen Gingivasaums.

Während bei den Miller Klassen I und II eine vollständige Wurzeldeckung erreicht werden kann, lässt sich bei der Miller Klasse III die Rezession nur teilweise decken. Der Gewebeverlust ist bei Miller Klasse IV so stark, dass sich keine Rezessionsdeckung erreichen lässt. Der für die Prognose des Behandlungsergebnisses von Rezessionsdeckungen kritische Faktor ist somit die Höhe des approximalen Gewebes.

Behandlung

Operationstechniken für die Rezessionsdeckung können in zwei Hauptgruppen unterteilt werden: (1) die gestielten Lappen und (2) die freien Transplantate. Die gestielten Lappen werden wiederum in Rotationslappen (z.B. lateraler Rotationslappen, doppelter Papillenlappen, schräger Rotationslappen) und Verschiebelappen (z.B. koronaler Verschiebelappen, Semilunarlappen) unterteilt. Bei den freien Transplantaten unterscheidet man das freie Gingivatransplantat (epithelialisiert) und das freie subepitheliale Bindegewebstransplantat (nicht epithelialisiert).

Vor einer Operation zur Rezessionsdeckung sollten keine gingivalen Entzündungen bestehen, außerdem sollte eine schonende Mundhygiene etabliert sein. Wurzelkaries oder zervikale Füllungen stellen keine Kontraindikation dar, müssen jedoch vor der Deckung mit Weichgewebe entfernt werden.

ORIGINALARTIKEL I

Um die Wurzeloberfläche im Bereich der Rezession zu glätten und Endotoxine von der Wurzeloberfläche zu entfernen sollte die freiliegende Wurzeloberfläche kürettiert werden. Ein exzessives Kürettieren sollte nur erfolgen, wenn eine Abflachung der Wurzelprominenz für das Behandlungsergebnis wichtig ist, oder wenn flache kariöse Läsionen bestehen. Kontrollierte klinische Studien konnten keinen Vorteil der Wurzelkonditionierung durch Säuren oder Komplexbildner ausmachen (Caffesse et al. 2000).

Gestielte Lappen

Rotationslappen

Stellvertretend für die Rotationslappen soll hier das chirurgische Vorgehen beim lateralen Rotationslappen nach Pfeifer & Heller (1971) beschrieben werden.

Zunächst muss das Empfängerbett für die Aufnahme des Weichgewebes vorbereitet werden. Hierzu wird eine Zone von ca. 3mm mesial und apikal der zu deckenden Rezession entepithelialisiert (sofern die Donorstelle distal der zu deckenden Rezession liegt). Nach der Präparation des Empfängerbettes wird eine horizontale und vertikale Inzision durchgeführt, um den zu rotierenden Lappen zu bilden. Da eine ausreichende Beweglichkeit des Lappens erreicht werden muss, wird die vertikale Inzision über die Mukogingivalgrenze ausgedehnt. Anschließend erfolgt die Bildung eines Mukosalappens entlang der beiden Inzisionen bis über die Mukogingivalgrenze hinaus. Abschließend wird der rotierte Lappen mit Einzelknopfnähten spannungsfrei in gewünschter Position fixiert.

Verschiebelappen

- koronaler Verschiebelappen (Harvey 1965)

Bei dem koronalen Verschiebelappen beginnt die Vorbereitung des Empfängerbet-

tes mit zwei horizontalen Inzisionen, mesial und distal der Rezession. Die horizontalen Inzisionen werden mit zwei vertikalen Inzisionen verbunden, die über die Mukogingivalgrenze extendieren. Die Papillen werden entepithelialisiert, um den später koronal verschobenen Lappen aufnehmen zu können. Zunächst erfolgt die Präparation eines Mukosalappens, der apikal der Rezession in einen Mukoperiostlappen übergeht. Nach erfolgter Periostschlitzung kann der Lappen spannungsfrei in seiner idealen Position fixiert werden. Eine Behandlung multipler Rezessionen ist mit Hilfe des koronalen Verschiebelappens ebenfalls möglich (Zucchelli & De Sanctis 2000).

