

## NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



### Inhalt:

<b>Editorial</b>	<b>2</b>
Imageprobleme E. Streletz	
<b>Tagungsbericht</b>	<b>3</b>
Tagungsbericht der Herbsttagung der Friedrich –Louis -Hesse -Gesellschaft sowie der 21. Jahrestagung der NAGP. M. Kramesberger	
<b>NAGP – Posterpreis 2013</b>	
<b>1. Preis</b>	
24-Monatsergebnisse nach regenerativer Therapie infraalveolärer Defekte mit oder ohne systemische Antibiotikagabe im Rahmen einer randomisierten, placebo-kontrollierten Arzneimittelstudie. L. Röllke, B. Schacher, M. Wohlfeil, TS. Kim, J. Kaltschmitt, J. Krieger, DM. Krigar, P. Reitmeir, B. Dannewitz, P Eickholz	<b>7</b>
<b>2. Preis</b>	
Parodontale Veränderungen bei Schwangeren mit und ohne Frühgeburtsbestrebungen AB. Raffauf, A. Kürschner, M. Kunze, JP. Woelber, A. Wittmer, A. Al-Ahmad, A. Serr, K. Vach, P. Ratka-Krüger	
<b>3. Preis</b>	
Farbbestimmung des periimplantären Gewebes an Titan- und Zirkonoxidabutments: eine prospektive randomisierte kontrollierte klinische Studie R. Cosgarea, C. Gasparik, B. Dannewitz, D. Dudea, B. Culic, A. Sculean	
<b>Tagungsankündigung</b>	<b>10</b>
Das Übel um den Döbel: Periimplantitis – Prävention ist besser als Therapie  22. Jahrestagung der NAGP e.V. in Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Johannes-Gutenberg Universität Mainz	
<b>Impressum</b>	<b>12</b>

## EDITORIAL

## Imageprobleme ...?

**Kammern und KZVen möchten das Image der Zahnärzte in der Öffentlichkeit verbessern. Das ist ja an und für sich löblich, wenn man bedenkt, dass immer noch bis zu 15% der Bevölkerung eine Zahnarztphobie haben – aber nur ein Teil dieser Menschen hat selbst schlechte Erfahrungen gemacht, der Rest hat die Angst auf dem sozialen Wege erlernt: Von Verwandten, Bekannten und Medienberichten.**

Das immer wieder kolportierte Bild des latent sadistischen, raffgierigen Zahnarztes, der Dollarzeichen in den Augen hat, wenn er eine Zahnlücke sieht, ist ja nach Ansicht unserer Standesvertreter völlig ungerechtfertigt – die Zahnheilkunde, so wird und gebetsmühlenartig eingetrichtert, ist ja in Deutschland auf dem höchsten Niveau der Welt, die Kollegen sind alle super engagiert und bilden sich so emsig fort, dass jeder immer auf dem neuesten Stand ist. Also ist es an der Zeit, das negative Image loszuwerden, denn es entbehrt ja jeder Grundlage ... aber wie?

„Wenn Du nicht mehr weiterweißt, dann bilde einen Arbeitskreis“ – die alte Beamtenweisheit kommt auch hier ganz richtig, und so fand Anfang April die „Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsbeauftragte“ mit Hilfe von Kommunikationsexperten statt.

Soll ein falsches Bild gerade gerückt werden – oder werden nur die Flecken auf der weißen Weste konsequent mit Tipp-Ex bepinselt? Das bröckelt dann aber irgendwann ...

Gutachterliche Tätigkeit ist nicht gut für Illusionen ... und nach mehreren Jahren kann ich manchmal die Zahnarztphobiker verstehen.

Da werden kariesfreie Zähne im Pulk heruntergeschliffen, Implantate an unbrauchbare

Stellen oder in eine unbehandelte Parodontitis herein gedübelt, erhaltbare Zähne werden entfernt, weil man einfach keine Vorstellung von Paro und Endo nach aktuellem Stand hat – und die seit Jahren bestehende Parodontitis wird so lange konsequent ignoriert, bis die Zähne wandern oder wackeln – gerne trotz einkommenserweiternder PZR alle paar Monate. Das alles dann möglichst noch kreativ abgerechnet und konsequent nicht dokumentiert.

So arbeitet nicht die Mehrheit – aber es sind auch nicht nur vernachlässigbar wenige bedauerliche Einzelfälle. Es gibt Kollegen/innen, die allen Abteilungen der Kammern und allen Kollegen der Umgebung negativ bekannt sind, die haufenweise negative Begutachtungen erhalten – und denen trotzdem nie etwas passiert.

