

PN KONGRESSE

Jubiläumstagung der DGP in Dresden

Einer der Höhepunkte neben den wissenschaftlichen Vorträgen war die meridol®-Preisverleihung

Fortsetzung von Seite 1

Neben den zahlreichen interessanten Vorträgen, welche sich nicht nur der Wissenschaft, sondern auch der Entstehungsgeschichte der ARPA bzw. der DGP in West- und Ostdeutschland widmeten, wurden im Rahmen der Gala-Veranstaltung im Finanzministerium u.a. der meridol®-Preis an Dr. Barbara Noack (1. Preis), Dr. Peter Meisel (2. Preis) sowie an Dr. Thomas Beikler und Dr. Jörg Eberhard (beide 3. Preis) verliehen.

Weitere Ehrungen bekamen der Community Mediziner Dr. med. habil. Henry Völzke (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin) und Diplom-Mathematiker Christian Schwahn (Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde). Der Fröhlichpreis ist die renommierteste Auszeichnung im Bereich der Parodontologie und wurde 1996 zum letzten Mal verliehen, da in der Zwischenzeit keine preiswürdigen Arbeiten eingereicht wurden. Auf demselben Kongress erhielt Privatdozent Dr. Peter



meridol®-Preisträger v. l. n. r.: Dr. Jörg Eberhard, Dr. Thomas Beikler, Dr. Peter Meisel und Dr. Barbara Noack

Meisel (Institut für Pharmakologie) den Oral-B-Preis für seine Publikation „Dose-effect relation of smoking and the interleukin-1 gene polymorphism in periodontal disease“ (J Periodontol., 2004). Dr. med. dent. Jutta Fanghänel und Prof. Dr. med. dent. Thomas Kocher vom Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erhielten ebenfalls einen Oral-B-Preis zusammen mit ihrer Erstautorin Dr. Barbara Noack von der TU Dresden für eine Studie über „Novel mutations in the cathepsin C gene in pa-



V. l. n. r.: Prof. Dr. Jörg Meile, Bärbel Kiene, Dr. Jörg Eberhard, Prof. Dr. Dr. Soren Jepsen, Dr. Barbara Noack, Dr. Peter Meisel, Dr. Thomas Beikler und Prof. Dr. Thomas Hoffmann.

tients with pre-pubertal aggressive periodontitis and Papillon-Lefevre syndrome“,

das heißt einer Sonderform von aggressiver Parodontitis. **PN**

„Für die Routinebehandlung steht die Plaquebeherrschung im Vordergrund“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf der DGP Jubiläumstagung in Dresden mit Prof. Dr. Heinz H. Renggli



Prof. Dr. Heinz H. Renggli

zwischen verschiedenen Parodontitisformen differenzieren kann und die therapeutischen Methoden, die nicht mehr primär resektiver, sondern reparativer/regenerativer Natur sind.

PN Welche Konsequenzen entstehen für die Routinebehandlung der parodontal erkrankten Patienten?

Für die Routinebehandlung parodontal erkrankter Patienten steht die Plaquebeherrschung im Vordergrund. Eine der wichtigsten Konsequenzen dabei ist, dass nicht nur die persönliche Plaquekontrolle sowohl mit mechanischen wie chemischen Hilfsmitteln wichtig ist, sondern auch die professionelle Plaqueentfernung in regelmäßigen Intervallen. Dabei fällt den Mitarbeiterinnen auf verschiedens-

ten Niveaus eine bedeutende Rolle zu. Die Nachsorge ist ebenso wichtig wie die aktive Behandlung.

PN Was halten Sie von neuen diagnostischen Entwicklungen in der Parodontologie (z.B. Polymorphismus von Zytokinen, Mikroorganismen-Nachweis)?

Der Mikroorganismen-Nachweis ist eine echte Bereicherung in der Diagnostik geworden, weil damit aggressive Parodontitiden frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Auch das Erkennen übertriebener reagierender Entzündungstypen (Phänotyp) ist bedeutungsvoll, um Konsequenzen für den Gesamtorganismus, wie Hirn und Herzinfarkte sowie Frühgeburten zu minimalisieren.

PN Was halten Sie von Schmelz-Matrix-Proteine in der Parodontaltherapie?

Schmelz-Matrix-Proteine sind eine Bereicherung der therapeutischen Methoden, weil sie zur Reparatur oder gar Regeneration der parodontalen Gewebe beitragen. Sie sind allerdings – sollen sie einen methodischen Mehrwert haben – sehr sorgfältig zu indizieren und applizieren.

