

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



Inhalt:

Editorial	14
Bildung – ganz weit fort ... E. Streletz	
Originalartikel	15
Curriculare parodontologische Fortbildung von SanStOffz Zahnarzt und die Auswirkungen auf Prävention und Kuration Th. Eger, J. Weyer, R. Thierbach	
Tagungsbericht	19
22. Symposium für Parodontologie und 20. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 24.05.2014 im Bundeswehrkrankenhaus Ulm OFA Dr. R. Thierbach	
NAGP – Postervorstellung 2014	
Nicht-chirurgische parodontale Therapie mit adjunktiver Gabe von Amoxicillin und Metronidazol für unterschiedliche Zeitabstände in Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis: Ergebnisse nach 6 Monaten einer klinisch randomisierten kontrollierten Studie R. Cosgarea, R. Juncar, R. Tristiu, N. Arweiler, C. Heumann, L. Lascu, A. Sculean	23
Nicht-chirurgische Parodontitistherapie bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis: eine prospektive, klinisch kontrollierte Studie R. Cosgarea, R. Tristiu, R. Juncar, N. Arweiler, L. Lascu, S. Eick, A. Sculean	24
The Effects of Root-Debridement on Biofilm-Removal, Bacterial Recolonisation, Fibroblast Re-Attachment and Hard-Substance-Alterations Comparing Different Treatment Modalities – an In-vitro Study. T. Hägi 1, S. Klemensberger, R. Bereiter, R. Cosgarea, S. Flury, A. Lussi, A. Sculean, S. Eick	25
NAGP – Poster 2013	26
Die Auswirkung auf parodontal-pathogene Bakterien bei täglicher Anwendung einer 0,06% chlorhexidinhaltenen Zahncreme beim UPT-Patienten J. Gröber	
Impressum	28
	13

EDITORIAL

Bildung – ganz weit fort ...

Jetzt mussten wir also wieder Mal den Nachweis der Pflichtfortbildung erbringen – 125 Punkte in fünf Jahren, das ist das Mindeste, was dem Deutschen Zahnarzt zugemutet werden kann. Ist ja kein Problem – wenn man unserer Standesführung Glauben schenkt, dann bilden wir uns ja alle fort bis an die Schmerzgrenze – aber wo liegt die eigentlich genau? Mein Navi hilft mir da nicht.

Lehnen wir uns also zurück auf dem Lorbeerkranz und überlegen, wie wir die nächsten 5 Jahre mit angemessener Fortbildung füllen. Die Möglichkeiten werde ja immer mehr – die Klassiker Tagung und Kurs, wo man für teures Geld den Hintern plattsitzt, mit den Kollegen fachsimpelt, Bekanntschaften erneuert und gelegentlich auch dem Referenten zuhört, gibt es zwar immer noch – aber wir kriegen unsere Punkte doch auch locker kostenlos zusammen! Die Dentalindustrie lädt gerne zu lockeren Treffs, bei denen man sich zu leckeren Snacks und kleinem Unterhaltungsprogramm die Tugenden des neuesten Produktes anhört – unabhängige Wissenschaft ist was anderes, aber da gibt's immer so leckere Spießchen ... und man braucht sich auch keine allzu großen Sorgen zu machen, dass der Lernfortschritt zu große Sprünge macht.

Wir brauchen uns aber auch gar nicht aus dem Hause zu bewegen! CME heißt das Zauberwort – Artikel überfliegen und dann ein paar multiple-choice-Fragen beantworten. Keine Angst, die werden schon nicht zu schwierig gestaltet, man will ja keine zarte Zahnarztseele verschrecken Mutige machen das gleich online, das spart dann auch

noch Papier und man hat ein paar CO2-Gewissens-Aktien frei für die Tour im Porsche.

Oder wir gehen gleich richtig online – Headset auf die Ohren und Vorträge im Netz anhören! Vielleicht sogar ganz modern als interaktive Veranstaltung, wo wir von zu Hause aus mitdiskutieren können ... vorausgesetzt, unser Nachwuchs hat uns vorher geholfen, Software und Login zu beherrschen. Klick – 4 Punkte. Ob ich dabei die Zeitung lese, Rotwein trinke oder vielleicht sogar zuhören, interessiert keinen.

Was machen wir eigentlich mit den Fortbildungspunkten, die wir trotz aller Vorsicht zu viel angesammelt haben? Wäre es nicht interessant, so etwas wie den Handel mit Emissions-Anteilen ins Leben zu rufen? Unethischer als der wäre das auch nicht und für fleißige Klicker eine schöne Nebenverdienstmöglichkeit

Also wie auch immer, bilden wir uns mal fort. Aber die Frage bleibt – wohin?

Dr. Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL

Curriculare parodontologische Fortbildung von SanStOffz Zahnarzt und die Auswirkungen auf Prävention und Kuration

Autoren:

Oberstarzt Dr. Thomas Eger, BwZKrhs Koblenz, Abt VIIA

Oberfeldarzt Dr. Jochen Weyer, BwKrhs Berlin, Abt VIIA

Oberfeldarzt Dr. Rene Thierbach, BwKrhs Ulm, Abt VIIA

Die Bedeutung einer Parodontalerkrankungen auf das tägliche Leben und die militärische Einsatzfähigkeit wird heute von kritischen Soldaten höher eingeschätzt als vor 25 Jahren. Patienten mit schweren Parodontalerkrankungen habe eine schlechtere Mundgesundheitsabhängige Lebensqualität als gesunde Patienten. Dieses Problem kann zumindest teilweise durch schnelle nichtchirurgische Parodontalbehandlungen innerhalb von 24 Stunden erfolgreich angegangen werden (Jowett et al 2009). Identifizieren und schnelles Behandeln von Hochrisikopatienten für Karies und Parodontitis sind das wichtigste Ziel des zahnärztlichen Dienstes einer modernen einsatzorientierten Armee im Heimatland. In der Bundeswehr wird durch die verpflichtende jährliche einsatzbezogene Dental-Fitness-Untersuchung ein wichtiger Beitrag zu dieser nicht zivil dargestellten zahnmedizinischen Diagnostik, zum Beispiel im Rahmen der Feststellung der Auslandsdienstverwendungsfähigkeiten, geleistet und der parodontale Behandlungsbedarf der Soldaten erfasst.

