



Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.

Inhalt:	
Editorial:	
Oh Du Fröhliche Ulla	70
Originalartikel:	
Parodontale Regeneration, Teil 1: Das biologische Prinzip der gesteuerten Geweberegeneration	70
Abstracts 2005, Teil 2:	
Baron F, Eickholz P, Ludwig B, Schacher B: Papillon-Lefèvre-Syndrom und Tinea capitis	76
Berakdar M, Kasaj A, Willershausen B, Arweiler N. B, Sculean A: Auswirkung der Wurzelkonditionierung mit EDTA auf die Heilung intraossärer Defekte nach regenerativer Parodontalchirurgie mit Schmelz-Matrix- Proteinen	77
Deimling D, Bissé E, Nagursky H, Koch Ch, Rathe F, Ratka-Krüger P: C-Reaktives Protein und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei unbehandelten Parodontitispatienten - Eine Pilotstudie -	78
Forum:	
PAR-Patientin mit chronischer Colitis ulcerosa	79
Mundatmer	80
Tagungsankündigung:	
NAgP-Frühjahrstagung am 19. und 20.05.2006 in Koblenz: Furkationstherapie	81
14. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 23.09.2006 in Frankfurt : Was man nicht jeden Tag sieht, aber leicht übersehen könnte Besondere Fälle in der Parodontologie	83
Impressum	84

EDITORIAL

Oh Du Fröhliche Ulla

Es ist ja bekannt, dass in der Politik letztendlich immer der „kleinste gemeinsame Nenner“ bemüht wird. Was haben wir im Gesundheitswesen nicht schon an riesigen Bergen gesehen, die kreißen und eine Maus gebären ... Man müsste es also gewohnt sein.

Unser aller heißgeliebte rheinische Frohnatur Ullala hat das Prinzip jetzt aber auf ganz neue Themen angewandt: Nachdem 16 Jahre lang an den Honoraren für GKV-Leistungen gekürzt, gestrichen und budgetiert wurde, so lange, bis die Praxen nur noch mit Hilfe der Privatpatienten überleben konnten, hat sie jetzt doch bemerkt, dass Privatpatienten bevorzugt behandelt werden. Kaum zu verstehen, dass man sich als Mediziner lieber den Patienten widmet, bei denen man wenigstens noch ein Plus macht ...

Aber die heilige Johanna der Bürgerversicherung wittert hier wieder eine Gelegenheit, den Kreuzzug gegen freie Berufe fortzuführen: Angeglichen muss das werden, denn das geht ja nicht, dass Kassenpatienten länger warten als private ... (Wieso eigentlich nicht? Hat man Angst, sie könnten merken, dass die Gesundheitspolitik sie verarscht und eben schon längst nicht mehr jeder für seine Beiträge auch Gegen-

leistung erhält? Beruhigt Euch, Leute: Sie haben es längst gemerkt!)

Nun könnte man sich ja freuen, dass also endlich die GKV-Honorare den privaten angeglichen werden sollen - wäre da nicht die Erfahrung der letzten 16 Jahre (s.o.) und die Tatsache, dass der neue BEMA schon fertig, die neue GOZ aber gerade in Arbeit ist...und Frau Schmidt entscheidet, wie sie aussehen wird!

Hilfe!!!! Kann nicht irgendjemand diese ideologische Furie stoppen, bevor sie es geschafft hat, ein in 60 Jahren gewachsenes Gesundheitssystem völlig in die Knie zu zwingen und alle Ärzte ins Ausland zu vertreiben? Ich empfehle ein Jahr Zwangsbehandlung im britischen NHS als Vorgeschmack auf die kommenden deutschen Zeiten. Ich wünsche uns allen viel, viel Glück für 2006 - wir werden es dringend brauchen.

Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL

Parodontale Regeneration

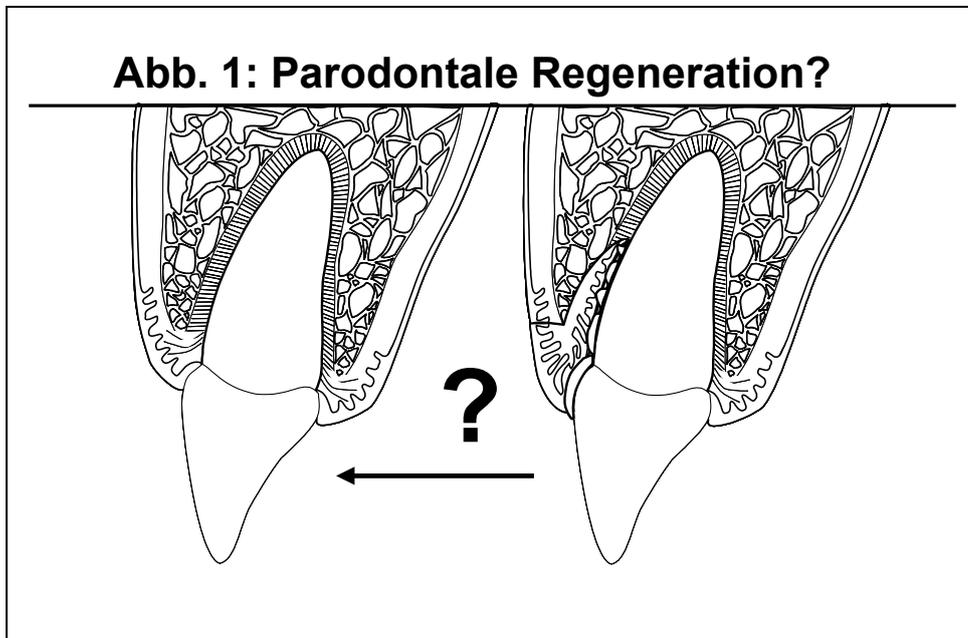
Teil 1:

Das biologische Prinzip der gesteuerten Geweberegeneration

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

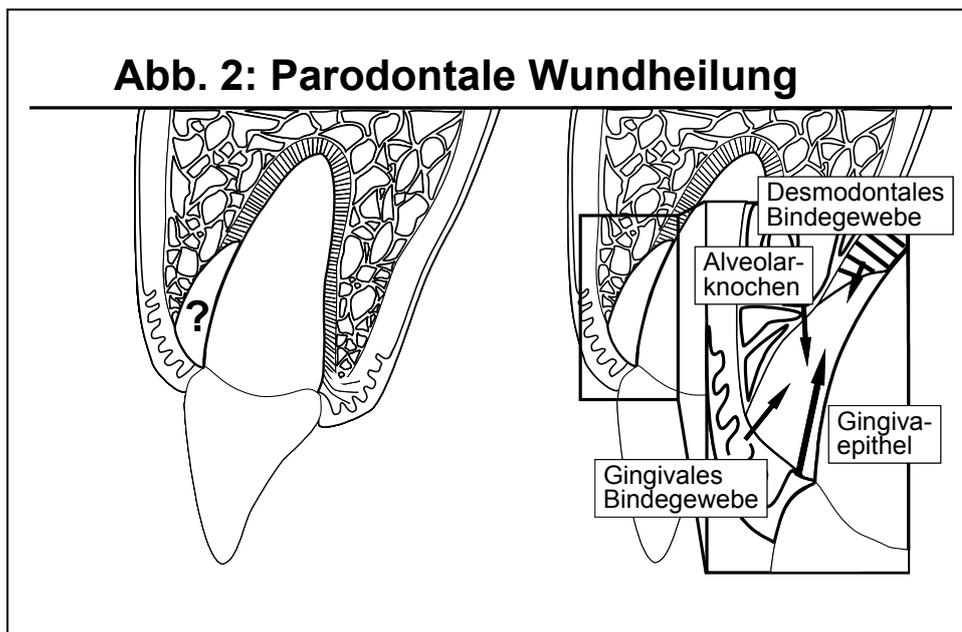
Parodontale Heilung

Als Idealziel parodontaler Therapie wird die Wiederherstellung der entzündlich oder traumatisch zerstörten parodontalen Gewebe in Architektur und Funktion (Regeneration) angesehen (Abb. 1).



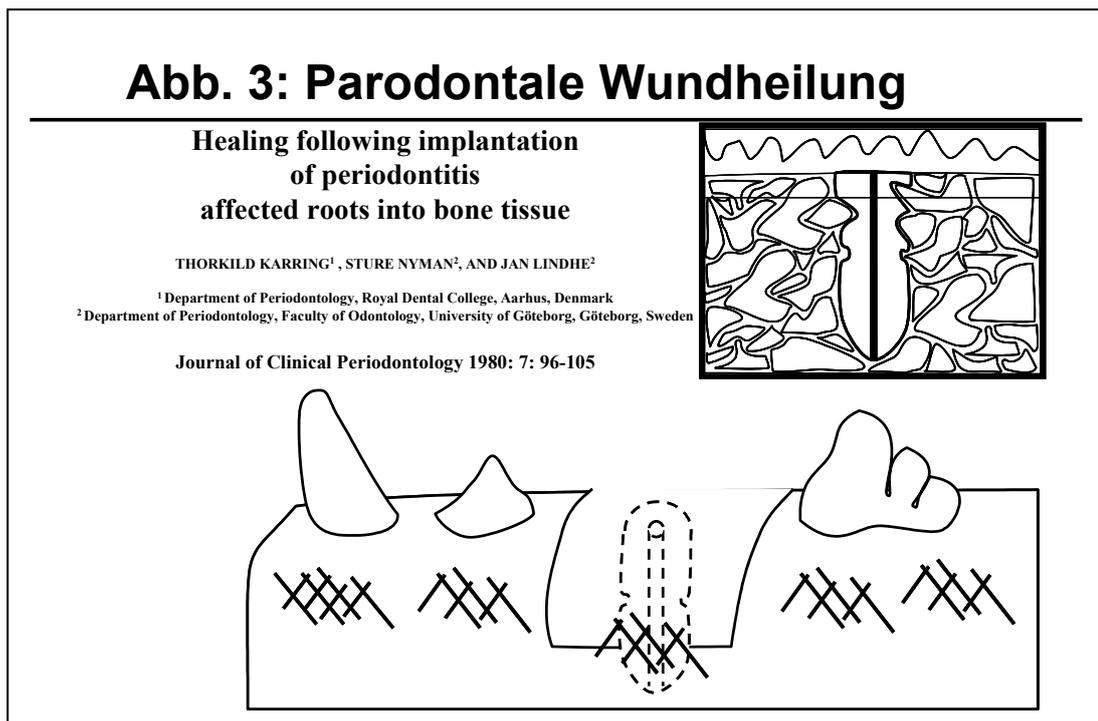
Histologische Untersuchungen beim Tier und am Menschen haben gezeigt, dass nach konventionellen parodontalchirurgischen Maßnahmen primär eine reparative Stabilisierung der Defekte erfolgt. Eine parodontale Regeneration findet praktisch

nicht statt. Nach der Hypothese von Melcher (1976) bestimmen die Zellen, die die Wurzeloberfläche nach parodontalchirurgischen Eingriffen rekolonisieren, die Art der parodontalen Heilung (Abb. 2).