- Semilunarlappen (Tarnow 1986)

Eine halbmondförmige Inzision wird parallel zur Rezession geführt. Die Inzision endet im Bereich der Papille, wobei auf eine ausreichend große Lappenbasis geachtet werden muss. Die apiko-koronale Breite der Weichgewebsbrücke sollte 3mm größer sein als die Rezessionstiefe. Die Schnittführung muss nicht komplett in der keratinisierten Gingiva liegen, es sollte jedoch mindestens 3mm keratinisierte Gingiva vorhanden sein. Nachdem die Gewebsbrücke durch einen Mukosalappen mobilisiert wurde, erfolgt die koronale Verschiebung. Die Weichgewebsbrücke muss so gut mobilisiert sein, dass sie passiv auf der Rezession liegen bleibt. In dieser Position wird nun mittels feuchter Gaze für fünf Minuten Druck auf den Lappen ausgeübt. Der Semilunarlappen wird nicht vernäht, es erfolgt lediglich eine Abdeckung durch einen Parodontalverband. Mit der Semilunartechnik ist auch eine Deckung multipler Rezessionen möglich. Das ästhetische Ergebnis kann durch eine häufig zu beobachtende Narbenbildung gemindert werden. Außerdem können mit dieser Technik lediglich flache (1-2mm Rezessionstiefe) Rezessionen erfolgreich behandelt werden.

ORIGINALARTIKEL I

Freie Transplantate

Freies Gingivatransplantat (Sullivan & Atkins 1968)

Zur Vorbereitung des Empfängerbettes sollte mindestens eine Zone von 3-4mm um die Rezession entepithelialisiert werden, da die Blutversorgung des Transplantates ansonsten nicht sichergestellt werden kann. Für die Entnahme des Transplantates aus dem Gaumen kann eine Schablone, die aus Zinnfolie zurechtgeschnitten wird sehr hilfreich sein. Nachdem die Schablone am Gaumen umschnitten wurde, erfolgt die Präparation eines möglichst gleichmäßig 2-3mm dicken Transplantates. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass die A. palatina nicht verletzt wird, die meist im Übergang der horizontalen zur vertikalen Gaumenwand verläuft. Nach der Entnahme wird das Transplantat durch Einzelknopfnähte auf dem vorbereiteten Transplantatbett fixiert. Als Nachteil dieser Technik ist zum einen die Farbabweichung des Transplantates von der umgebenden Gingiva zu werten, zum anderen stellt die sekundär heilende Wunde des Gaumens eine Belastung für den Patienten dar. Die Zeit der Heilung kann dem Patienten durch Anfertigung einer Gaumenschutzplatte erleichtert werden.

Freies subgingivales Bindegewebestransplantat (Hürzeler & Weng 1999)

Die Entnahme des subepithelialen Bindegewebestransplantates erfolgt mittels der sogenannten „trap door“ Technik. Hierbei wird am Gaumen eine Inzision ca. drei Millimeter apikal der marginalen Gingiva, entsprechend der Länge des Transplantates, durchgeführt. Ausgehend von dieser Inzision wird nun nach apikal präpariert. Hierbei ist darauf zu achten, dass eine Mindestdicke des unterminierten Gewebes von zwei Millimetern nicht unterschritten wird. Bei der Präparation nach apikal muss auch hier der Verlauf der A. palatina beachtet werden. Nach erfolgter Präparation wird das Bindegewebe von allen Seiten bis auf den Knochen durchtrennt und mit Hilfe eines Raspatoriums vom Knochen abgelöst. Es

kann nun entnommen werden. Unter dem unterminierten Gewebe befindet sich jetzt nur noch Knochen. An Stellen, an der die Gewebedicke von zwei Millimetern unterschritten wurde, entsteht eine Nekrose des bedeckenden Gewebes. Wenn die entsprechende Gewebedicke von zwei Millimetern jedoch eingehalten wurde, ist die Heilung für die Patienten viel weniger belastend als nach Entnahme eines freien Gingivatransplantates. Sowohl nach Entnahme eines freien Gingivatransplantates, als auch nach Entnahme eines subgingivalen Bindegewebestransplantates wird häufig über Sensibilitätsstörungen im Bereich des Gaumens berichtet, die bis zu sechs Monaten anhalten können.