Seit Ende der 80er Jahre ist im zivilen Sektor durch freiwillige frühkindliche Untersuchungen, Kindergartenbetreuung durch Zahnärzte, Bewerbung und Verbreitung von fluoridierter Zahnpasta und Interdentalraumreinigung mit Zahnseide oder Zwischenraumbürsten sowie Einführung kostenfreier individualprophylaktischer Leistungen für Kinder und Jugendliche ein erheblicher und erfreulicher Kariesrückgang in Deutschland eingetreten. Als zahnmedizinische Volkskrankheit Nr. 1 rückte damit die Parodontitis, die inzwischen bis zum 65. Lebensjahr für den größten Teil des Zahnverlustes verantwortlich ist, in den Vordergrund des Behandlungsbedarfes in Deutschland. Zahnbeweglichkeit, freiliegende Zahnhälse und Zahnhalsüberempfindlichkeiten bei der Nahrungsaufnahme, genauso wie funktionelle Limitationen, Dyskomfort durch Schmerz oder Dysstress, zum

Beispiel bei verändertem Lächeln, Behinderung (physisch, psychosozial und sozial) durch Mundgeruch spielen eine große Rolle bei der Nachfrage nach einer Therapie.

Im Sanitätsdienst dürften bei Übernahme der zivilen epidemiologischen Daten derzeit ca. 15.000 Soldaten unter einer therapiebedürftigen Parodontitis leiden (Baelum & López 2013, Genco & Borgnakke 2013, Holtfreter et al. 2010). In den letzten Jahren wurden meist 1800-2200 parodontologische Behandlungen, schwerpunktmäßig an den 4 Bundeswehrkrankenhäusern mit den entsprechenden parodontologischen Behandlungszentren und Fachzahnärzten/Spezialisten für Parodontologie in den Abteilungen VIIA, vorgenommen. Eine kassenzahnärztliche zivile Abstützung ist derzeit aufgrund der fehlenden flächendeckenden Versorgungs-

ORIGINALARTIKEL

situation in Deutschland (circa 150 Fachzahnärzte/Spezialisten nicht gegeben. Parodontale Curricula zur studentischen Ausbildung wurden während der letzten 20 Jahre weitgehend überarbeitet und erheblich erweitert. Auf dem Kompenzlevel 4 werden diese weiterhin nicht an allen deutschen Universitätszahnkliniken vermittelt (Baehni & Wiskott 2006, Chambers 1998).

In den regionalen Sanitätseinrichtungen wurden in den letzten Jahren durchschnittlich jährlich 6 systematische Parodontalbehandlungen je behandelndem SanStOffz durchgeführt. Für eine flächendeckende Versorgung ist daher eine deutlich Steigerung der Behandlungskapazität in den regionalen Behandlungseinrichtungen für leichte und moderate Parodontitis Behandlungsfälle (83%) mittels nicht-chirurgischer Parodontaltherapie notwendig. Für weitgehend bezahlte Patienten betragen die Kosten für eine einstündige Behandlungssitzung im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie (UPT), einschließlich parodontaler Befunddokumentation (Parodontale Sondiertiefen, Attachmentlevel und Furkationsbeteiligungen) und subgingivaler Reinigungen von 5 Zähnen ca. 150€. Bei den meisten Patienten sind nach Risikoanalyse jährlich zwei UPT notwendig. Daher entstehen für 10 Jahre UPT ca. 3000€ Behandlungskosten. Diese Ausgaben werden durch den prothetischen Ersatz von zusätzlich zwei 2 Zähnen die ohne UPT durchschnittlich in dieser Zeit verloren werden deutlich übertroffen (Eickholz 2013, Eger et al 2013, Müller et al 2013). Diese Behandlungsmaßnahmen sollen in den regionalen Zahnarztgruppen durchgeführt werden. Hierfür wurde seit 2010 die Möglichkeit des Erwerbs eines Tätigkeitsschwerpunktes im Bereich der Parodontologie für Truppenzahnärzte in Form eines Curriculum Parodontologie als 5-teiliger Lehrgang mit 148 CE-Stunden geschaffen, der inhaltlich analog den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie entspricht.

Material und Methoden

Die Teilnehmer dokumentierten die von Ihnen erbrachten parodontologischen Leistungen zu Lehrgangsbeginn, nach dem 3. Lehrgang (Abschluß der theoretischen Anteile nach 0,5-1,5 Jahren) und nach Abschluss der praktischen Fortbildungsphase sowie fachlichem Abschlussgespräch nach 2-3 Jahren.

Ergebnisse

In den Jahren 2012 und 2013 haben 24 von 64 SanStOffz Zahnarzt dieses Curriculum erfolgreich abgeschlossen. Die parodontale Instrumentenausstattung wurde in den Jahren 2010-2012 durch die regionalen Sanitätskommandos ebenso wie die Zahl der fortgebildeten Prophylaxeassistenzen in den Zahnarztgruppen erhöht (Abb.1, Abb.2).

Die Zahl jährlicher systematischer Parodontalbehandlungen wurde von den Absolventen von 13,6 auf 40,8 Patienten erweitert (Abb.3). Ein Sanitätsstaboffizier begann nach dem Abschluß des Curriculum Parodontologie die dreijährige Vollzeitweiterbildung zum Spezialisten für Parodontologie und schloss im ersten Weiterbildungsjahr 84 systematische Parodontalbehandlungen ab.