Vielleicht wäre es eine Idee, die Energie, die man jetzt in die Öffentlichkeitsarbeit steckt, einmal konsequent in die rigorose Identifizierung von schwarzen Schafen zu stecken und diese dann auch zu verfolgen und gegebenenfalls an der weiteren Ausübung des Berufes zu hindern? Solange kein ernsthaftes Interesse besteht, den eigenen Laden sauber zu halten, ist Öffentlichkeitsarbeit für die Zahnärzteschaft nicht besser als die Eigenwerbung von Nestlé oder Monsanto.

Dr. Eva Streletz, Heusenstamm

**TAGUNGSBERICHT****Tagungsbericht der Herbsttagung der Friedrich –Louis -Hesse -Gesellschaft sowie der 21. Jahrestagung der NAgP.****Tagungsthema: „Mit dem Messer geht es besser - chirurgische Parodontitistherapie - was ist neu?“**

Die 21. Jahrestagung der NAgP fand in diesem Jahr am 26.11. 2013 in Leipzig statt und wurde gemeinsam mit der Herbsttagung der Friedrich- Louis- Hesse-Gesellschaft in den Tagungsräumen des Pentahotels durch den ersten Vorsitzenden beider Gesellschaften Prof. Dr. Dr. h.c. Holger Jentsch eröffnet. In seiner Begrüßungsrede dankte der Vorsitzende den zahlreich erschienenen Zuhörern und Vortragenden, kündigte einen interessanten Tag mit spannenden Vorträgen an und sprach seine Freude über die Premiere aus, beide Gesellschaften unter einem Dach begrüßen zu dürfen.

Die Vortagsreihe begann OA Priv. Doz. Dr. A. Kasaj (Mainz) mit dem Thema: „Resektive Parodontalchirurgie – noch aktuell?“ Zu Beginn führte er die Fragestellung nach der Notwendigkeit dieser Therapiemöglichkeit im Zeitalter von Implantaten und regenerativen Maßnahmen an und zeigte anschließend anhand der ausführlichen wissenschaftlichen Datenlage, dass resektive Maßnahmen bei flachen, ein- bis zweiwandigen Defekten zu voraussagbaren Ergebnissen besonders im Seitenzahnggebiet führen. Darüber hinaus sind sie mit Osteo- und Dento- plastiken sowie mit chirurgischer Kronenverlängerung kombinierbar. Weiterhin existieren mit den Möglichkeiten der externen Gingivektomie und Furkationstherapie auch heute noch Indikationen, bei denen mit resektiven Maßnahmen stabile Langzeitergebnisse erzielt werden können. Der Nachteil dieser Methode liegt in der entstehenden ungünstigen Ästhetik, demgegenüber eine erhöhte technische Ausstattung sowie ein vermehrter operativer Anspruch bei den rege-

nerativen Verfahren steht. Zusammenfassend konnte er jedoch einen Rückgang der resektiven Parodontalchirurgie feststellen und empfahl dessen Einsatz individuell mit den Bedürfnissen des Patienten abzustimmen.

Im zweiten Vortrag des Vormittags widmete sich Frau Priv. Doz. Dr. Pia-Merete Jervøe-Storm (Bonn) dem Thema: „Kann full-mouth scaling und root planing Parodontitischirurgie vermeiden?“ Mit einem geschichtlichen Rückblick beginnend vermittelte sie die Anfänge in der Vorgehensweise der gingivalen Kürettage, die das konsequente Entfernen von Konkrement und Wurzelzement verlangten bis zur Entwicklung des modernen scaling und root planing (SRP), das bei der Entfernung von Konkrementen und Biofilm dem Erhalt parodontaler Strukturen einen hohen Stellenwert beimisst. Anschließend präsentierte Sie wiss. Ergebnisse zur hohen Effektivität von SRP, die insbesondere bei einwandigen Defekten mit Sondierungstiefen (ST) bis 5,4 mm gegenüber offenen Verfahren einen höheren Attachmentgewinn erzielen. Zu dem Thema full-mouth scaling (FMS) und full-mouth disinfection (FMD) demonstrierte sie anhand ausführlicher Metaanalysen, dass sowohl beim FMS kein Vorteil gegenüber dem etappenweisen Vorgehen nachweisbar wäre, als auch FMD zu keiner signifikanten Verbesserung beiträgt und schlussfolgerte daraus, dass die Rekolonisation nur bedingt von FMD und FMS abhängig sei.