PN Ist die Anwendung von Membranen in der regenerativen Therapie nicht mehr aktuell?

Die Anwendung von resorbierbaren Membranen für die parodontale Regeneration ist bei strenger Indikation immer noch aktuell. Die gelenkte Geweberegeneration hat den größten Attachmentgewinn zur Folge.

PN Wird die Anwendung der einfachen Lappenoperation nicht mehr erforderlich? Und wenn ja, bei welcher Situation?

Einfache Lappenoperationen (Accessflap) sind immer noch aktuell, nämlich in Situationen, wo unter Sicht die Wurzeloberflächen gereinigt werden müssen. Der dadurch erzielte Attachmentgewinn ist größer als bei einem Scaling/Root planing. Wenn es gelingt, mit der einfachen Lappenoperation durch Attachmentgewinn die Tasche auf weniger als 5 mm Sondiertiefe einzuebnen und keine Blutungsneigung mehr besteht, ist der primäre Zweck der Paro-therapie erreicht, die Destruktion ist zum Stillstand gekommen.

PN Welche ist die beste Me-

thode zur Behandlung des Furkationsbefalls?

Man muss zwischen Ober- und Unterkiefer unterscheiden. Im Unterkiefer sind Furkationen mit einer Zugänglichkeit bis zum Grad II bei günstigem Knochenangebot mittels GTR-Technik erfolgreich zu behandeln. Furkationsdefekte des Grades III sind – wiederum bei gutem Knochenangebot und breiter Furkation – durch Prämolarsierung zu sanieren. Im Oberkiefer funktioniert die GTR-Technik ebenfalls bei den Graden I und II. Grad III Furkationen sind sehr schwierig zu beherrschen. Meistens drängt sich dann die Exzision auf mit implantologischen und/oder restaurativen Maßnahmen.

PN Prof. Renggli, vielen Dank für das Interview. PN

„Klassifikationssysteme sind kein Diagnosesystem“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf der DGP Jubiläumstagung in Dresden mit Dr. Gary C. Armitage

PN Welche modernen Vorstellungen basieren auf der Klassifikation parodontaler Erkrankungen durch die AAP aus dem Jahre 1999?

Ich bin mir nicht sicher, auf welche „modernen Vorstellungen“ Sie sich beziehen. Die Klassifikation parodontaler Erkrankungen und Zustände von 1999 versucht, eine breite Palette von Krankheitsbildern des Parodonts auf systematische Weise zu organisieren. Die internationale Gruppe, die die Klassifikation schuf, hat viele der Probleme korrigiert, die mit der vorherigen Klassifikation (1989) verbunden waren, wie etwa die Gruppierung parodontaler Erkrankungen anhand solcher nicht bestätigter Kriterien wie Alter des Patienten und Geschwindigkeiten des Fortschreitens. Darüber hinaus wurde eine Kategorie „Gingivale Erkrankungen“ hinzugefügt, da sie in der Klassifikation von 1989 fehlte. Meiner Meinung nach ist die Klassifikation von 1999 nur eine Verfeinerung des bisherigen

Systems. Sie ist keine revolutionäre Neufassung und auch kein wesentlicher Paradigmenwechsel in der Art und Weise, wie wir parodontale Erkrankungen und Zustände gruppieren. Was gemacht



Auf der anschließenden Podiumsdiskussion konnten Dr. G. C. Armitage, Prof. U. van der Velden und Prof. Dr. J. Meyle zu ihren Vorträgen befragt werden.

wurde und warum, wird in der Literatur eindeutig gesagt (Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999;4:1–6).

Klassifikationssysteme dienen mehreren Zwecken: 1) Sie liefern einen allgemeinen Rahmen zum Studium der Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese verschiedener Kategorien der Erkrankung. 2)

sie können wertvoll bei der Beurteilung optimaler Behandlungsmethoden für eine bestimmte Art von Erkrankung sein. 3) Sie können hilfreich für Drittparteien (Versicherungen) und 4) als Ausgangs-