Die Anzahl der parodontalen Nachsorgesitzungen im Rahmen der einsatzvorbereitenden Prophylaxe, die mehrheitlich durch Mitarbeiterinnen der SanStOffz Zahnarzt erbracht wurden, konnten im Untersuchungszeitraum um 29,8% erhöht werden (Abb.4). Die vorbestehenden bekannten fachlichen Fähigkeitslücken im Bereich der Parodontologie (Erkrankungsformen deren Therapie sich die Absolventen nicht zutrauten) wurden von 58% auf 8% reduziert. Patienten mit Diabetes mellitus- oder HIV-assoziiertes Parodontitis, generalisierter schwerer chronischer Parodontitis, aggressiver Parodontitis und Periimplantitis werden weiterhin von vielen curricular fortgebildeten Zahnärzten zu

ORIGINALARTIKEL

Fachzahnärzten/Spezialisten für Parodontologie an die Bundeswehr-Krankenhäuser überwiesen.

Diskussion

Parodontitis ist eine multifaktorielle Erkrankung mit einer meist bakteriellen Infektionsursache. In Inbalance zwischen bakterieller Infektion und Wirtsantwort wird durch viele externen Faktoren, wie z.B. der Lebensstil, aber auch genetische Faktoren beeinflusst. Die Assoziation von psychischem Stress mit Parodontalerkrankungen wurde am Beispiel der akuten nekrotisierend-ulcerativen Gingivitis und Parodontitis in vielen Militärpopulationen dargestellt worden (for rev. Johnsons et al 1986). Basierend auf verschiedenen Reviews über den Effekt von Stress auf die Entwicklung von Parodontitis gelten negativer Stress und andere psychologische Faktoren als Risikofaktoren für Parodontalerkrankungen. Stresseffekte können durch verschiedene Stressbewältigungs- und Copingverfahren über Zeiträume von 24 Monaten modifiziert und reduziert werden. Passive Coping –Strategien haben zu schwereren Parodontitisformen geführt, wohingegen aktive psychologisch eintrainierte Coping-Techniken zu einer abschwächung der bestehenden Parodontitis führten die einfacher zu behandeln war (Wimmer et al 2005). Moderate und schwere Parodontitisformen haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen. Durch die vollständige subgingivale Reinigung aller Wurzeloberflächen innerhalb von 24 Stunden, die den Lehrgangsteilnehmern im Rahmen des Curriculum-Parodontologie durch die Autoren vermittelt wird und

die damit hervorgerufene schnelle und mittelfristige Verbesserungen der Lebensqualität werden die Patienten beruhigt und motiviert (Jowett et al 2009).

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die postgraduierte berufsbegleitende curriculare Fortbildung von Allgemeinzahnärzten aus regionalen Sanitätseinrichtungen zu einer häufigeren Durchführung von Parodontalbehandlungen führt. Dies reduziert die Stresseffekte, die eine unbehandelte Parodontitis auf den betroffenen Soldaten und die zeitkritische notwendige Wiedererlangung der dentalen Fitness und Auslandsdienstverwendungsfähigkeit hat.

Limitationen der Studie

Die geringe Zahl an Militärzahnärzten, die bisher das Curriculum nach den drei Lehrgangswochen und die kurze daran anschließende meist 12-14 monatige Reevaluationszeit, schränken die Interpretation der Studienergebnisse ein. Weitere Forschungen, besonders zu der daraus resultierenden Behandlungsqualität und der persönlichen Beweggründe den freiwilligen Abschluss des Curriculums in Form von Fallpräsentationen zu betreiben, sind notwendig.

Schlussfolgerung

Das bundeswehrinterne Curriculum Parodontologie ist eine effektive Möglichkeit der Steigerung der parodontologischen Behandlungskapazität bei jungen SanStOffz Zahnarzt und schließt universitär bedingte Fähigkeitslücken.

ORIGINALARTIKEL

Literatur

1. Baehni PC, Wiskott HWA. „The redesigned undergraduate dental curriculum at the University of Geneva“. In Hoffmann T, Meyle J: Mit der Lehre von Heute zum Zahnarzt von Morgen - Lehrabstimmung in der PA Quintessenz Verlags-GmbH Berlin 2006;47-54.
2. Baelum V, López R. Periodontal disease epidemiology – learned and unlearned? *Periodontology 2000* (2013);62:37-58.
3. Chambers DW. Competency-based dental education in context. *Eur J Dent Educ* (1998);2:8-13.
4. Eger T, Thierbach R, Hartung S, Boros G, Kashta A. Effektive langfristige unterstützende Parodontitistherapie. *Parodontologie* (2013);24:243-253.
5. Eickholz P. Was ist eigentlich eine PZR? Welche Bedeutung hat die PZR im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)? *Parodontologie* (2013);24:255-263.
6. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontology 2000* (2013);62:59-94.
7. Holtfreter B, Kocher T, Hoffmann T, Desvarieux M, Micheelis W. Prevalence of periodontal disease and treatment demands based on a German dental survey (DMS IV). *J Clin Periodontol* (2010);37:211-9.
8. Johnson BD, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Periodontol* (1986);57:141-150.
9. Jowett AK, Marian TS, Orr TS, Rawlinson A, Robinson PG. Psychosocial impact and its treatment with 24-h root surface debridement. *J Clin Periodontol* (2009);36:413-418.
10. Müller S, Eickholz P, Reitmeir P, Eger T. Long-term tooth loss in periodontally compromised but treated patients according to type of prosthodontic treatment. A retrospective study. *J Oral Rehabil* (2013);40:358-367.
11. Wimmer G, Kohldorfer G, Mischak I, Lorenzoni M, Kallus KW. Coping with stress: its influence on periodontal therapy. *J Periodontol* (2005);76:90-98.