Das freie subgingivale Bindegewebestransplantat kann im Prinzip mit allen gestielten Lappen kombiniert werden, es ist jedoch in Kombination mit dem koronalen Verschiebelappen am besten dokumentiert (Langer & Langer 1985, Nelson 1987, Harris 1992, Bruno 1994).

Zwei weitere Techniken die im Zusammenhang mit dem subgingivalen Bindegewebestransplantates genannt werden müssen sind die Envelope-Technik (Raetzke 1985) und die Tunneltechnik (Allen 1994).

Bei der Envelope-Technik wird, ausgehend von einer sulkulären Inzision, eine Mukosatasche (Mukosalappen) präpariert. Die Envelope-Technik kommt ohne weitere Inzisionen aus, was die Gefahr der Narbenbildung eliminiert. Das Gewebe um die Rezession herum sollte drei bis fünf Millimeter tief unterminiert werden. Das freie subgingivale Bindegewebestransplantat wird nun in die gebildete Gewebetasche eingebracht und kann entweder mit Nähten oder nur durch einen Parodontalverband fixiert werden. Wenn die Gewebetasche apikal die Mukogingivalgrenze überschreitet wird das Einbringen des Bindegewebes um einiges vereinfacht. Im Gegensatz zum freien Gingivatransplantat fügt sich das freie subgingivale Bindegewebestransplantat farblich optimal in das umgebende Gewebe ein.

ORIGINALARTIKEL I

Durch die Weiterentwicklung der Envelope-Technik für multiple Rezessionen hat Allen (1994) die Tunneltechnik entwickelt. Hierbei erfolgt die Verbindung der einzelnen Rezessionen interdental, so dass ein Gewebetunnel entsteht. Durch diesen Tunnel wird anschließend das Bindegewebstransplantat durchgezogen und mit Nähten fixiert. Bei der Tunnelierung besteht die Gefahr des Abreißens der Papillen, insbesondere wenn die Zahnwurzeln sehr dicht zueinander lokalisiert sind. Bei einer Modifikation der Tunneltechnik durch Azzi (1998) erfolgt die Bedeckung des Bindegewebes durch koronale Verschiebung der Gingiva.

Heilung

Zunächst besteht nur eine Fibrinschicht zwischen Wurzeloberfläche und dem darüberliegenden Gewebe. Vom marginalen Gingivalrand wachsen Epithelzellen in apikale Richtung, was zur Bildung eines langen Saumepithels führt, was durchschnittlich 50% der ursprünglichen Rezessionstiefe ausmacht. In einem Zeitraum zwischen 4 und 28 Tagen kommt es im apikalen Be-

reich zur Besiedlung der Fibrinschicht mit Fibroblasten, die Kollagenfasern bilden. Im apikalen Anteil kommt es zur Insertion der Kollagenfasern im neugebildeten Zement, was zu einem neuen bindegewebigen Attachment führt.

Die Heilung von freien Transplantaten ist von einem suffizienten Transplantatbett abhängig, das mindestens so breit sein sollte wie die Rezession, da die Versorgung zunächst lediglich durch avaskuläre Plasmodiffusion erfolgt. Während der Gewebematuration kann es bis ca. ein Jahr nach Behandlung zum sogenannten „creeping attachment“ (koronale Proliferation des Gingivalrandes bis zu einem Millimeter) kommen.

Zu erwartende Ergebnisse und Langzeitprognosen

Abhängig von Technik, patienten- und stellenbezogenen Faktoren ist eine durchschnittliche Deckung von 63% – 86% der ursprünglichen Rezessionsfläche möglich (Tabelle II).