Konsequenterweise wurden Experimente konzipiert, in denen jeweils nur eines der an der Wundheilung beteiligten Gewebe die gereinigten Wurzeloberflächen besiedeln konnte. Karring et al. (1980) erzeugten im Tiermodell ligaturinduzierte parodontale Läsionen mit etwa 50% Attachmentverlust. Die infizierten Wurzeloberflächen wurden

sorgfältig instrumentiert, die Zähne vorsichtig extrahiert, wurzelkanalbehandelt und die Kronen abgetrennt. Anschließend wurden die so behandelten Wurzeln in chirurgisch geschaffene Alveolen auf zahnlosen Kieferabschnitten implantiert und ein Mukoperiostlappen darüber vernäht (Abb. 3).



Während es 3 Monate postoperativ in der apikalen Hälfte der Wurzeln mit intakten Desmodontalfasern zu einem Reattachement kam, wurden auf den instrumentierten koronalen Anteilen Resorption und Ankylose beobachtet (Karring et al. 1980). Nyman et al. (1980) transplantierten Zahnwurzeln, die wie im bereits geschilderten Experiment

behandelt worden waren (Karring et al. 1980), mit der Wurzelachse parallel zum Alveolarfortsatz in ein chirurgisch geschaffenes Knochenbett, sodass die Zahnwurzeln der Länge nach auf einer Seite von gingivalem Bindegewebe und auf der anderen Seite von Alveolarknochen begrenzt wurden (Abb. 4).

Abb. 4: Parodontale Wundheilung

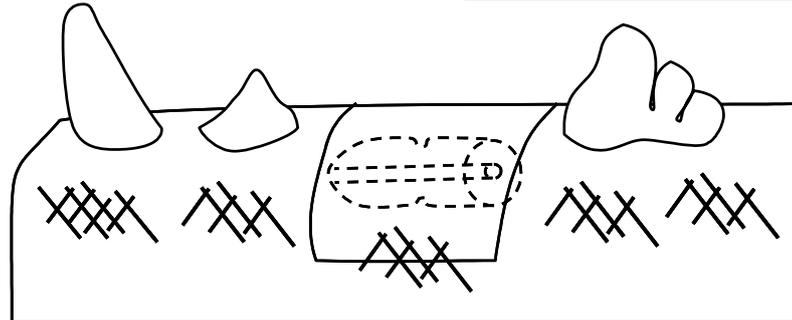
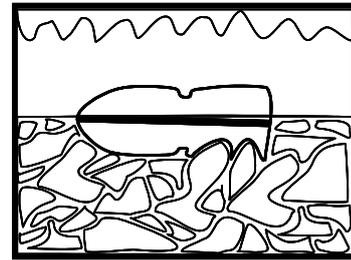
Healing following implantation of periodontitis-affected roots into gingival connective tissue

STURE NYMAN¹, THORKILD KARRING², JAN LINDHE¹, AND STAFFAN PLANTEN¹

¹ Department of Periodontology, Faculty of Odontology, University of Göteborg, Göteborg, Sweden

² Department of Periodontology, Royal Dental College, Aarhus, Denmark

Journal of Clinical Periodontology 1980; 7: 394-401



3 Monate postoperativ wurden im Bereich der apikalen Hälfte der Wurzeln überwiegend ein Reattachment beobachtet, während die instrumentierte koronale Hälfte Resorption und Ankylose zeigte (Nyman et al. 1980). Wurden die Zahnwurzeln nach ligaturinduzierter Parodontitis mit 50% Attachmentverlust instrumentiert, wurzelkanalbehandelt und nach Abtrennung der Kronen von einem Mukoperiostlappen bedeckt, kam es zur Ausbildung eines neuen bindegewebigen Attachments im apikalen Bereich der instrumentierten Wurzeloberflächen. Bei Wurzeln, die im Verlauf der Wundheilung den deckenden Mukoperiostlappen perforiert hatten, kam es zur Apikalproliferation von Epithel und geringer ausgeprägtem bindegewebigem Attachment als bei den Wurzeln, bei denen das Epithel von der Heilung ausgeschlossen geblieben war (Karring et al. 1985, Isidor et al. 1985a, b, 1986). Diese Studien haben gezeigt, dass allein das **desmodontale Bindegewebe** das Potenzial besitzt, eine bindegewebige Wiederanheftung auf der Wurzeloberfläche unter Ausbildung von Wurzelzement mit darin inserierenden funktionell orientierten Bindegewebsfasern

auszuformen. Das **Gingivaepithel**, das nach chirurgischer Therapie die Wurzeloberfläche am schnellsten besiedelt, führt nur zu einem biologischen epithelialen Attachment mit Hemidesmosomen (Karring et al. 1985, Isidor et al. 1985a, b, 1986). **Gingivales Bindegewebe** bildet parallel zur Wurzeloberfläche orientierte Faserstrukturen aus oder verursacht Resorptionen (Nyman et al. 1980, Karring et al. 1984, 1985, Isidor et al. 1985a, b, 1986), und **Knochengewebe** verursacht Resorptionen der Wurzeloberfläche und Ankylose (Karring et al. 1980, 1984, Nyman et al. 1980). Eine Voraussetzung für die Ausbildung eines neuen bindegewebigen Attachments ist dabei, dass desmodontale Fibroblasten von noch intakten Bezirken des Desmodonts die Wurzeloberfläche besiedeln können (Karring et al. 1985, Isidor et al. 1986).