TAGUNGSBERICHT

22. Symposium für Parodontologie und 20. Frühjahrs-tagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 24. Mai 2014 im Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Interdisziplinäre Parodontologie

Am 24. Mai 2014 lud erstmalig das Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Abb. 1) unter Federführung der Abteilung VIIA und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie zum traditionell gemeinsam veranstalteten Symposium für Parodontologie der Bundeswehr und zur Frühjahrstagung der NAGP e.V. ein.



Abb. 1 Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Der Themenschwerpunkt „Interdisziplinäre Parodontologie“ der diesjährigen Veranstaltung stieß mit der ausgebuchten Veranstaltung auf dem Ulmer Eselsberg auf sehr reges Interesse bei den 120 Teilnehmern sowohl aus dem zivilen, als auch aus dem militärischen Bereich.

Die Veranstaltung wurde durch den Chefarzt des Bundeswehrkrankenhauses Ulm, Generalarzt Dr. Kalinowski eröffnet. Er wies auf die Bedeutung der Zahnmedizin als integraler Bestandteil der spezialisierten Fachabteilungen eines Bundeswehrkrankenhauses hin und unterstrich die Bedeutung der Zahnmedizin und hier insbesondere der Parodontologie für die Zusammenarbeit im Rahmen einer patientenbezogenen, interdisziplinären Medizin.

Zahnmedizin und Medizin

Im Eröffnungsvortrag demonstrierte Frau Oberfeldarzt Dr. Kladny (Ulm) die unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten

des Bundeswehrkrankenhauses Ulm in Bezug auf zahnmedizinische Problemstellungen. Als ein Krankenhaus der Maximalversorgung verfügt das Bundeswehrkrankenhaus Ulm über eine Vielzahl von Kompetenzzentren, wie u.a. ein Kopfbereich, indem die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten interdisziplinär gebündelt werden, um eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu erreichen.

So zeigte Frau Oberfeldarzt Dr. Kladny anhand von Behandlungsfällen die enge Vernetzung des Hauses zwischen den einzelnen Fachdisziplinen, wie Zahnmedizin, Orthopädie, HNO, Neurologie, Dermatologie, Anästhesie und MKG-Chirurgie auf.

Parodontitis und Herzerkrankungen

In seinem Vortrag „Wenn Parodontitis zu Herzen geht“ zeigte Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt am Main, Abb. 2) den Zusammenhang zwischen parodontalen Erkrankungen und dem Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen auf.

TAGUNGSBERICHT



Abb. 2 Prof. Dr. Peter Eickholz (Universität Frankfurt am Main)

Eingangs demonstrierte er den Pathomechanismus der Parodontitis und deren Einfluss auf die Entstehung artherosklerotischer Veränderungen. Des Weiteren ging er auf die wechselseitigen Beziehungen beider Erkrankungen ein. Prof. Dr. Eickholz zeigte anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen, dass unbehandelte Parodontalerkrankungen mit einem erhöhten Risiko für einen Myokardinfarkt und Schlaganfall vergesellschaftet sind und dass eine erfolgreiche Parodontaltherapie Surrogatparameter von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (endotheliale Dysfunktion) verbessern kann.

Parodontitis und Antibiotikatherapie

Frau Dr. Inga Harks (Münster, Abb. 3) referierte über die Ergebnisse der multi-zentrisch angelegten ABPARO-Studie. Um die Bedeutung der durchgeführten Untersuchung zu unterstreichen, diskutierte sie eine Übersicht der bisherigen Studien, die sich auf eine antibiotische Therapie bei parodontalen Erkrankungen beziehen. Sie stellte die Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit der verschiedenen Untersuchungen heraus und beschrieb die notwendigen Anforderungen für eine hohe Studien-Evidenz.



Abb. 3 Dr. Inga Harks (Universität Münster)

Im Anschluss stellte Dr. Harks die komplexen Ergebnisse der ABPARO-Studie dar. So zeigte sich, dass die mechanische Parodontistherapie sehr effizient ist und sich nur ein geringer Zusatzeffekt einer Antibiose ergibt. Dieser zeigt sich u.a. in einer geringeren Attachmentverlustrate. Die klinische Relevanz einer Antibiotikatherapie ist dabei abhängig vom Zeitpunkt, den gemessenen Parametern und dem Schweregrad der parodontalen Erkrankung.

Periimplantitis

Oberfeldarzt Dr. René Thierbach (Ulm) referierte zum Thema Periimplantistherapie und stellte die histologischen Unterschiede zwischen natürlichen Zähnen und Implantaten dar. Obwohl sich eine Periimplantitis und eine Parodontitis im klinischen Erscheinungsbild ähneln, so zeigen sich doch große Unterschiede in Bezug auf parodontale und periimplantäre Gewebestrukturen und das Voranschreiten der Entzündungsreaktion. Anschließend beschrieb er neben den Risikofaktoren die derzeitige Evidenz bezüglich der chirurgischen und der nichtchirurgischen Periimplantistherapie. So führen nichtchirurgische Verfahren bei einer etablierten Periimplantitis nur zu kurzzeitigen Verbesserungen. Anhand eines Patientenfalles demonstrierte er die Möglichkeiten eines resektiven und eines regenerativen chirurgischen Therapieansatzes. Abschließend unterstrich Oberfeldarzt Dr. Thierbach die Notwendigkeit einer präoperativen und postoperativen Periimplantitis-Prävention durch eine entsprechende Indikationsstellung und Vorbehandlung (insbesondere bei Parodontitis-

TAGUNGSBERICHT

patienten) vor Implantation und eine anschließende Nachsorge der Patienten.