Operationstechnik	Anzahl der Studien	erreichte Rezessionsdeckung	
		Durchschnittliche Rezessionsdeckung in %	Spanne der Einzelwerte in %
Rotationlappen	10	68%	41 - 74
Koronaler Verschiebelappen	12	80%	55 - 99
Freies subgingivales Bindegewebe	30	86%	53 - 98
Freies Gingivatransplantat	16	63%	11 - 87

Tabelle II (modifiziert nach Wennström & Pini Prato 1998)

Tabelle II: Tabelle II zeigt die Ergebnisse von mehreren Studien bezüglich der durchschnittlichen Rezessionsdeckung als auch der Spanne der Einzelwerte

Eine komplette Rezessionsdeckung kann durchschnittlich in 28% - 61% der Fälle er-

reicht werden (Tabelle III).

ORIGINALARTIKEL I

Operationstechnik	Anzahl der Studien	komplette Rezessionsdeckung	
		Durchschnittlich erreicht in %	Spanne der Einzelwerte in %
Rotationlappen	10	43%	-
Koronaler Verschiebelappen	12	50%	9 - 95
Freies subgingivales Bindegewebe	30	61%	0 - 93
Freies Gingivatransplantat	16	28%	0 - 90

Tabelle III (modifiziert nach Wennström & Pini Prato 1998)

Tabelle III: Tabelle III zeigt den Anteil von kompletten Rezessionsdeckungen, sowie die Spanne der Einzelwerte.

Zu den patientenbezogenen Faktoren zählen wie bei anderen parodontalchirurgischen Eingriffen auch eine schlechte Mundhygiene, die das Ergebnis der Rezessionsdeckung negativ beeinflusst. Ein fortbestehendes traumatisches Zähneputzen verschlechtert natürlich die Prognose der durchgeführten Rezessionsdeckung. Ob Rauchen zu schlechteren Ergebnissen nach einer Rezessionsbehandlung führt wird derzeit noch kontrovers diskutiert.

Bei den stellenbezogenen Faktoren hat die Höhe des interdentalen Parodonts einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis (siehe Klassifikation). Die Rezessionsgröße scheint ebenfalls einen Einfluss auf die Ergebnisse zu haben. So zeigen Defekte mit einer Rezessionsbreite von mehr als drei Millimetern und einer Rezessionstiefe von mehr als fünf Millimetern schlechtere Ergebnisse als Defekte, die unterhalb dieser Dimensionen liegen (Pini Prato 1992).

Bei allen oben beschriebenen Techniken kommt es zu einer Verbreiterung der keratinisierten Gingiva. Der größte Gewinn an keratinisierter Gingiva ist nach der Envelope-Technik bzw. Tunneltechnik nach Allen (1994), sowie nach Behandlung mittels freiem Gingivatransplantates zu beobachten. Nach alleiniger Behandlung mit Rotations- oder Verschiebelappen kommt es zu einer

Bildung von keratinisierter Gingiva durch Granulationsgewebe, ausgehend vom parodontalen Ligament (Karring et al. 1975).

Die Langzeitergebnisse sind stark von der Compliance der Patienten (Teilnahme an einer Erhaltungstherapie), als auch von der individuellen Anfälligkeit des Patienten gegenüber gingivalen Rezessionen abhängig (Zuchelli & De Sanctis 2005). Obwohl die Gingivadicke keinen Einfluss auf die zu erreichende Rezessionsdeckung und deren Langzeitergebnisse zu haben scheint, zeigen doch die meisten Studien bessere Ergebnisse, wenn ein subgingivales Bindegewebestransplantat zur Rezessionsdeckung verwendet wurde (Wennström & Zuchelli 1996). Je nach Kombination aus Operationstechnik und subgingivalen Bindegewebestransplantaten werden bei Miller Klasse I und II Defekten nach zwei Jahren 84% - 98% durchschnittliche Rezessionsdeckung erreicht. Nach drei Jahren wird von einer durchschnittlichen Deckung von 92% berichtet.