Gesteuerte Geweberegeneration (Guided Tissue Regeneration: GTR)

Der Versuch, die Heilungsprozesse an der Wurzeloberfläche von der Einwirkung durch gingivales Bindegewebe und Gingivaepithel

mittels Einbringen eines Millipore®-Filters als Barriere abzuschirmen und somit die Ausbildung eines neuen bindegewebigen Attachments zu erreichen, erwies sich im Tierexperiment bei Fenestrationsdefekten als erfolgreich (Nyman et al. 1982a). Auch beim Menschen konnte nachgewiesen werden, dass die Lenkung der Heilung durch eine Membran als Barriere zwischen Gingivaepithel sowie gingivalem Bindegewebe und Defekt die Ausbildung eines neuen desmodontalen Attachments begünstigt. Dabei wurde im Zuge einer Lappenoperation das entzündliche Granulationsgewebe vollständig aus der Läsion entfernt und die Wurzeloberfläche einem gründlichen Scaling sowie einer sorgfältigen Wurzelglättung unterzogen. Anschließend wurde die Barriere (Millipore®-Filter) so über dem Defekt platziert, dass sie den knöchernen Rand der Läsion etwa 1 mm überlappte und 2 mm koronal der Schmelz-Zement-Grenze mit Komposit-Füllungsmaterial am Zahn fixiert war. 3 Monate postoperativ konnten histometrisch 5 mm neuen Wurzelzements mit funktionell inserierenden Desmodontalfasern beobachtet werden (Nyman et al. 1982b).

Wundstabilisierung

Auch der Aufrechterhaltung der Anheftung des sich ausbildenden Fibrinkoagulums an die Wurzeloberfläche in der initialen und frühen Phase der parodontalen Wundheilung scheint als Voraussetzung für die Regeneration des Parodonts Bedeutung zuzukommen (Polson & Proye 1983, Garrett 1994). Ein frühzeitiges Abreißen dieser Verbindung durch Traumatisierung des Wundrandes oder stark erhöhte Zahnbeweglichkeit be-

günstigt die apikale Proliferation des Gingivaepithels (Garrett 1994). Deshalb ist eine möglichst vollständige Deckung der Läsion durch den Mukoperiostlappen für den Erfolg regenerativer Verfahren offenbar von großer Bedeutung. Durch Einbringung einer GTR-Barriere allerdings wird das Epithel auch nach Trennung der Verbindung zwischen Wurzeloberfläche und Blutkoagulum an apikaler Proliferation gehindert. Außerdem führt das Einbringen einer sicher fixierten Membran in geeigneten Defekten über die Lenkung der an der Wundheilung beteiligten Gewebe hinaus zu einer Stabilisierung des Blutkoagulums. Die Schwierigkeit eine ausreichende Stabilisierung des Wundrandes zu realisieren sowie ein ungenügendes Angebot gesunden Desmodonts als Reservoir für desmodontale Zellen scheinen bei horizontalem Knochenabbau parodontale Regeneration zu erschweren bzw. praktisch unter klinischen Bedingungen unmöglich zu machen.

Nachdem erste Fallberichte und klinische Studien vielversprechende Ergebnisse nach Anwendung der GTR-Technik mit eigens dafür entwickelten gereckten Polytetrafluorethylen-Barrieren (ePTFE, Gore Tex®, W. L. Gore and Associates, Flagstaff, USA) ergaben (Eickholz 1999), beschäftigten sich zahlreiche Untersuchungen mit dem klinischen Vergleich zwischen konventionellen Zugangslappenoperationen und dem GTR-Verfahren beim Menschen. Gottlow formulierte Anforderungen, die Barrieren für regenerative Therapie nach dem Prinzip der gesteuerten Geweberegeneration erfüllen sollten (Tab. 1) (Gottlow 1993).

Tab. 1	Eigenschaften von GTR-Membranen (Gottlow 1993)
-	Biokompatibilität
-	Nicht toxisch oder antigen, keine bzw. nur geringe Induktion von Entzündung
-	Durchlässig für Flüssigkeiten (Diffusion)
-	Zellokklusivität (Undurchlässigkeit für Zellen)
-	Einfache Handhabbarkeit

Literatur

- Eickholz P (1999) Konventionelle Parodontalchirurgie und gesteuerte Geweberegeneration (GTR) mit nicht-resorbierbaren und biologisch abbaubaren Barrieren - Eine vergleichende klinische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung von Reproduzierbarkeit und Validität der erhobenen Parameter bzw. verwendeten Meßverfahren. Quintessenz, Berlin.
- Garrett S (1994) Early wound healing stability and its importance in periodontal regeneration. In: Polson AM (Hrsg.): Periodontal regeneration: current status and directions. Quintessenz, Chicago: 1. Aufl., 41-52.
- Gottlow J (1993) Guided tissue regeneration using bioresorbable and non-resorbable devices: initial healing and long-term results. J Periodontol 64, 1157-1165.
- Isidor F, Karring T, Nyman S, Lindhe J (1985a) New attachment formation on citric acid treated roots. J Periodont Res 20, 421-430.
- Isidor F, Karring T, Nyman S, Lindhe J (1985b) New attachment - reattachment following reconstructive periodontal surgery. J Clin Periodontol 12, 728-735.
- Isidor F, Karring T, Nyman S, Lindhe J (1986) The significance of coronal growth of periodontal ligament tissue for new attachment formation. J Clin Periodontol 13, 145-150.
- Karring T, Isidor F, Nyman S, Lindhe J (1985) New attachment formation on teeth with a reduced but healthy periodontal ligament. J Clin Periodontol 12, 51-60.
- Karring T, Nyman S, Lindhe J (1980) Healing following implantation of periodontitis-affected root into bone tissue. J Clin Periodontol 7, 96-105.
- Karring T, Nyman S, Lindhe J, Sirirat M (1984) Potentials for root resorption during periodontal wound healing. J Clin Periodontol 11, 41-52.
- Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J (1982a) The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. J Clin Periodontol 9, 157-165.
- Nyman S, Karring T, Lindhe J, Planten S (1980) Healing following implantation of periodontitis-affected roots into gingival connective tissue. J Clin Periodontol 7, 394-401.
- Nyman S, Lindhe J, Karring T, Rylander H (1982b) New attachment following surgical treatment of human periodontal disease. J Clin Periodontol 9, 290-296.
- Polson AM, Proye MP (1983) Fibrin linkage: A precursor for new attachment. J Periodontol 54, 141-147.