Curriculare Fortbildung

Seit vielen Jahren wird für die Zahnärzte der Bundeswehr an der Sanitätsakademie in München eine zivil anerkannte curriculare Fortbildung für Parodontologie durchgeführt. Ziel dieser Fortbildung soll u.a. eine qualitative Verbesserung der Parodontaltherapie sein. Oberstarzt Dr. Thomas Eger (Koblenz) wies in seinem Vortrag „Qualitäts- und Quantitätssteigerung der parodontalen Therapie durch curriculare Fortbildung“ anhand einer Auswertung der Kursserien der letzten drei Jahre sowohl eine Steigerung der Anzahl der durchgeführten Parodontaltherapien als auch eine Steigerung der Nachsorgeleistungen nach. Positive Effekte zeigen sich auch bei der materiellen Ausstattung (PA-Instrumentarium) in den Behandlungseinrichtungen und der Weiterqualifikation des zahnärztlichen Assistenzpersonals zur ZMF oder ZMP.

Im Anschluss an den Vortrag konnten durch den Inspizienten Zahnmedizin der Bundeswehr (Admiralarzt Dr. Barth) und Prof. Dr. Eickholz an fünf Absolventen die Zertifikate für eine erfolgreiche Teilnahme an den Kursbausteinen des Curriculums Parodontologie überreicht werden.

Parodontitis und Diabetes

Der Zusammenhang zwischen Diabetes und Parodontitis wurde von Prof. Dr. Dr. Holger Jentsch (Leipzig) näher beleuchtet. Er wies auf die deutliche Zunahme der Prävalenz von Diabetes in der Bevölkerung und dessen zukünftige Bedeutung für die Sozialsysteme hin. Prof. Dr. Dr. Jentsch stellte anhand von wissenschaftlichen Studien die Ergebnisse der Parodontaltherapie bei Diabetikern dar. Ein gut eingestellter Diabetiker zeigt hierbei

ähnlich gute Therapieergebnisse, wie ein gesunder Patient, wohingegen bei nichteingestellten Diabetikern schlechtere Ergebnisse, insbesondere Wundheilungsstörungen zu erwarten sind.

Im Rahmen der Implantattherapie zeigt sich ebenfalls eine negative Assoziation zwischen Implantatmisserfolgen und einem nicht ausreichend eingestellten Diabetes.

Die Frage, ob eine parodontologische Therapie die Parameter für Diabetes positiv beeinflusst, konnte von Prof. Dr. Dr. Jentsch positiv beantwortet werden und er wies auf eine Reduktion des HbA1c-Wertes durch parodontale Therapie hin.

Antibiotika-Prophylaxe bei Risikopatienten

Frau Dr. Beate Schacher (Frankfurt am Main, Abb. 4) machte die Bedeutung einer ausführlichen Anamnese zur Erkennung von Risikopatienten deutlich. Des Weiteren erläuterte sie die Häufigkeit von Bakteriämien durch zahnärztliche Therapiemaßnahmen und das damit verbundene Risiko für den Gesamtorganismus. So zeigt z.B. das Zähneputzen eine ähnlich hohe Bakteriämiehäufigkeit wie Scaling und Root planing.



Abb. 4 Dr. Beate Schacher (Universität Frankfurt am Main)

Anschließend ging Frau Dr. Schacher auf die einzelnen Indikationen für eine orale Antibiotikaprophylaxe ein. Eine Notwendigkeit zeigt sich in jedem Fall bei Patienten mit einem hohen Endokarditis-Risiko.

TAGUNGSBERICHT

Eine Notwendigkeit bei Organtransplantierten, Patienten mit Bisphosphonattherapie, schlecht eingestelltem Diabetes mellitus, hämatologischen und Autoimmunerkrankungen, HIV-Infektionen und bei Zustand nach Kopf-Hals-Bestrahlung. Die Aussagen zur Antibiotikaphylaxe bei Endoprothesenträgern sind widersprüchlich. Im Zweifel ist es immer ratsam Rücksprache mit den behandelnden Ärzten zu suchen.

Dr. Schacher machte zum Abschluss ihres Vortrages deutlich, dass für die Antibiotika-Phylaxe bei Risikopatienten neben einer engen Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärzten der Patienten das Verständnis der parodontalen Gesundheit als allgemeine Prophylaxe notwendig ist.

Regenerative Parodontalchirurgie

Privatdozent Dr. Adrian Kasaj (Mainz) stellte in einer Übersicht die parodontalchirurgischen Indikationen für koronale Verschiebelappen und Bindegewebstransplantate in Verbindung mit der Envelope-Technik zur Deckung gingivaler Rezessionen dar, um dann zu seinem Thema „Weichgewebe aus dem Blister“ überzuleiten. Hier stellte er verschiedene allogene, xenogene und alloplastische Materialien und deren Anwendungen dar. Vorteile einer künstlichen Weichgewebematrix sind u.a. in der Verfügbarkeit des Materials und der Vermeidung eines zweiten Operationsgebietes, z.B. am Gaumen zu sehen. Anhand zahlreicher Behandlungsfälle demonstrierte er die Anwendung einer Kollagenmatrix mit vorhersagbar guten Ergebnissen bei Rezessionen der Miller Klassen I und II.

Fazit:

Insbesondere die Verknüpfung zwischen Medizin und Zahnmedizin und die Einbindungen beider Approbationen gerade bei komplexen Behandlungsfällen, sei es nun primär zahnmedizinisch oder medizinisch birgt große Chancen für eine Steigerung der medizinischen Ergebnisqualität. Auch wenn bei den Fachzahnärzten und DG PARO-Spezialisten für Parodontologie der Ansatz der Betrachtung des Patienten als Gesamtorganismus bereits tief verwurzelt ist, so birgt insbesondere die konsiliarische Mitbetrachtung und hier insbesondere die parodontologische Begutachtung von Patienten mit systemischen Erkrankungen die Möglichkeit einer modernen und patientenorientierten (Zahn)Medizin.