Zu dem Einsatz von Antibiotika bei der chirurgischen Parodontitistherapie referierte

**TAGUNGSBERICHT**

Frau Priv. Doz. Dr. Sigrun Eick (Bern). Anhand zahlreicher Studien konnte sie zeigen, dass sowohl die lokale als auch systemische Anwendung von Antibiotika (AB) bei der chirurgischen Parodontitistherapie keine signifikante Verbesserung bewirkt, gleichwohl der Zusatz von AB bei Membranen und Knochenersatzmaterialien zu einem höheren Attachmentgewinn führt und über einen längeren Zeitraum hemmend auf das Wachstum parodontopathogener Bakterien wirkt. Eine Konzentration von über 1 mg/ml beeinflusst jedoch nachteilig die Proliferation von Osteoblasten. Zur AB-Prophylaxe bei vorhandener Endokarditis, Organtransplantaten, Bisphosphonat oder immunsuppressiver Therapie empfahl sie die Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und zeigte anschließend die Nebenwirkungen von Penicillinen auf, die sich als toxische oder allergische Reaktion zeigen können sowie die residente Flora beeinträchtigen. Bedenken äußerte sie im Hinblick auf die zunehmende Resistenzentwicklung, die sowohl natürlichen als auch erworbenen Ursprungs sein kann und zeigte statistische Angaben über den zunehmenden Verbrauch von AB, der insbesondere außerhalb stationärer bzw. ambulanter medizinischer Versorgungseinrichtungen zugenommen hat. Zusammenfassend konnte sie eine Empfehlung für die Anwendung von AB bei der nicht chirurgischen Parodontitistherapie sowie als Zusatz bei Materialien für regenerative Maßnahmen empfehlen.

Über die grundsätzliche Notwendigkeit von Parodontitischirurgie als Therapieansatz regte im vierten Vortrag Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf (Leipzig) auf sehr unterhaltsame Weise an. Die größte Aufmerksamkeit richtete er auf den Erhalt des Kieferknochens, der sowohl aus der Sicht des Oralchirurgen als auch aus der des Prothetikers für eine spätere Rehabilitation entscheidend ist. Dabei führte er die Parodontitis als eine der Hauptursachen für den Knochenverlust an und zeigte, dass bei über 40 % der Patienten mit Parodontitis über einen Zeitraum von

Zehn Jahren eine proth. Behandlungsbedürftigkeit entsteht. Der zunehmende Einsatz von Implantaten bedingt dann aufgrund der knöchernen Substanzdefekte aufwendige Maßnahmen und führt bei vorhandenen residualen Taschen sowie Entzündungszeichen zu verminderten Erfolgsraten. Aufgrund dieser Problematik sprach er sich für eine kritische Prüfung des Behandlungsaufwands aus und formulierte die Therapieempfehlung „Extraction for Prevention“.

Dem Thema „Zahnerhalt vs. Extraktion - die Sichtweise aus der Parodontologie“ widmete sich im fünften Vortrag Priv. Doz. Dr. Stefan Reichert (Halle) und zeigte das Engagement der Zahnärzte beim Zahnerhalt anhand der Daten zum Rückgang der fehlenden Zähne in der Bevölkerung im Vergleich der DMS II zur DMS IV. Als Gründe führte er die zahlreichen Möglichkeiten der Therapie mit größeren Erfolgsraten sowie ein gestiegenes Interesse der Zahnärzte und Patienten an. Weiterhin stellte er fest, dass der Knochenverlust nach Extraktion größer als nach PA-Therapie sei und der Erhalt auch hoffnungsloser Zähne mit evtl. verzögerter Extraktion ein mögliches Therapieziel darstellen kann. Als Leitfaden zur Beurteilung prognostisch ungünstiger Einflussfaktoren empfahl er Patientenwünsche und Compliance, restaurative und funktionelle Aspekte, systemische und ätiologische Faktoren bei der Entscheidungsfindung mit zu berücksichtigen. Eine Empfehlung zur Extraktion sprach er bei Patienten mit systemischen Krankheiten aus, die eine dringende Reduktion der Bakterienmenge sowie geringere Entzündungsparameter erfordern.

Im Anschluss an die Mittagspause eröffnete OA Dr. Thomas Eger (Bundeswehrzentral Krankenhaus, Koblenz) die Vortragsreihe des Nachmittags und sprach zu dem Thema: „Therapie des Furkationsbefalls – sind regenerative Verfahren sinnvoll?“ Dazu begann er mit einer Einleitung in die grundlegende Problematik der Therapie ossärer Defekte im Furkationsbereich, der bei der