ABSTRACTS I**Papillon-Lefèvre-Syndrom und Tinea capitis****Baron F¹, Eickholz P¹, Ludwig B², Schacher B¹**¹Poliklinik für Parodontologie, ² Poliklinik für Kieferorthopädie

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum)

des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main

Ziel:

Darstellung der Befunde und Therapiemaßnahmen bei Geschwistern mit Papillon-Lefèvre-Syndrom

Material und Methode:

Die 3- (RG) und 5-jährigen (NG) Brüder aus Erytrea wurden wegen vorzeitiger Lockerung der Milchzähne überwiesen. Die klinische Untersuchung umfasste Sondierungstiefen (ST) und Attachmentlevel (AL) an 6 Stellen/Zahn, Gingivaindex (GBI), Plaqueindex (PCR), Bluten auf Sondieren (BOP), Furkationsbefall, Lockerung und die Anfertigung von Röntgenbildern. Außerdem wurden subgingivale Plaqueproben an der jeweils tiefsten Stellen jedes Zahnes zum mikrobiologischen Nachweis von *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, *Fusobacterium nucleatum* und *Prevotella intermedia* entnommen (Meridol ParoDiagnostik, Fa. Gaba). Die Patienten bekamen eine supragingivale professionelle Zahnreinigung und Mundhygieneinstruktionen. Es folgten full-mouth-disinfection in Intubationsnarkose sowie die Extraktion nicht erhaltungswürdiger Zähne mit anschließender adjuvanter Antibiotikagabe (Amoxicillin plus Metronidazol jeweils 250mg 3x/d für 7 Tage).

Bei NG wurde eine kieferorthopädisch/prothetische Apparatur eingegliedert. Begleitend wurden die palmoplantaren Hyperkeratosen und die Tinea capitis bei beiden Kindern dermatologisch behandelt.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Erstuntersuchung ergaben bei beiden Patienten Sondierungstiefen von 2 bis 11 mm, Furkationsbefunde Grad III an jeweils 4 Zähnen und erhöhte Lockerungen an den meisten Zähnen. Vor der Therapie konnte *Actinobacillus actinomycetemcomitans* an allen Zähnen subgingival in einer Keimzahl von $3,0 \times 10^2$ bis $5,1 \times 10^6$ nachgewiesen werden. Während der aktiven Therapie wurden 7 (RG) respektive 9 (NG) Zähne extrahiert. Die Heilung verlief komplikationslos. Vor der Therapie zeigte das Blutbild bei beiden Kindern eine Leukozytopenie. 6 Monate nach Therapie konnten die Sondierungstiefen bei beiden Kindern deutlich bis auf maximal 4 mm reduziert werden. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* war an keiner Stelle mehr nachweisbar. Die gingivalen Verhältnisse stellten sich insgesamt klinisch unauffällig dar. Bei NG kann aufgrund des Durchbruchs der mittleren Inzisivi im UK auf den Zahnersatz verzichtet werden.

Schlussfolgerung:

Bei extrem hohem Parodontitisrisiko erhalten beide Kinder monatliche Nachsorgetermine; dabei gestaltet sich die Erhebung der Parodontalindizes (GBI/PCR) bei den Vorschulkindern recht schwierig. Nach primär erfolgreicher kombiniert mechanischer und antibiotischer Parodontitistherapie sind regelmäßige Kontrollen und prophylaktische Maßnahmen unabdingbar. Die Elimination von *Actinobacillus actinomycetemcomitans* scheint in der Behandlung parodontaler Erkrankungen bei Papillon-Lefèvre-Syndrom von signifikanter Bedeutung zu sein.

ABSTRACTS II**Auswirkung der Wurzelkonditionierung mit EDTA auf die Heilung intraossärer Defekte nach regenerativer Parodontalchirurgie mit Schmelz-Matrix-Proteinen**

M. Berakdar¹, A. Kasaj¹, Willershausen¹, N.B. Arweiler², A. Sculean³

Das Ziel dieser kontrollierten klinischen Studie war den Effekt der Wurzeloberflächenkonditionierung mit EDTA auf die Heilung von intraossären Defekten nach regenerativer Parodontalchirurgie mit Schmelz-Matrix-Proteinen (SMP) zu untersuchen.

Vierundzwanzig Patienten mit je einem tiefen intraossären Defekt wurden entweder mit Lappenoperation, Wurzeloberflächenkonditionierung mit EDTA (PrefGel[®], Straumann, Basel, Schweiz) und SMP (Emdogain[®], Straumann, Basel, Schweiz) (EDTA + EMD) oder mit Lappenoperation und SMP (EMD) alleine behandelt.

Sondierungstiefen (ST) und der klinische Attachmentlevel (CAL) wurden an der Baseline und ein Jahr nach Therapie von einem geblindeten und kalibrierten Untersucher gemessen.