Schlussfolgerung

Nach gründlicher Patienten- und Defektselektion scheinen die besten und stabilsten Ergebnisse der Rezessionsdeckung durch die Verwendung eines subepithelialen Bindegewebestransplantates erreicht zu werden.

ORIGINALARTIKEL I

Literatur

1. Allen AL: Use of supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 19: 49 (1994)
2. Azzi R, Etienne D: Recouvrement radiculaire et reconstruction papillaire. *J Parodontologie & Implant O* 1: 14 (1998)
3. Bruno JF: Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent* 14: 127 (1994)
4. Caffesse RG, De LaRosa M, Garza M, Munne-Travers A, Weltman R: Citric acid demineralization and subepithelial connective tissue grafts. *J Periodontol* 71: 568 (2000)
5. Harris RJ: The connective tissue and partial thickness doublepedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol* 63: 477 (1992)
6. Harvey P: Management of advanced periodontitis. Part I. Preliminary report of a method of surgical reconstruction. *N Z Dent J* 61: 180 (1965)
7. Hürzeler MB, Weng D: A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue graft from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent* 19: 279 (1999)
8. Karring T, Cumming BR, Oliver RC, Loe H: The origin of granulation tissue and its impact on postoperative results of mucogingival surgery. *J Periodontol* 46: 577 (1975)
9. Langer B, Langer L: Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 56: 715 (1985)
10. Miller PD Jr.: A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 5: 9 (1958)
11. Nelson SW: The subpedicle connective tissue graft. *J Periodontol* 58: 95 (1987)
12. Pfeifer J, Heller R: Histologic evaluation of full and partial thickness lateral repositioned flaps. *J Periodontol* 42: 331 (1971)
13. Pini Prato GP, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P, Clauser C: Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. *J Periodontol* 63: 919 (1992)
14. Raetzke PB: Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. *J Periodontol* 56: 397 (1985)
15. Sullivan HC, Atkins JH: Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics* 6: 121 (1968)
16. Tarnow DP: Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol* 13: 182 (1986)
17. Wennström J, Pini Prato GP: Mucogingival Therapy. Chapter 19 in *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. P. 550-596. Hrsg. Lindhe, J., 3rd Edition, Munksgaard Verlag 1998.

ORIGINALARTIKEL I

18. Wennström JL, Zuchelli G: Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2 year prospective clinical study. *J Clin Periodontol* 23: 770 (1996)
19. Zuchelli G, De Sanctis M: Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* 71: 1506 (2000)
20. Zuchelli G, De Sanctis M: Long-term outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth. *J Periodontol* 76: 2286 (2005)

ORIGINALARTIKEL II**Wo der Weg lang geht!****Kassen gegen die Anerkennung von Tabaksucht als Krankheit****Eine Zusammenfassung der Stellungnahme der Ärzte-Initiative Raucherhilfe e.V. zur diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung**

Erst wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, wollen die deutschen Krankenkassen ihren Versicherten zur Seite stehen. So lassen sich die veröffentlichten Kommentare der Kassenvertreter anlässlich der Forderung der Bundesärztekammer nach Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Erkrankung interpretieren. Abgelehnt wird seitens der Kassen unisono eine gesonderte Abrechnung der ärztlichen Beratung und Therapie von Rauchern.

In Frage gestellt wird:

der Suchtcharakter des abhängigen Rauchers

die Notwendigkeit der intensiven Beratung und letztendlich die Durchführung einer therapeutischen Intervention zum Rauchausstieg.

Es handele sich lediglich um ein Life-Style Problem, das durch reine Willensanstrengung oder Gruppengespräche zu beheben wäre.

Nicht nur, dass etwa 110.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des Rauchkonsums sterben. Sie tun dies nicht plötzlich und sofort, sondern oft nach einem langen, beschwerlichen Siechtum ohne jegliche Lebensqualität. Dafür mit oft unzähligen, kostspieligen Palliativtherapien der zahlreichen Kolateral-Erkrankungen.