## TAGUNGSBERICHT

Wurzelglättung am Effektivsten durch direkte Sichtkontrolle begegnet werden kann und darüber hinaus eine Beurteilung der anatomischen Verhältnisse ermöglicht. Zur Vermeidung von Therapiefehlschlägen legte er besonderen Wert auf die exakte Klassifikation der Defekte, mikrobiologische Diagnostik, Patientenauswahl, Raucherentwöhnung, Berücksichtigung systemischer Erkrankungen sowie einer konsequenten Nachsorge. Für das therapeutische Vorgehen empfahl er beim Furkationsgrad I scaling und root planing bzw. eine Furkationsplastik, bei Grad II mit Sondierungstiefen (ST)  $\geq 6$  mm im Unterkiefer (Uk) sowie bei mesialen und bukkalen Defekten im Oberkiefer (Ok) regenerative Verfahren und bei Vorliegen von Grad III im Uk generell und im Ok bei ST  $\leq 5,5$  mm die Tunnelierung bzw. bei ST  $> 6$  mm die Wurzelamputation. Bei der Verwendung der Membrantechnik kann bei korrekter Indikationsstellung ein Attachmentgewinn von bis zu 2 mm und bei zusätzlicher Anwendung von Schmelzmatrixproteinen und EDTA ein weiterer Millimeter Gewinn gegenüber der konventionellen Lap-pentechnik erreicht werden.

Zu dem Einsatz von Schmelzmatrixproteinen bei supraalveolären Taschen referierte Prof. Dr. Dr. h. c. Holger Jentsch (Leipzig) und konstatierte zu Beginn über deren erfolgreiche Anwendung bei infraalveolären Defekten, die nun zunehmend für mehr Beachtung bei der regenerativen Therapie von supraalveolären Taschen geführt hat, da diese im Vergleich zu vertikalen Defekten auch viel häufiger festgestellt werden. Über den Gebrauch von Schmelzmatrixproteinen (SMP) berichtete er, dass deren Anwendung seit über 18 Jahren dokumentiert ist und in vielen Studien eine echte Regeneration nicht nur im Sinne eines Platzhalters nachgewiesen wurde. Anhand der Ergebnisse dreier Studien zeigte er bei der Therapie von supraalveolären Taschen mit SMP, dass durch deren Einsatz die ST reduziert werden konnten, ein Attachmentgewinn erzielt sowie

signifikant weniger Rezessionen nachweisbar waren. Diese positive Wirkung auf die Regeneration des Parodonts begründete er mit der Proliferation und Stimulierung von Fibroblasten, einer Abnahme der Entzündung sowie einem möglichen angiogenen Effekt, die nach seiner Einschätzung ein weites Feld für den Einsatz von SMP, insbesondere für die nichtchirurgische Parodontitis-therapie, eröffnet.

Im Anschluss daran ehrte er zusammen mit Frau Dr. Eva Streletz die Gewinner der Posterpräsentationen. Den ersten Preis erhielt Herr Lasse Röllke, M.Sc. (Frankfurt) für die Präsentation: „24-Monatsergebnisse nach regenerativer Therapie infraalveolärer Defekte mit oder ohne systemische Antibiotikagabe im Rahmen einer randomisierten, placebokontrollierten Arzneimittelstudie“. Über den zweiten Preis konnte sich Frau Anne Raffauf (Freiburg) freuen, die ein Poster zu „Parodontalen Veränderungen bei Schwangeren mit und ohne Frühgeburtsbestrebungen“ zeigte. Der dritte Preis wurde Frau Dr. Raluca Cosgarea (Bern) für die Darstellung des folgenden Themas verliehen: „Farbestimmung des periimplantären Gewebes an Titan- und Zirkonoxidabutments: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte klinische Studie.“

Nachfolgend dankte Prof. Dr. H. Jentsch Frau Wittig, Frau Tröger, Frau Sattler sowie Frau Dr. Eva Streletz für die Organisation der Gemeinschaftstagung in Leipzig und übergab das Wort an Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt), der über die regenerative Therapie von Knochentaschen sprach und zum Abschluss des Vortrags eine Empfehlung auf die Fragestellung zur Durchführbarkeit dieser Verfahren in der allgemeinzahnärztlichen Praxis in Aussicht stellte. Die bei den regenerativen Verfahren zur Anwendung kommenden Methoden verglich er anhand von Metaanalysen und zeigte, dass sowohl die GTR als auch der Einsatz von SMP dem Zugangslappen im Hinblick auf den Attachmentgewinn überlegen sind. Mit SMP

**TAGUNGSBERICHT**

und der GTR können gleichwertige Erfolge erzielt werden, es besteht jedoch ein Unterschied in der Anwenderfreundlichkeit. So ist der Einsatz von SMP weniger techniksensibel im Vergleich zur GTR, bei der erhöhte Komplikationsraten durch Membranexpositionen zu beobachten sind. Neben der Wahl der therapeutischen Methode existieren weitere Einflussgrößen, die den Erfolg regenerativer Verfahren beeinflussen. Dazu zählte er insbesondere residuale Infektionen, vorhandene Lockerungsgrade, die ab Grad II geschient werden müssen sowie Schnitt- und Nahttechniken, die er im Anschluss detailliert darstellte. Dabei sprach er sich sowohl für den vereinfachten Papillenerhaltungslappen als auch für die minimal invasive surgical techniques (MIST) aus, die im Vergleich zum modifizierten Papillenerhaltungslappen weniger Last auf den Defekt ausüben und im Fall der MIST ein spezielles Instrumentarium erfordern. Vor diesem Hintergrund formulierte er auf die eingangs gestellte Frage die Empfehlung, regenerative Verfahren von einem dafür spezialisierten Kollegen durchführen zu lassen.