punkt für die Bestimmung sein, welchen Typ einer parodontalen Erkrankung ein einzelner Patient möglicherweise hat. Es sollte betont werden, dass Klassifikationssysteme und Diagnosen unterschiedlichen Zwecken dienen. Klassifikationssysteme gruppieren ähnliche Erkrankungen und Zustände in allgemeine Kategorien und sind nützlich beim Studium des gesamten Spektrums von Erkrankungen, das in großen Patientenpopulationen zu finden ist. Diagnosen werden auf einzelne Patienten angewandt und erleichtern die Formulierung eines Behandlungsplans, der die Bedürfnisse des Patienten anspricht. Klassifikationssysteme dienen nicht als die primäre Grundlage, auf der die Erkrankung eines Patienten diagnostiziert wird. Klinische Diagnosen werden von Krankheitszeichen, Symptomen und Laborbefunden (falls zutreffend) eines individuellen Patienten abgeleitet. Klassifikationssysteme sind Verall-

gemeinerungen und dienen nur als Ausgangspunkt für das Nachdenken über eine Diagnose. Sie sind kein Diagnosesystem. Bedauerlicherweise ist es ein unter einigen Klinikern weit verbreiteter Irrtum, dass die Klassifikation einer Erkrankung das gleiche ist wie das Stellen einer Diagnose. Die Klassifikation von 1999 räumt ein, dass einige parodontale Erkrankungen keine Infektionen sind (z.B. „Gingivale Läsionen genetischen Ursprungs“ wie die hereditäre gingivale Fibromatose; „Gingivale Manifestationen systemischer Erkrankungen“ wie etwa Lichen planus, allergische Reaktionen; „Traumatische Läsionen“ wie z.B. chemische Verätzungen). Nichtsdestoweniger sind die meisten parodontalen Erkrankungen Infektionen. Dementsprechend folgt die Klassifikation dem Paradigma der „Infektion-Wirt-Antwort“, nach dem die meisten parodontalen Erkrankungen als Infektionen angesehen werden und ein Großteil der Gewebeschäden auf Reaktionen des Wirtsorganismus auf die infizierenden Wirkstoffe beruhen. Dies traf auch auf die Klassifikation von



Gary C. Armitage, DDS, MS

1989 zu. Tatsächlich hat in den letzten drei Jahrzehnten die Mehrheit der parodontalen Gemeinschaft diese moderne Sicht parodontaler Erkrankungen akzeptiert (Armitage GC. Classifying periodontal diseases – a long-standing dilemma. Periodontol 2002;30:9–23).

PN Auf welche Faktoren konzentriert sich dieses spezielle Klassifikationssystem (Alter des Patienten, Mikrobiologie,

Fortsetzung auf Seite 16

Fortsetzung von Seite 15

histologische oder pathohistologische Befunde)?

Plaquesinduzierte parodontale Erkrankungen wie Gingivitis, lokalisierte und generalisierte aggressive Parodontitis sowie chronische Parodontitis werden entsprechend der Unterschiede ihrer klinischen Erscheinungsbilder gruppiert. So ist beispielsweise die plaqueinduzierte Gingivitis das Vorhandensein einer Entzündung ohne klinischen Attachmentverlust. Auf histologischer Ebene zeigt die Gingivitis das Vorhandensein eines entzündlichen Infiltrats (Lymphozyten und Plasmazellen) in der Gingiva ohne apikale Migration des Saumepithels auf der Wurzel; die apikale Begrenzung des Saumepithels befindet sich an der Schmelz-Zement-Grenze (cemento-enamel junction, CEJ). Bei allen Formen der Parodontitis ist das Epithel über die CEJ hinaus gewandert und befindet sich auf der Wurzeloberfläche; dieses pathohistologische Geschehen wird normalerweise von einem Verlust des Alveolarknochens begleitet. Die Klassifikation von 1999 ignoriert nicht die Bedeutung des Alters, in dem die Erkrankung auftritt, als Merkmal bestimmter Krankheitsbilder. Beispielsweise wird bei Fällen von lokalisierter aggressiver Parodontitis die Erkrankung

normalerweise bei Einsetzen der Pubertät entdeckt; die generalisierte aggressive Parodontitis betrifft für gewöhnlich Patienten unter 30 Jahren (Lang N, Bartold PM, Cullinan M, et al. Ann Periodontol 1999;4:53). Die Klassifikation verwendet jedoch keine starren Altersklassen als Basis für die Einteilung. In ähnlicher Weise berücksichtigt die Klassifikation, dass bei manchen Patienten bestimmte Bakterien wie etwa Actinobacillus actinomycetemcomitans und Porphyromonas gingivalis wichtige Pathogene sein können. Die vorhandenen Daten erlauben jedoch keine Klassifikation verschiedener Formen der Parodontitis auf der Grundlage der nachweisbaren Mikroorganismen (Mombelli A, Casagni F, Madianos PN. Can the presence or absence of periodontal pathogens distinguish between subjects with chronic and aggressive periodontitis? A systematic review. J Clin Periodontol 2002;29 [Suppl 3]:10-21). Es wäre in der Tat zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar, parodontale Infektionen auf der Basis nachweisbarer Mikroorganismen zu klassifizieren, da nur etwa 50 % der Flora mit konventionellen Methoden nachgewiesen werden können (Wilson MJ, Weightman AJ, Wade WG. Applications of molecular ecology in the characterisation of uncultured microorganisms associated with