In Deutschland sind schätzungsweise 20 Millionen Menschen tabakabhängig. Das hohe Suchtpotential von Tabakprodukten

und die erheblichen Folgeerkrankungen werden immer noch, sowohl von Raucherinnen und Rauchern, als auch vom Gesundheitswesen, unterschätzt. Um sekundäre Gesundheitsschäden zu vermeiden, benötigen Raucher Hilfe beim Ausstieg.

Internationale Kriterien definieren die Tabakabhängigkeit als behandlungsbedürftige Suchterkrankung (ICD-10 F17.2). Die Rauchertherapie ist ein „Muss“ bei der Behandlung vieler Erkrankungen, wie Koronarer Herzkrankheit, Apoplex, Arterielle Verschlusskrankheit, COPD, Parodontitis, Tumorerkrankungen u.v.m. Werden diese Patienten nicht therapiert, entstehen unserem Gesundheitssystem enorme Folgekosten. Internationale Studien ergaben, dass die geringe Investition von wenigen 100 Euro in die Behandlung eines Rauchers in einem vorteilhaft zu wertenden Verhältnis zum Gewinn an Lebensjahren steht, der sich daraus ergibt.

ORIGINALARTIKEL II

Die Ärzte-Initiative Raucherhilfe e.V. bemüht sich, in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, um einen ständigen Dialog mit den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, um die Kostenübernahme der Raucherberatung und -entwöhnung möglichst schnell voranzubringen. Egal wer nun die Kosten tragen wird, sollte dem Patient, schon aus moralischer Verpflichtung ein Therapieangebot gemacht werden. Zahnmediziner wissen seit Jahren, dass sie sich abrechnungstechnisch in einer Grauzone

bewegen. Es kann hier sogar von Vorteil erweisen, dass diese Therapie nie gezahlt werden wird, weil eine selbst finanzierte Therapie mit Sicherheit den Aufhörwillen unterstützt.

Dr. Gregor Gutsche
Rizzastr. 12 a
56068 Koblenz
☎ 02 61 / 3 66 70
dr.gutsche@paro-koblenz.de
www.paro-koblenz.de

ABSTRACTS I**Erfolge bei der Therapie einer schweren generalisierten aggressiven Parodontitis**

A. Jenzsch, H. Jentsch

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie, Universität Leipzig

Aggressive Parodontitisformen sind mit einer Prävalenz von 0,1-0,2 % in der Bevölkerung selten. Insbesondere die schweren Formen stellen den Behandler oft vor Probleme in der Behandlungsplanung und Therapie.

Vorgestellt wird ein Fall einer schweren generalisierten aggressiven Parodontitis bei einer 29-jährigen Patientin, bei der trotz infauster Prognose einzelner Zähne ein Zahnerhalt gewünscht wurde. Die überwiesene Patientin stellte sich erstmalig am 14.03.2006 in der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie der Universität Leipzig vor. Sie bemerkte eine zunehmende Zahnbeweglichkeit und gelegentlichen Pusaustritt im Bereich der Eckzähne und Prämolaren des Oberkiefers sowie Zahnwanderungen im Unterkieferfrontzahnbereich. Die allgemeine Anamnese lieferte keine Hinweise auf bekannte Allgemeinerkrankungen.

Klinisch zeigten sich vorwiegend an den Eckzähnen, Prämolaren und Molaren des Oberkiefers aber auch an Inzisiven und Molaren des Unterkiefers Attachmentverluste im Bereich von 2 bis 15 mm. Auf Grund der hohen Zahnbeweglichkeit war der Kaukomfort der Patientin stark eingeschränkt.

Unter Einbeziehung des prothetisch tätigen Kollegen wurde nach Abwägen aller Therapiealternativen dem Wunsch der Patientin entsprochen und der Versuch des Zahnerhalts durch eine systematische Parodontistherapie unternommen.