Prof. Dr. Anton Sculean (Bern) präsentierte innovative Konzepte für die Rezessionsdeckung und führte in seinem Vortrag zunächst die Ursachen von Rezessionen auf, die häufig durch übertriebenes Putzen, Unfälle, hohe Muskelansätze, Piercings sowie nach KFO- und Parodontitistherapie entstehen. Die Indikationen zur Rezessionsdeckung ergeben sich aus den ungünstigen ästheti-

schen Verhältnissen bei freiliegenden Wurzeloberflächen sowie der damit einhergehenden erhöhten Sensibilität der betroffenen Zähne und einer erschwerten Plaquekontrolle. Als Ziel formulierte er eine Deckung bis zur Schmelz-Zement-Grenze, die von dem Schweregrad der Rezession (Miller I - IV), der Form der Zähne, dem Biotyp des Weichgewebes, der Breite der Gingiva, dem Knochenverlauf, der Raucherentwöhnung sowie dem Schutz des Koagulums maßgeblich abhängt. Die Präsentation der Ergebnisse hinterließ durch den visuellen Eindruck der aufgezeichneten Operationen einen bleibenden Eindruck bei den Zuhörern und ermöglichte einen Einblick in die eigens von ihm entwickelte, modifizierte coronale Tunneltechnik. Diese sei vor allem bei der Therapie im Ok und Uk in Kombination mit Bindegewebestransplantaten (BG) kombinierbar, wenn ein dünner Biotyp vorliegt. Für den dicken Biotyp empfahl er den coronalen Verschiebelappen ohne vertikale Entlastung nach Zucchelli. Darüber hinaus legte er nahe, die bei beiden Methoden verwendeten BG vor dem Wiedereinsetzen mit SMP zu konditionieren.

Im Anschluss sprach Prof. Dr. H. Jentsch den Vortragenden sowie dem Auditorium seinen Dank aus, informierte über die Frühjahrstagung der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft, lud die Kollegenschaft dazu ein und verblieb mit den besten Wünschen für ein schönes Wochenende.

Verfasser: Dr. Martin Kramesberger (Wolmirstedt)

**NAGP - POSTERPREIS**

1. Preis

**24-Monatsergebnisse nach regenerativer Therapie infraalveolärer Defekte mit oder ohne systemische Antibiotikagabe im Rahmen einer randomisierten, placebo-kontrollierten Arzneimittelstudie.**

L Röhlke<sup>1</sup>, B Schacher<sup>1</sup>, M Wohlfeil<sup>1</sup>, TS Kim<sup>2</sup>, J Kaltschmitt<sup>2</sup>, J Krieger<sup>2</sup>, DM Kriger<sup>2</sup>, P Reitmeir<sup>3</sup>, B Dannewitz<sup>1,2</sup>, P Eickholz<sup>1</sup>

- 1 Poliklinik für Parodontologie, ZZMK (Carolinum), Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
- 2 Sektion Parodontologie, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg
- 3 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg

**Zielsetzung:**

Vergleich der Ergebnisse 24 Monate nach regenerativer Therapie infraalveolärer Defekte mit oder ohne zusätzliche systemische postoperative Gabe von Doxycyclin.

**Material und Methoden:**

Bei 57 Parodontitis-Patienten (DOXY: 28; PLAC: 29; Ø Alter 51,6 ± 10,4 Jahre; 31 weiblich, 13 Raucher) wurde an 2 Zentren (Frankfurt/Main, Heidelberg) jeweils ein infraalveolärer Defekt (Tiefe ≥ 4 mm) regenerativ therapiert. Nach randomisierter Zuweisung erhielten die Patienten für 7 Tage postoperativ entweder 200 mg Doxycyclin/d oder Placebo. Vor und 24 Monate nach Therapie wurden klinische Parameter (Sondierungstiefen: ST; vertikale Attachmentlevel: PAL-V) erfasst und standardisierte Röntgenbilder angefertigt.

**Ergebnisse:**

In beiden Gruppen kam es zu statistisch signifikanten ( $p < 0,001$ ) ST-Reduktionen (DOXY: 3,7 ± 2,20 mm; PLAC: 3,4 ± 1,7 mm), PAL-V-Gewinnen (DOXY: 2,7 ± 1,9 mm; PLAC: 3,0 ± 1,9 mm) und knöcherner Auffüllung der Defekte (DOXY: 1.6 ± 2.7 mm; PLAC: 1.8 ± 3.0 mm). Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren klein und statistisch nicht signifikant (ST:  $p = 0,574$ ; PAL-V:  $p = 0,696$ , knöcherner Auffüllung:  $p = 0,318$ ).