Abb. 5 Referenten und Veranstalter der Tagung (v.l.n.r.: Dr. Kalinowski (Chefarzt BwK Ulm), Prof. Dr. Eickholz, Dr. Harks, Dr. Eger, Dr. Schacher, Prof. Dr. Dr. Jentsch, Dr. Kladny, Dr. Barth, Dr. Bieber, PD Dr. Kasaj, Dr. Thierbach)

Verfasser:

Dr. med. dent. René Thierbach
Abt. VIIA - Fachzahnärztliches Zentrum
Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Oberer Eselsberg 40
89081 Ulm

NAGP – POSTERVORSTELLUNG 2014**Nicht-chirurgische parodontale Therapie mit adjunktiver Gabe von Amoxicillin und Metronidazol für unterschiedliche Zeitabstände in Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis: Ergebnisse nach 6 Monaten einer klinisch randomisierten kontrollierten Studie**

Raluca Cosgarea, Raluca Juncar, Roxana Tristiu, Nicole Arweiler, Christian Heumann, Li-ana Lascu, Anton Sculean

Ziel:

Das Ziel dieser Studie war es die klinischen Ergebnisse 6 Monate nach nicht-chirurgischer Parodontitistherapie alleine oder mit adjunktiver Gabe von 2 unterschiedlichen Protokolle von Amoxicillin (AMX) und Metronidazol (MET) (d.h. über 3 oder 7 Tagen) bei Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis (ChP) zu untersuchen.

Material und Methode:

90 Patienten mit fortgeschrittener chronischer Parodontitis (mindestens 1 ST \geq 6mm/Quadrant) wurden entsprechend einer computergenerierten Randomisierungsliste wie folgt behandelt: Scaling und Wurzelglättung (SW) innerhalb von 24 Stunden (Gruppe A), SW und adjunktive Gabe von AMX und MET, je 500 mg/ 3 mal täglich für 3 Tage (Gruppe B) bzw. für 7 Tage (Gruppe C). Sondierungstiefen (ST), klinischer Attachmentlevel (AL), Furkationsbeteiligung und Lockerungsgrade wurden an 6 Stellen/Zahn bei Baseline, nach 3 und 6 Monaten erhoben. Zusätzlich wurden Blutung auf Sondierung (BoP), Gingivaler Blutungsindex (GBI) und Plaqueindex (PCR) bestimmt. Als Hauptzielvariable wurde die Reduktion der ST \geq 6mm festgelegt. Zur statistischen Auswertung wurden ANOVA, ANCOVA, Bonferroni und Tukey Tests angewendet.

Ergebnisse:

93 Patienten haben die Studie abgeschlossen. Nach 6 Monaten, zeigte die mittlere ST, in allen drei Gruppen, eine statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Baseline (Gruppe A: von $5,45 \pm 0,61$ auf $3,46 \pm 0,45$, B: von $5,44 \pm 0,49$ auf $2,83 \pm 0,40$, C: von $5,88 \pm 0,85$ auf $3,03 \pm 0,49$, $p < 0,05$). Gruppen B und C zeigten statistisch signifikant größere ST Reduktionen im Vergleich zu Gruppe A ($p < 0,05$). Die Anzahl der ST ≥ 6 mm reduzierte sich signifikant ($p < 0,05$) von $26,11 \pm 16,98$ auf $8,07 \pm 6,10$ in Gruppe A, von $30,15 \pm 15,40$ auf $1,30 \pm 2,44$ in Gruppe B, von $40,35 \pm 24,50$ auf $6,52 \pm 8,86$ in Gruppe C. Gruppen B und C zeigten eine statistisch signifikante Reduktionen ($p < 0,05$) der Anzahl der ST ≥ 6 mm im Vergleich zu Gruppe A.

Schlussfolgerung:

In Patienten mit fortgeschrittener chronischer Parodontitis zeigte die nicht-chirurgische Parodontitistherapie mit adjunktiver Gabe von AMX und MET über 7 und über 3 Tage signifikant bessere klinische Ergebnisse als die nicht-chirurgische Therapie alleine; beide Antibiotikaprotokollen zeigten ähnliche klinische Ergebnisse

NAGP – POSTERVORSTELLUNG 2014**Nicht-chirurgische Parodontitistherapie bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis: eine prospektive, klinisch kontrollierte Studie**

Cosgarea R, Tristiu R, Juncar R, Arweiler N, Lascu L, Eick, S, Sculean A.

Ziel

Einige Studien deuten auf eine höhere Prävalenz der Parodontitis (PA) in Patienten erkrankt an Rheumatoider Arthritis (RA) und liefern den Hinweis einer Korrelation zwischen dem Schweregrad der beiden Erkrankungen. Ziel dieser Studie war es die klinischen Ergebnisse nach 6 Monaten nach nicht-chirurgischen Parodontitistherapie bei Patienten mit RA zu untersuchen.

Material und Methode

16 Patienten mit RA und PA (Testgruppe) und 16 Patienten mit moderater chronischer Parodontitis (Kontrollgruppe) wurden mit Scaling und Wurzelglättung (SW) innerhalb von 24 Stunden behandelt. Sondierungstiefen (ST), klinischer Attachmentlevel (AL), Furkationsbeteiligung und Lockerungsgrade wurden an 6 Stellen/Zahn bei Baseline, nach 3 und nach 6 Monaten erhoben; zusätzlich wurden Blutung auf Sondierung (BoP), Gingivaler Blutungsindex (GBI) und Plaqueindex (PCR) bestimmt. Zur Beurteilung der RA, wurden die Parameter Rheumatoider Faktor (RF), CRP (C reaktives Protein) und ESR (Erythrozyten Sedimentationsrate) analysiert.