Die bisherige parodontologische Therapie umfasste nach Ausschluss von systemischen Erkrankungen und mikrobiologischer Diagnostik ein Scaling und Root Planing mit systemischer Antibiotikagabe, die Schienung der Prämolaren und Eckzähne des Oberkiefers sowie der Frontzähne des Unterkiefers zur Verbesserung des Kaukomforts.

Der Kontrollbefund zwölf Monate nach SRP zeigt eine Reduktion der Sondierungstiefen im Bereich von 1 bis 8 mm und eine Verbesserung des klinischen Attachmentlevels im Bereich von 0 bis 4 mm.

ABSTRACTS II

Instrumentenhygiene in der Parodontologie

Arndt R

In der Parodontologie verwendetes zahnärztliches Instrumentarium für Diagnostik und Therapie kommt in einer prekären Zone - einer Übergangszone zwischen Körperoberfläche und Körperinnerem - zum Einsatz. Vor der Aufbereitung steht zunächst die Risikobewertung mit nachfolgender Einstufung der Medizinprodukte bzw. Produktgruppen, bei der die vorgesehene Art der Anwendung von entscheidender Bedeutung ist. Erst dann kann ein geeignetes validiertes Verfahren zur Instrumentenaufbereitung festgelegt werden.

Bei der Risikobewertung von Medizinprodukten muss von erhöhten Anforderungen (semikritisch B bzw. kritisch B) bei der Aufbereitung in folgenden Fällen ausgegangen werden:

- wenn die Effektivität der Reinigung nicht durch Inspektion unmittelbar beurteilbar ist,
- bei engen Lumina/Hohlräumen oder porösen Oberflächen,
- wenn ein erhöhter Aufwand bei technisch-funktioneller Prüfung erforderlich ist,
- wenn die Anzahl der Anwendungen begrenzt ist.

Die geplante Verwendung eines Instrumentes entscheidet über die Einstufung in kritisch oder semikritisch, nicht das Instrument an sich:

- Semikritisch zu bewerten sind die Instrumente in der Parodontologie, die zur Diagnostik und bei supragingivalen Maßnahmen zum Einsatz kommen.
- Kritisch einzustufende Instrumente sind diejenigen, welche in Zusammenhang mit subgingivalen/chirurgischen Maßnahmen verwendet werden.
- Die Aufbereitungsschritte semikritischen Instrumentariums umfassen:
- Reinigung, Desinfektion und Trocknung im Thermodesinfektor (RDG) sollte aufgrund der sicheren Virusinaktivierung wann immer möglich bevorzugt werden gegenüber der alternativen manuellen Aufbereitung im Desinfektionsbad mit anschließender Reinigung, Trocknung und der dann notwendigen Thermodesinfektion im Autoklaven
- Sichtkontrolle der Reinigung

Kritisches Instrumentarium wird folgendermaßen aufbereitet:

- Desinfektion, Reinigung, Trocknung und Sichtkontrolle (s. oben)
- Funktionsprüfung (ggf. Schärfen von Küretten und Scheren mit anschließend erneuter Reinigung/Desinfektion, Pflege von Übertragungsinstrumenten, Nadelhaltern etc. mit geeignetem Öl)
- Verpacken (Klarsichtsterilisierfolie, Sterilpapierbogen oder OP-Container) und Kennzeichnung (Datum!)
- Sterilisation im Autoklaven (Sterilisationszyklus B, evtl. auch S)
- Kontrolle nach Sterilisation (unversehrte Verpackung, Trockenheit) und Freigabe
- Kontaminationsgeschützte Lagerung (trocken, staubfrei).

TAGUNGSANKÜNDIGUNG



„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
- 13.³⁰ UHR** **ORGANISATIONS- UND ABRECHNUNGSHINWEISE ZUR PLASTISCHEN PARODONTALTHERAPIE**
Dr. E. Streletz
- 13.⁴⁵ UHR** **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