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass sich in der EDTA + EMD-Gruppe die ST von $9,3 \pm 1,3$ mm auf $4,0 \pm 0,9$ mm ($p < 0,001$) und der CAL von $10,8 \pm 2,2$ mm auf $7,1 \pm 2,8$ mm ($p < 0,001$) verbesserten. In der EMD-Gruppe verringerte sich die ST von $9,3 \pm 1,2$ mm auf $4,2 \pm 0,9$ mm ($p < 0,001$) und der CAL von $11,0 \pm 1,7$ mm auf $7,3 \pm 1,6$ mm ($p < 0,001$). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen gefunden.

Es kann gefolgert werden, dass die Konditionierung der Wurzeloberfläche mit EDTA die Heilung nach regenerativer Parodontalchirurgie mit SMP weder statistisch noch klinisch signifikant bessert. Die vorliegenden Ergebnisse können keinen zusätzlichen Vorteil der Wurzeloberflächenkonditionierung mit EDTA im Rahmen der regenerativen Parodontalchirurgie mit SMP zeigen.

Berakdar M Dr., Poliklinik für Zahnerhaltung, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Kasaj J Dr., Poliklinik für Zahnerhaltung, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Willershausen B Prof. Dr., Poliklinik für Zahnerhaltung, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Arweiler NB OA Prof. Dr., Abt. für Zahnerhaltung und Parodontologie, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg i. Br.

Sculean A Prof. Dr. Dr., M.S., Abteilung für Parodontologie, Universität Nijmegen, Philips van Leydenlaan 25, P.O. Box 9101, 117 Thk, Niederlande

ABSTRACTS III**C-Reaktives Protein und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei unbehandelten Parodontitispatienten
- Eine Pilotstudie -**

Autoren:

Deimling D, Bissé E, Nagursky H, Koch Ch, Rathe F, Ratka-Krüger P

Abstract:

Das Krankheitsbild einer Parodontitis wird noch heute vielfach als ein rein lokal entzündliches Geschehen angesehen. Epidemiologische Studien belegen jedoch, dass sich diese parodontale Erkrankung auch systemisch auswirken kann. Ziel der vorliegenden Pilotstudie war festzustellen, inwieweit eine Parodontitis hämatogene Entzündungsparameter beeinflusst. Hierfür wurden die Blutseren von 20 gesunden und 10 parodontal erkrankten Probanden hinsichtlich der Konzentration des Akute-Phase-Proteins C-reaktives Protein (CRP) sowie die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG) vor Therapie bestimmt.

Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg geprüft und genehmigt. Die Auswertung ergab, dass sich beide Entzündungsparameter innerhalb des als „gesund“ definierten Werteintervalls bewegten. Jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe führte eine unbehandelte Parodontitis zu einer moderaten Erhöhung der Werte (parodontal erkrankt vs. gesund: (1) CRP: $0,2684 \pm 0,3037$ mg/dl vs. $0,1584 \pm 0,1535$ mg/dl; (2) BSG (nach einer Stunde): $7,50 \pm 7,44$ mm vs. $4,35 \pm 2,71$ mm). Bei genauerer Betrachtung zeigte sich, dass der prozentuale Anteil der CRP-Werte, die den Wert von 0,3 mg/dl überschritten, innerhalb der parodontal erkrankten Probanden größer war (parodontal erkrankt vs. gesund: 30% vs. 15%). Dies bestätigt den in der Literatur beschriebenen Trend, dass die Parodontitis als Risikofaktor für kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen gesehen werden kann.

FORUM

PAR-Patientin mit chronischer Colitis ulcerosa	
E-Mail vom 29.11.2005	Antwort vom 30.11.2005
<p>Guten Tag Frau Kollegin Streletz, ich hätte gerne einen Ratschlag zu o.g. Patientin im Alter von 42 Jahren ... habe o.g. Patientin im Februar 2003 bei generalisierten Taschenbefunden von 3-6 mm geschlossen kürettiert. Die Befunde während der ersten Nachsorgetermine stimmten mich optimistisch ... mittlerweile stehe ich wieder vor gleichem Problem ... eine Kombinationstherapie mit Amoxicillin und Metronidazol lehnt der Hausarzt wegen der bestehenden collitis ulcerosa ab ... Gespannt warte ich auf Ihre Antwort! Mit freundlichen Grüßen, T. Kurz</p>	<p>Sehr geehrter Herr Kollege Kurz, zur Beurteilung des Falles wäre es wichtig zu wissen, wie die Nachsorge bei der Patientin ausgesehen hat. Wie ist die Mundhygiene und wie haben Sie dies festgestellt? Welche Nachbehandlung ist erfolgt? Mit freundlichen Grüßen. Eva Streletz</p>
Antwort vom 30.11.2005	Antwort vom 01.12.2005
<p>Guten Tag Frau Kollegin Streletz, vielen Dank für Ihr E-Mail! Die Nachsorge bei uns besteht i.d.R. aus engmaschigem Recall (alle 3-4 Monate das erste Jahr) mit Taschen/Blutungsmessung, MU-Hygieneunterweisung (an mögl. problematischen Stellen) und PZR. Die MU-Hygiene der Patientin ist „konjunkturrell“ gut ... könnte aber besser sein ... Sie kennen das Problem, „erwachsenen“ Patienten das „Zähneputzen“ „beizubringen“ ... ich werde vor Weihnachten eine Keimzahlbestimmung aus allen Quadranten machen ... und wie „immer“ wird dann herauskommen, dass Actinabacillus, Porphyromonas, Tannerella und Treponema incl. ein paar Fusobakterien die „Vorherrschaft“ im Sulcus übernommen haben ... bei Patienten, die u.g. antibiotische Kombination „vertragen“, sind meine Behandlungserfolge dann auch gut ... Mit freundlichen Grüßen, T. Kurz</p>	<p>Sehr geehrter Herr Kollege Kurz, wenn regelmäßiges subgingivales Reinigen im Recall nicht ausreicht und Sie antibiotisch nicht tätig werden dürfen, wäre vielleicht eine lokale Therapie mit CHX (Perio-Chip) eine Alternative? In jedem Fall würde ich die Patientin weiter alle 3 Monate sehen und auch jedes Mal subgingival reinigen (Schlagenhauf sagt dazu umrühren). Mehr fällt mir dazu aber auch nicht ein. Mit freundlichen Grüßen, Eva Streletz</p>
Antwort vom 02.12.2005	Antwort vom 02.12.2005
<p>Guten morgen Frau Kollegin Streletz, vielen Dank für Ihre Antwort! Leider muss ich feststellen, dass wir „Weißkittel“ auch nur mit Wasser Kochen ;-) An Perio-Chips habe ich auch schon gedacht, doch wenn ich überlege, dass ich pro Parodont bis zu vier Chips brauche und mit der Anzahl der Zähne multipliziere ... wird mir die Patientin bei Vorlage des HKP mit Kopfschütteln begegnen. Mit freundlichen Grüßen, T. Kurz</p>	<p>Sehr geehrter Herr Kollege Kurz, eine große Tube CHX-Gel kostet nicht viel, die Verweildauer ist zwar nicht so optimal wie bei Chips, aber man kann es ja wiederholen ... was sagt denn der Doc zu Lokal-Antibiotika? Mit freundlichen Grüßen, Eva Streletz</p>