Ergebnisse

14 Patienten mit RA und PA haben die Studie abgeschlossen. Nach 3 und nach 6 Monaten reduzierten sich in beiden Gruppen alle parodontalen Parameter statistisch signifikant ($p < 0,05$). Patienten mit RA zeigten eine mittlere ST-Reduktion von $4,65 \pm 0,85$ mm auf $2,34 \pm 0,86$ mm; die Anzahl der Sondierungstiefen ≥ 4 mm reduzierte sich von 466 auf 96 ($p < 0,05$). Die rheumatologischen Parameter verbesserten sich ebenfalls statistisch signifikant ($p < 0,05$): CRP (von $6,25 \pm 8,86$ auf $2,99 \pm 3,63$) und ESR (von $31,18 \pm 25,62$ auf $24,78 \pm 16,55$). Der rheumatoide Faktor RF erreichte nur bei 3 Monate eine Reduktion von $74 \pm 96,33$ auf $59,75 \pm 72,84$; nach 6 Monaten erhöhte sich dieser Wert auf $86,79 \pm 89,57$.

Schlussfolgerung

Die nicht-chirurgische Parodontitistherapie führte zu statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen der parodontalen und rheumatologischen Parameter 6 Monate nach Behandlung.

NAGP – POSTERVORSTELLUNG 2014**The Effects of Root-Debridement on Biofilm-Removal, Bacterial Recolonisation, Fibroblast Re-Attachment and Hard-Substance-Alterations Comparing Different Treatment Modalities – an In-vitro Study.**

* Tobias T. Hägi¹, S.Klemensberger¹, R. Bereiter¹, R. Cosgarea^{2, 3}, S. Flury¹, A. Lussi¹, A. Sculean¹ and S. Eick¹

¹School of Dental Medicine, University of Bern, Bern, Switzerland,

²University of Cluj-Napoca, Cluj-Napoca, Romania

³Philips University, Marburg, Germany

Background:

The primary goal in the treatment of periodontitis is to completely remove bacterial biofilm and to establish a biocompatible surface preventing or retarding recolonisation. However, repeated instrumentation may lead to substance loss or surface alteration on the treated teeth. The purpose of this in-vitro-study was therefore, to evaluate four treatment modalities in terms of removal of a multi-species biofilm and their relative effects to hard-substance-alterations.

Material & Methods:

Multi-species biofilms have been formed on standardized dentine specimens for 3.5 days. Subsequently, the dentine specimens were placed into artificially created pockets and treated as follows: a) air-polishing with AIR-Flow Master with PERIO-FLOW System using erythritol (APE), b) APE combined with chlorhexidine digluconate (APE-CHX), c) hand instrumentation with curettes (CUR), and c) ultrasonication (US). After one (1x) and five (5x) treatments, the efficacy for reducing bacterial counts (log₁₀) and the caused tooth substance-alterations on the dentine specimens as well as bacterial recolonisation and fibroblast re-attachment were evaluated and statistically analysed by means of ANOVA with Post-Hoc LSD.

Results:

The cleaning efficacy expressed as bacterial reduction (log₁₀ reduction) after 5x instrumentation was highest when applying APE-CHX (4 log₁₀ cfu) followed by APE and US (each 3 log₁₀ cfu). The lowest reduction was found after CUR (2 log₁₀ cfu, each p<0.001 compared with other treatments). In contrast, substance loss (thickness) was the highest when using CUR (128±40 µm after 5x) in comparison (each p<0.001) with US (14±12 µm), APE (6±7 µm) and APE-CHX (11±10) µm.

The evaluation of bacterial recolonization revealed less total counts after US, APE (each p<0.01) and after APE-CHX (p<0.001) after 5x treatment. Similarly, fibroblast re-attachment on the treated surfaces was significantly improved for US and APE (each p<0.05) when compared to hand instrumentation after 5x instrumentation.

Conclusion:

Treatment with APE-CHX, APE and US resulted in higher cleaning efficacy and less tooth substance-loss than treatment with CUR. Bacterial recolonization and fibroblast re-attachment was favourable for US and APE.

NAGP – POSTER 2013**Die Auswirkung auf parodontal-pathogene Bakterien bei täglicher Anwendung einer 0,06% chlorhexidinhaltigen Zahncreme beim UPT-Patienten**

J. Gröber

Wirft man einen Blick auf den Markt der Mundhygieneartikel stellt man fest, dass die Hersteller eindeutig auf den Verkauf von Zahncremes setzen, die der Kariesprophylaxe dienen. Doch Karies ist schon lange keine Volkskrankheit mehr.

Unser Hauptaugenmerk müssen wir in der heutigen Zeit auf die parodontale Gesundheit unserer Patienten legen. Doch was empfehlen wir Ihnen? Im Gegensatz zum Überangebot kariesprophylaktischer und zahnaufhellender Zahncremes ist es schwer unseren Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Parodontitisbehandlung die richtige Zahncremeempfehlung zur häuslichen Mundpflege auszusprechen.