**Schlussfolgerung:**

Nach regenerativer Therapie infraalveolärer Defekte führt die zusätzliche Gabe von 200 mg Doxycyclin 24 Monate postoperativ nicht zu besseren klinischen und röntgenologischen Resultaten. Diese Studie wurde von der August Wolff GmbH & Co, Bielefeld, der DGParo-GABA Forschungsförderung und dem Fachbereich Medizin der JWG-Universität Frankfurt unterstützt.

**NAGP - POSTERPREIS**

2. Preis

**Parodontale Veränderungen bei Schwangeren mit und ohne Frühgeburtsbestrebungen**

Raffauf AB, Kürschner A, Kunze M, Woelber JP, Wittmer A, Al-Ahmad A, Serr A, Vach K, Ratka-Krüger P

**Ziel der Studie:**

Im Rahmen einer prospektiven Studie sollten parodontale Veränderungen bei primär parodontal gesunden Frauen mit und ohne Frühgeburtsbestrebungen untersucht werden.

**Material und Methoden:**

In Gruppe 1 wurden 40 Schwangere (Alter Ø 30,1 Jahre) mit Frühgeburtsbestrebungen zu 2 Zeitpunkten (3. Trimenon und post partum) untersucht. In Gruppe 2 wurden 48 Frauen (Alter Ø 30,75 Jahre) mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf zu 3 Zeitpunkten untersucht (2. Trimenon, 3. Trimenon und post partum). In der Kontrollgruppe (Gruppe 3) erfolgte eine einmalige Untersuchung bei 50 nicht-schwangeren Frauen, die keine Kontrazeptiva einnahmen (Alter Ø 27 Jahre). Bei allen Untersuchungen wurde ein molekular-genetischer Test auf 11 parodontalpathogene Markerkeime durchgeführt (Fa. Hain, Nehren). Als klinische Parameter wurden Sondierungstiefen an 6 Stellen pro Zahn, Plaqueindex (PI, Silness und Loe 1964), Gingivaindex (GI, Loe und Silness 1963) und Bleeding-on-probing (BOP) erhoben. Daneben wurden demographische Daten und Geburtsparameter festgehalten. Außerdem wurde ein aMMP-8-Schnelltest durchgeführt (GSK, Brentford, UK).

**Ergebnisse:**

A. actinomycetemcomitans, P. gingivalis, T. forsythia, T. denticola, F.nucleatum und P. intermedia lagen bei Schwangeren mit Frühgeburtsbestrebungen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht vor ( $p < 0,05$ ). Außerdem zeigten diese einen signifikant höheren GI als Schwangere ohne Frühgeburtsbestrebungen (Gr.1  $0,68 \pm 0,06$ , Gr.2  $0,48 \pm 0,04$ , Gr.3  $0,48 \pm 0,05$ ,  $p < 0,05$ ). Bezüglich des PI zeigten schwangere Frauen signifikant höhere Werte als Nichtschwangere (Gr.1  $0,72 \pm 0,06$ , Gr.2  $0,63 \pm 0,05$ , Gr.3  $0,36 \pm 0,06$ ,  $p < 0,05$ ). Der BOP lag bei Schwangeren im 3. Trimenon mit und ohne Frühgeburtstendenz signifikant niedriger als nach Geburt (Gr. 1  $14\% \pm 1,77$  vs.  $22\% \pm 2,67$ , Gr. 2  $13\% \pm 1,82$  vs.  $19,5\% \pm 2,0$ ,  $p < 0,05$ ). Bezüglich des aMMP8-Tests konnten keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen festgestellt werden.

**Schlussfolgerung:**

Bei schwangeren Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen zeigten sich deutlich erhöhte Konzentrationen parodontalpathogener Keime; gleichzeitig lagen ein erhöhter Gingivaindex und höhere Plaquewerte vor. Schlussfolgernd sollte bei schwangeren Frauen, insbesondere mit Frühgeburtstendenzen, eine parodontale Untersuchung sowie eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt werden.

Diese Studie wurde von der DGZMK gefördert und von den Firmen Hain, GSK, Braun OralB und GABA unterstützt.



## NAGP - POSTERPREIS

### 3. Preis

# Farbbestimmung des periimplantären Gewebes an Titan- und Zirkonoxidabutments: eine prospektive randomisierte kontrollierte klinische Studie

Cosgarea R<sup>1,2</sup>, Gasparik C<sup>2</sup>, Dannewitz B<sup>3</sup>, Dudea D<sup>4</sup>, Culic B<sup>4</sup>, Sculean A<sup>5</sup>.