human disease. Rev Med Microbiol 1997;8:91-101). Die Anwendung molekularer Verfahren zum Nachweis nicht kultivierbarer Mikroorganismen hat eine breite mikrobielle Vielfalt in der subgingivalen Flora enthüllt. Selbst nicht-bakterielle Gruppen wie Archaea können in subgingivalen Plaques gefunden werden und scheinen mit chronischer Parodontitis in Verbindung zu stehen (Lepp PW, Brinige MM, Ouverney CC, Armitage GC, Relman DA. Methanogenic Archaea and human periodontal disease. Proc Natl Acad Sci USA 2004;101:6176-6181). Obwohl unser Verständnis der Mikrobiologie, Immunologie und Pathogenese parodontaler Infektionen in den letzten zwei Jahrzehnten beträchtliche Fortschritte gemacht hat, sind wir immer noch nicht in der Lage, diese komplexe Gruppe von Erkrankungen anhand ursachenbezogener Kriterien zu klassifizieren. Dementsprechend sollte die Klassifikation von 1999 als „laufende Arbeit“ betrachtet werden. Solange wir nicht mehr über die Ursachen und die ganzen biologischen Abläufe parodontaler Infektionen wissen, werden sie weiterhin auf der Grundlage ihrer traditionellen klinischen Merkmale klassifiziert werden.

PN Dr. Armitage, vielen Dank für das Interview. ☒

16. Wintersymposium

Entgegen alter Gewohnheit findet die Veranstaltung im IDS-Jahr 2005 schon im Januar statt

Das 16. Wintersymposium, die vom IDS-Jahr 2005 terminlich beeinflusste Fortbildungsveranstaltung in Sölden-Hochsölden/Tirol, wird in der Zeit vom 22. bis 29. Januar 2005 wieder begehrtes Ziel sein, sich sowohl wissenschaftlichen als auch praxisrelevanten Höhepunkten hinzugeben. So werden Themen wie „3-D-Simulation bei implantologischen Eingriffen“ und „Prognos-Meridiagnostik/Therapie“ am ersten Veranstaltungstag ebenso interessant sein wie „Hypnose“, „Die sanfte Herz-Kreislauftherapie“ und „Notfallmanagement“ am nächsten Tag. Zu „Notfallmanagement“, „Knochenregeneration“, „Ästhetisches Weichteilmanagement“ und „Magnetfeldtherapie“ werden die Referenten den Teilnehmern am Dienstag die neuesten Erkenntnisse mitteilen. Die „Praktische Implantologie“ sowie „Das Orofaziale Syndrom“ werden am Mittwoch beleuchtet. Weiter geht es am Donnerstag mit „Neuheiten bei multiplen Implantat-Systemen“, dem Abrechnungsteil um „GOZ/GOÄ/BEMA“, der „Ganzheitlichen Implantologie“ sowie der „Modernen Kommunikationstechnik“. Bevor am Freitagabend die Teilnehmerzertifikate und Zertifizie-

rungsurkunden zum erweiterten Fachkundenachweis der Röntgenverordnung 2005 übergeben werden können, widmen sich die Referenten zuvor den „Personaldienstleistungen“, „Praxisrelevanten Rechtsfällen“ und „Rechtssicheren Formularen“. Neben Vorträgen, die täglich von 9 bis 11 Uhr und von 16 bis 18 Uhr besucht werden können, besteht die Möglichkeit, an Workshops bzw. Handson-Kursen in der Zeit von 11.15 Uhr und 12.30 Uhr bzw. 14 bis 15 Uhr teilzunehmen. Nach Vereinbarung und bei Vorliegen der Voraussetzungen kann der bundesweit geltende Fachkundenachweis der neuen Röntgenverordnung 2005 durchgeführt werden. Auch 2005 werden sich wieder namhafte Referenten wie z. B. Prof. Dr. Georg H. Nentwig, Prof. Dr. Wilfried Engelke, Prof. Dr. Norbert Kübler, Dr. Milan Michalides, Dr. Michael Sachs oder RAin Birgit Reuber in Sölden mitteilen. Anmeldungen können üblicherweise über das Team Sölden, Frau Claudia Siebenaller bzw. Frau Silke Krenz, erfolgen. Die Teilnehmergebühr beträgt für jeden ärztlichen Teilnehmer 2.300,- € inkl. MwSt., für jeden Mitarbeiter 1.800,- € inkl. MwSt. Zahnärzte, die implantologisch tätig sind, erhalten