Mit Hilfe dieser Studie soll aufgezeigt werden wie sich parodontal-pathogene Bakterien bei täglicher Verwendung einer 0,06 % chlorhexidinhaltigen Zahncreme beim UPT Patienten verhalten. Die vorteilhafte Substantivität von Chlorhexidin und seine bakteriostatischen Eigenschaften waren uns bisher zur Kurzzeitanwendung bekannt. Die 14- 30-tägige Anwendung einer 0,2%-igen Chlorhexidinspülung nach chirurgischen oder parodontalen Eingriffen ist schon seit Jahren der Goldstandard zur Plaquekontrolle. Doch reicht eine 0,06%-ige Konzentration aus, um diese Eigenschaften aufrecht zu erhalten und sogar die Anzahl parodontal-pathogener Keime zu reduzieren, ohne die unerwünschten Nebenwirkungen wie Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit und Verfärbungen von Zahnoberflächen? Natürlich sind diese Nebenwirkungen reversibel, dennoch soll die häusliche Zahnpflege durch diese eventuell auftretenden Nebenwirkungen nicht beeinträchtigt oder gar unterlassen werden.

Der klinische Teil der Kurzzeitstudie wurde über einen Zeitraum von 12 Wochen an einem 33-jährigen UPT-Patienten durchgeführt. Nach der im Januar 2012, unter antibiotischer Therapie, erfolgreich abgeschlossener Parodontitistherapie kam der Patient im 3-monatigen Recall zur UPT. Er weist eine durchschnittliche Mundhygiene und Verständnis für die Wichtigkeit der UPT auf

Durchführung der Studie:**1. Abschnitt: 27.03.2013**

Entfernung aller supragingival gelegener, bakterieller Plaque.

Der Patient wurde darüber aufgeklärt die nächsten 6 Wochen weiterhin seine häusliche Mundpflege in gewohnter Routine zu betreiben. Dazu gehören 2mal tägliches Zähneputzen, die einmal tägliche Interdentalraumreinigung sowie tägliche Verwendung eines Zungenreingers. Als Zahncreme wurde ihm dazu Sensodyne® Flourid zur Verfügung gestellt.

2. Abschnitt: 14.05.2013

Entfernung aller supragingival gelegener, bakterieller Plaque.

Probenentnahme zur Abklärung des subgingivalen Keimspektrums mittels Carpegen® Periodiagnostik.

Der Patient wurde erneut darüber aufgeklärt für die nächsten 6 Wochen seine Mundpflege wie im ersten Studienabschnitt zu betreiben. Als Zahncreme wurden ihm dazu GUM Paroex Daily prevention 0,06% Chlorhexidin Digluconate ® zur Verfügung gestellt.

NAGP – POSTER 2013

Auswertung der ersten mikrobiologischen Diagnostik

An der subgingivalen Entnahmestelle 37 mesio-buccal konnte *Tanerella forsythia* nachgewiesen werden.

An der Entnahmestelle 47 mesio-lingual konnte *Tanerella forsythia* (stark erhöhte Keimzahl), *Trepone-ma denticola* (erhöhte Keimzahl), und *Fusobacterium nucleatum ssp.* (geringe Keimzahl) nachgewiesen werden.

An den beiden weiteren Entnahmestellen konnten keine Keime in pathogener Anzahl nachgewiesen werden.

Des Weiteren wurde die adjuvante Therapie durch eine einwöchige Einnahme von Metronidazol (3x täglich 400mg) oder alternativ eine lokale Therapie durch eine einmalige Applikation eines 14%igen Doxycyclingel bei lokalen Defekten oder rezidivierenden Stellen empfohlen

3. Abschnitt: 25.6.2013

Es wurde nochmals alle supragingival gelegene, bakterielle Plaque entfernt.

Nochmalige Abklärung des subgingivalen Keimspektrums mittels Probenentnahme durch Carpen-gen® Periodiagnostik.

Zum Erhalt vergleichbarer Werte wurden die Proben zur zweiten Abklärung selbstverständlich an denselben Stellen entnommen wie bei der Ersten.

Auswertung der zweiten mikrobiologischen Diagnostik

An der subgingivalen Entnahmestelle 37 mesio-buccal konnten keine Keime in parodontal-pathogener nachgewiesen werden.

An der Entnahmestelle 47 mesio-lingual konnte *Tanerella forsythia* nachgewiesen werden, jedoch nicht in erhöhter Keimzahl.

Aufgrund der sehr geringen Anzahl nachweisbarer parodontal-pathogener Markerkeime konnte aus mikrobiologischer Sicht auf eine antibiotische Therapie verzichtet werden.

Nach Verwendung der 0,06% chlorhexidinhaltigen Zahncreme konnten im subgingivalen Keimspektrum erheblich weniger parodontal-pathogener Markerkeimer nachgewiesen werden.

Obwohl die Studie nur an einem Patienten durchgeführt wurde und es keine Vergleichspatienten gab, sind diese deutlichen Ergebnisse durchaus als Erfolg zu bewerten.

Jedoch sollte man Patienten, welchen man diese Zahncreme empfiehlt verdeutlichen, dass es sich lediglich um eine Unterstützung der häuslichen Mundpflege handelt und in keinsten Weise die Parodontitistherapie ersetzen kann. Ebenso wichtig ist die Aufklärung darüber, dass eine gründliche häusliche Mundpflege nicht durch die Verwendung dieser Zahncreme vernachlässigt werden darf, da die häusliche Plaqueentfernung einen der wichtigsten Bausteine der UPT darstellt.

Zusätzlich sollte man seinen Patienten auch über möglicherweise auftretende Nebenwirkungen aufklären.

Abschließend bleibt zu sagen das die Verwendung einer 0,06 % chlorhexidinhaltigen Zahncreme, nach erfolgreich abgeschlossener Parodontitisbehandlung, zur häuslichen Mundpflege durchaus zu empfehlen ist.

Jedoch muss wie bei allen Empfehlungen die vorausgegangene Anamnese des Patienten beachtet werden, um jedem Patienten eine individuelle Empfehlung zur häuslichen Mundpflege aussprechen zu können.

Jennifer Gröber ZMF

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz, Jutta Sattler
Beirat: Prof. Dr. Dr. hc. 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

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 [®], [™] 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