1 Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Cluj-Napoca, Rumänien

2 Klinik für Parodontologie, Universität Marburg, Deutschland

3 Sektion Parodontologie, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Mund-, Zahn- und Kieferklinik, Universitätsklinik Heidelberg, Deutschland

4 Sektion Propedeutik, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Cluj-Napoca, Rumänien

5 Klinik für Parodontologie, Universität Bern, Schweiz

**Ziel:** Den Farbunterschied der peri-implantären Mukosa an Titan- und Zirkonoxidabutments objektiv zu bestimmen sowie den Einfluss der peri-implantären Gewebsdicke auf die Farbparameter zu untersuchen.

**Material und Methode:** Elf Patienten mit jeweils zwei osteointegrierte und noch nicht prothetisch versorgte Implantate nahmen an der Studie teil. Die Implantate (MIS, Israel) wurden in kontralateralen Seitenzahnbereichen, an den gleichen Stellen gesetzt. Entsprechend einer Computer generierten Randomisierungsliste, wurden die Implantate entweder mit einem Titanabutment und einer vollverblendeten Metall Keramikkrone (VMK) oder mit einem Zirkonoxidabutment und einer Vollkeramik Krone (KK) versorgt. Multi-spektrale Bilder des peri-implantären Gewebes, sowie der Gingiva des Nachbarzahnes wurden vor und nach Zementierung der Kronen mittels einem Colorimeter (Schade Vision, X-Rite) aufgenommen. Die Farbparameter L\*, a\*, b\*, sowie der Farbabstand (Unterschied)  $\Delta E$  und die Farbsättigung (Chroma) C\* wurden anschliessend bestimmt. Die Gewebsdicke wurde an den Implantaten und deren Nachbarzähnen mit einer endodontischen Feile 1-, 2- und 3-mm vom Gewebsrand gemessen. Gepaarte T-Tests wurden für die statistische Auswertung der Farbunterschiede und Pearson Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen der Gewebsdicke und –farbe angewendet.

**Ergebnisse:** Das peri-implantäre Gewebe an Titan und Zirkonoxid (Test Gruppen) zeigte signifikante Farbabstände/-unterschiede ( $\Delta E$ ) im Vergleich zur Gingiva am natürlichen Zahn (Kontrollgruppe), sowohl vor als auch nach dem Einzementieren der prothetischen Aufbauten. Die Parameter b\* (blau-gelb Anteil) und C\* waren zu beiden Zeitpunkten nur für Titan im Vergleich zum natürlichen Zahn statistisch signifikant. Die Farbsättigung C\* zeigte eine signifikant positive Korrelation mit der peri-implantären Gewebsdicke am Titan bei 1mm und 2mm vom Mukosarand vor dem Einzementieren der prothetischen Krone. Die Helligkeit (L\*) zeigte eine positive Korrelation mit der Gewebsdicke für das Zirkonoxid 3 mm vom Mukosarand vor den Einzementieren.

**Schlussfolgerung:** Sowohl Titan als auch Zirkonoxid wiesen Farbunterschiede im Vergleich zu den natürlichen Zähnen auf. Verglichen mit Titan, resultierte das Zirkonoxid in einer besseren Farbanpassung der peri-implantären Mukosa an die Gingiva vom natürlichen Zahn.

## TAGUNGSANKÜNDIGUNG



22. Jahrestagung der NAGP e.V.



in Zusammenarbeit mit der  
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde  
der Johannes-Gutenberg Universität  
Mainz

31.10.2014

**Das Übel um den Dübel:  
Periimplantitis - Prävention ist besser als Therapie**

**Vorkongresskurse/Workshops**

**14.<sup>30</sup> - 18.<sup>30</sup> Uhr Periimplantäres Weichgewebemanagement. Hands-On-Workshop.**

Am Schweinekiefermodell werden verschiedene Methoden zur Optimierung des periimplantären Weichgewebes vorgestellt und geübt. Neben dem Einsatz von autogenen Transplantaten wird mit den Teilnehmern auch die Anwendung einer porcinen 3D-Kollagenmatrix (mucoderm®) trainiert.

Referenten: PD Dr. Adrian Kasaj, Dr. Eva Streletz

Firma: Botiss dental, Berlin

Teilnehmer: 17 (es gilt die Reihenfolge der Anmeldungen)

Fortbildungspunkte: 4+1

**14.<sup>30</sup> - 18.<sup>30</sup> Uhr Chirurgische Periimplantitis-Therapie. Hands-On-Workshop.**

Unterschiedliche Möglichkeiten der Implantatdekontamination werden diskutiert sowie resektive und regenerative Verfahren an Kiefermodellen angewendet.