Antwort vom 30.11.2005

... wie Sie schon sagen, ist die Verweildauer aller Gels und Salben das große Problem, welches die Fa. Dexcel in bare Münze „umgewandelt“ hat ;-)
 Ich denke, dass ich mit dem behandelnden HA noch mal ins „Eingemachte“ gehen muss ... kennen Sie Kollegen, die mit Colitis-Patienten Erfahrung haben?
 Ihnen herzlichen Dank und ein schönes Adventswochenende!
 Ihr T. Kurz

Mundatmer

E-Mail vom 10.10.2005

Sehr verehrte Frau Kollegin Streletz, folgendes Problem beschäftigt mich schon einige Zeit. Vielleicht kann ja der eine oder andere Kollege aus der E-Group mir einen Tipp geben. Bei Mundatmern habe ich eine stark ausgeprägte Tendenz zu Entzündungen der Gingiva an den oberen Frontzähnen festgestellt. Was kann in diesen Fällen den Patienten geraten werden?
 Mit kollegialen Grüßen,
 Hans-Friedrich Hicks-Monreal

Antwort vom 02.12.2005

Sehr geehrter Herr Kollege Hicks-Monreal, ich hatte Ihre Anfrage an einige Kollegen weitergeleitet. Inzwischen habe ich Antworten von Prof. Eickholz und Prof. Ratka-Krüger erhalten. Der Tenor ist der gleiche: Lokale Plaquekontrolle, bei Hyperplasien Gingivektomie, Ursache behandeln: Logopädie, KFO etc. Sind Sie einverstanden, wenn ich Ihre Anfrage in die Rubrik „Forum“ der nächsten News stelle? Vielleicht fällt ja noch dem einen oder anderen Kollegen was ein.
 Mit freundlichen Grüßen,
 Dr. Streletz

Antwort vom 02.12.2005

Liebe Frau Kollegin, danke für Ihre Antwort und die Mühe, die Sie sich gemacht haben. Ich habe nichts dagegen, wenn Sie diese Fragestellung ins Forum geben.
 Mit freundlichen Grüßen,
 Dr. Hans-Friedrich Hicks-Monreal

Können Sie den Kollegen weiterhelfen?
 Oder haben Sie selbst Fragen zu bestimmten Themen?

 0 61 04 / 36 96
FAX: 0 61 04 / 38 38
E-Mail: info@nagp.de

TAGUNGSANKÜNDIGUNG



**14. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE AM BUNDESWEHR-
ZENTRALE KLINIK KOBLENZ
UND**

**12. FRÜHJARSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARO-
DONTOLOGIE e.V.**

AM 19./20. MAI 2006

VORKONGRESSKURS

AM 19. MAI 2006

**CHIRURGISCHE FURKATIONSTHERAPIE MIT PRAKTISCHEN
ÜBUNGEN AN SCHWEINEKIEFERN**

TAGUNGSPROGRAMM

17.⁰⁰ Uhr Begrüßung

OFA Dr. Th. Eger, Koblenz

17.¹⁵ Uhr Historische Entwicklung der Furkationstherapie

OFA Dr. Th. Eger, Koblenz

**17.³⁰ Uhr Indikation für resektive Furkationstherapie, Tunnelierungen und
regenerative Behandlungsmaßnahmen**

Prof. Dr. P. Eickholz, Frankfurt

18.⁰⁰ Uhr Praktische Übungen am Schweinekiefer

**- Tunnelierung mit apikalem Verschiebelappen und Parodontal-
verbandapplikation**

- Regenerative Technik mit Membran und Umschlingungsnaht

Prof. Dr. P. Eickholz, Frankfurt

Dr. E. Streletz, Heusenstamm

OFA Dr. Th. Eger und Team, Koblenz

**ab 19.³⁰ Uhr GEMEINSAMES ABENDESSEN IN DEN RÄUMEN DER OFFI-
ZIERSHEIMGESELLSCHAFT DES BwZKrhS KOBLENZ**

Die Teilnehmerzahl beim Vorkongresskurs ist auf 40 Personen beschränkt. Wir bitten daher um elektronische oder schriftliche verbindliche Anmeldung. Eine schriftliche Anmeldung wird rückübermittelt.