Referenten: Dr. Matthias Mayer, MMSc

Firma: Straumann evt. mit Botiss dental gemeinsam

Teilnehmer: 20 (es gilt die Reihenfolge der Anmeldung)

Fortbildungspunkte: 4+1

**14.<sup>30</sup> - 18.<sup>30</sup> Uhr Prävention mit Konzept: Was, wann und wie oft?**

Prophylaxesitzungen sind in den Zahnarztpraxen häufig sehr unterschiedlich organisiert. Die Behandlungsdauer, einzelne Behandlungsschritte bis hin zu den verwendeten Materialien differieren von Praxis zu Praxis stark. Die zunehmende Nachfrage der Patienten nach qualitätsorientierten Prophylaxekonzepten in die Praxisabläufe stellen neue und interessante Anforderungen an das zahnärztliche Team.

Mehr als 80% aller Menschen leiden an Gingivitis oder Parodontitis. Erkrankungen, die durch regelmäßige professionelle Prophylaxesitzungen/UPT in der Zahnarztpraxis behandelt und unter Kontrolle gebracht werden können. Hierzu ist es allerdings erforderlich, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und den Patienten für die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu sensibilisieren.

Der Workshop greift aktuelle Entwicklungen in der Prophylaxe auf und richtet den Fokus auf parodontale Befunde, Mundhygieneindices und Patientenberatung:

Wie sage ich es meinem Patienten?

Referentin: Sylvia Fresmann

Teilnehmer: 30 (es gilt die Reihenfolge der Anmeldung)

Fortbildungspunkte: 4

## TAGUNGSANKÜNDIGUNG



## 22. Jahrestagung der NAGP e.V.



in Zusammenarbeit mit der  
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde  
der Johannes-Gutenberg Universität  
Mainz

01.11.2014

**Das Übel um den Dübel:****Periimplantitis – Prävention ist besser als Therapie**

- 9.<sup>00</sup> Uhr Tagungseröffnung**  
Prof. Dr. Dr. h.c. Holger Jentsch, 1. Vorsitzender der NAGP e.V.
- 9.<sup>10</sup> Uhr Zahnerhalt vs. Implantat – gibt es Entscheidungskriterien für die Praxis?**  
PD Dr. Adrian Kasaj, Mainz
- 9.<sup>40</sup> Uhr Parodontitis = Periimplantitis?**  
Prof. Dr. Petra Schmage, Hamburg
- 10.<sup>10</sup> Uhr Diskussion**
- 10.<sup>20</sup> Uhr Kaffeepause**
- 10.<sup>50</sup> Uhr Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß. Ätiologie und Diagnostik peri-implantärer Infektionen.**  
Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt/Main
- 11.<sup>20</sup> Uhr Periimplantitis – nichtchirurgische Intervention**  
Prof. Dr. Dr. hc. Holger Jentsch, Leipzig
- 11.<sup>50</sup> Uhr Periimplantitis – chirurgische Intervention**  
Dr. Matthias Mayer MMSc, Frankfurt/Main
- 12.<sup>20</sup> Uhr Diskussion**
- 12.<sup>30</sup> Uhr Mittagsbuffet**
- 13.<sup>30</sup> Uhr Vermeidung von Periimplantitis – was kann die Chirurgie leisten?**  
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz
- 14.<sup>00</sup> Uhr Vermeidung von Periimplantitis – was kann die Prothetik leisten?**  
OA Dr. Stefan Wentaschek MSc., Mainz
- 14.<sup>30</sup> Uhr Diskussion**
- 14.<sup>40</sup> Uhr Posterpreisverleihung der NAGP e.V.**
- 14.<sup>50</sup> Uhr Kaffeepause**
- 15.<sup>20</sup> Uhr Periimplantäre Rezessionsdeckung – Möglichkeiten und Grenzen**  
Dr. Christian Hammächer, Aachen
- 15.<sup>50</sup> Uhr Periimplantitis – Prävention und unterstützende Nachsorge**  
OTA Dr. Thomas Eger, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
- 16.<sup>20</sup> Uhr Diskussion**
- 16.<sup>30</sup> Uhr Schlusswort**
- 17.<sup>00</sup> Uhr Mitgliederversammlung der NAGP e.V.**
- 19.<sup>30</sup> Uhr Gesellschaftsabend im Heiliggeist in Mainz**

8 Fortbildungspunkte

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:** Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.  
**Redaktion:** Dr. Eva Streletz  
**Beirat:** Prof. Dr. Dr. Holger Jentsch, PD Dr. Adrian Kasaj  
Dr. Beate Schacher  
(verantwortlich für dieses Heft)

Die NAGP-News erscheinen bis zu 4x jährlich.

Webadresse: [www.nagp.de](http://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 <sup>®</sup>, <sup>™</sup> 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 bei NAGP – Gerichtsstand Münster