**Fachzahnärztliches Zentrum – Parodontologie
BwZkrhs Koblenz
Rübenacherstr. 170
56072 Koblenz**

Mitzubringen sind von allen Teilnehmern parodontalchirurgisches Lappenoperations-Instrumentarium incl. Skalpell, Nahtmaterial und Nadelhalter sowie OP-Kittel.

Für die Begleichung unserer Materialkosten sind 15,- € bei Kursbeginn zu entrichten.

(zertifiziert mit 3 Fortbildungspunkten zum freiwilligen Fortbildungssiegel der LZK Rheinland-Pfalz)



**14. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE AM BUNDESWEHR-ZENTRALKRANKENHAUS KOBLENZ
UND
12. FRÜHJARSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE e.V.**

AM 19./20. MAI 2006

**KONGRESS
AM 20. MAI 2006**

„FURKATIONSBETEILIGUNG - EIN UNGELÖSTES PROBLEM IN DER KLINISCHEN PARODONTOLOGIE?!“

VORLÄUFIGES TAGUNGSPROGRAMM

- 9.³⁰ Uhr Begrüßung und Einführung in das Tagungsthema**
Admiralarzt Dr. Brassel, Inspizient Zahnmedizin der Bundeswehr
Prof. Dr. P. Eickholz, Vorsitzender der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Dr. Kötz, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Koblenz
- 10.⁰⁰ Uhr Ätiologie und Diagnostik der Furkationsbeteiligung**
OFA Dr. Th. Eger, Ltr. Fachzahnärztliches Zentrum-Parodontologie BwZKrhs Koblenz
- 11.⁰⁰ Uhr KAFFEPAUSE**
- 11.¹⁵ Uhr Nichtchirurgische Furkationstherapie**
OFA Dr. Luepke, Fachzahnärztliches Zentrum-Parodontologie BwKrhs Hamburg
- 12.⁰⁰ Uhr MITTAGSPAUSE**
- 13.¹⁵ Uhr Resektive Furkationstherapie**
Prof. Dr. P. Eickholz, Poliklinik für Parodontologie Universitätsklinikum Frankfurt a.M
- 14.⁰⁰ Uhr Regenerative Furkationstherapie**
Prof. Dr. A. Sculean, Abt für Parodontologie, Universitätsklinikum Nijmegen
- 15.⁰⁰ Uhr KAFFEPAUSE**
- 15.¹⁵ Uhr Prognose furkationsbeteiligter Zähne - Furkationstherapie oder Implantat?**
OÄ Dr. B. Schacher, Poliklinik für Parodontologie Universitätsklinikum Frankfurt a.M
- 16.⁰⁰ Uhr Parodontalthherapie von furkationsbeteiligten Zähnen:
Kassenzahnärztliche- und privat Zahnärztliche Behandlungs- und Abrechnungsleitlinien**
Dr. E. Streletz, Heusenstamm
- 16.³⁰ Uhr Podiumsdiskussion**

**Die Teilnehmerzahl ist nicht beschränkt.
Es ist keine schriftliche Anmeldung erforderlich.**

(zertifiziert mit 6 Fortbildungspunkten - Gruppe A zum freiwilligen Fortbildungssiegel der LZK Rheinland-Pfalz)

**WAS MAN NICHT JEDEN TAG SIEHT, ABER LEICHT ÜBERSEHEN
KÖNNTE
BESONDERE FÄLLE IN DER PARODONTOLOGIE**

**14. Jahrestagung
der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP)**

Frankfurt, 23.09.2006

- 9.⁰⁰ Uhr Tagungseröffnung**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 9.¹⁵ Uhr Gingivawucherungen: Wenn die Gingiva ins Kraut schießt**
Dr. B. Dannewitz, Universität Heidelberg
- 10.⁰⁰ Uhr Sehr selten, aber sehr folgenschwer: Papillon-Lefèvre-Syndrom**
Dr. B. Noack, Universität Dresden
- 10.⁴⁵ Uhr PAUSE**
- 11.⁰⁰ Uhr Mundschleimhautveränderungen aus dermatologischer Sicht**
N.N.
- 11.⁴⁵ Uhr Mundschleimhautveränderungen aus zahnärztlicher Sicht**
Dr. T. Eger, Koblenz
- 12.³⁰ Uhr MITTAGSBUFFET**
- 14.¹⁵ Uhr Nekrotisierende ulzerierende Gingivitis und Parodontitis.
Was steckt dahinter und was kann man tun?**
Prof. Dr. A. Sculean MS, Universität Nijmegen
- 15.⁰⁰ Uhr Henne oder Ei? Paro-Endo-Läsionen**
Dr. B. Schacher, Universität Frankfurt
- 15.⁴⁵ Uhr PAUSE**
- 16.⁰⁰ Uhr Was tun bei aggressiver Parodontitis?**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 16.⁴⁵ Uhr DISKUSSION,
PREISVERLEIHUNG**
- 17.¹⁵ Uhr Mitgliederversammlung der NAGP e.V.**
- 20.⁰⁰ Uhr GESELLSCHAFTSABEND**

6 Fortbildungspunkte

IMPRESSUM

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