Frühbucherrabatt. Hier verringern sich die Gebühren um jeweils 50,- €. Wichtig ist die Punktebewertung der Veranstaltung nach BZÄK/DGZMK, welche den „Leitsätzen“ des Beirates Fortbildung entspricht und mit der vorgegebenen Punktezahl bewertet wird. Weitere Auskünfte erteilt das Kongress-Sekretariat gern telefonisch unter 02 21/12 30 12. ☒

PN Kontakt

VIP Congress Service International
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln

Passt dazwischen

Neue Interdentalbürsten mit Dreiecksschnitt

Wissenschaftler haben die innovativen elmex® Interdentalbürsten mit konventionellen Zahnzwischenraumbürsten verglichen. Ergebnis: Dank seinem Dreiecksschnitt reinigt das neue Produkt deutlich besser als Bürsten mit rundem Querschnitt. Die neuen elmex® Interdentalbürsten sind optimal an die Form des Zahnzwischenraums angepasst. Innovativ sind die neuen Zahnzwischenraumbürsten aus der elmex® Forschung. Die sogenannten Interdentalbürsten überzeugen nicht nur durch ein ausgeklügeltes Design, sondern reinigen auch deutlich besser als herkömm-

ten gibt es in sechs verschiedenen Größen mit Außendurchmessern von zwei bis acht Millimetern und größen-spezifischer Farbcodierung. Die tägliche Reinigung der schwer zugänglichen Zahnzwischenräume ist besonders wichtig: Denn hier entsteht Karies bei Erwachsenen am häufigsten. Interdentalräume machen rund 40 Prozent aller Zahnflächen aus. Ihre Tiefe beträgt bis zu elf Millimeter. Zahnbürsten erreichen nur vier bis sechs Millimeter davon. Das neue Produkt gelangt dank seines Dreiecksschnitts mühelos in jede Lücke. Zusammen mit Zahnmedizinern und Spezialisten der Eidgenössischen



Neue elmex® Interdentalbürsten: Überlegene Reinigungsleistung mit Dreiecksschnitt.

gen. Die neu entwickelte Form der elmex® Interdentalbürste führt die Benutzer zu einer einfachen und natürlichen Handhabung und unterstützt sie dabei, mit den richtigen Bewegungen zu putzen.“ Die rutschfeste Griffmulde der elmex® Interdentalbürste ermöglicht eine präzise Führung des Bürstchens, während mit den verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten von Griff und Griffverlängerung den individuellen Bedürfnissen entsprochen werden kann. Dadurch ist die Bürste flexibel zu handhaben. Die Griffverlängerung dient gleichzeitig als Schutzkappe, sodass sich die elmex® Interdentalbürsten auch ideal für unterwegs eignen. Jede Packung enthält vier Interdentalbürsten einer Größe. Seit Anfang Oktober sind die neuen Bürsten in der Apotheke erhältlich. ☒

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/9 07-0
Fax: 0 76 21/9 07-1 24
E-Mail: info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de



Expertenpanel während der DGZMK-Presskonferenz am 30. September 2004 in Stuttgart (v. l. n. r.): Thomas Stüdeli, Priv.-Doz. Dr. Christof Dörfer, Bärbel Kiene und Dr. Stefan Hartwig.

liche Bürsten. Zu diesem Ergebnis kommt das Team von Privatdozent Dr. Christof Dörfer von der Universität Heidelberg: „Die neuen Interdentalbürsten haben im Unterschied zu herkömmlichen Zahnzwischenraumbürsten einen dreieckigen Querschnitt. Sie sind damit optimal an die Form des Zahnzwischenraumes angepasst. Die Bürsten reinigen dadurch viel gründlicher und lassen sich leichter benutzen.“ Die elmex® Interdentalbür-

Technischen Hochschule (ETH) Zürich hat die elmex® Forschung die neuen Bürsten entwickelt. Thomas Stüdeli, Ergonom an der ETH Zürich, erklärt: „Neben der Reinigungsleistung ist ihre Handhabung wichtig. Denn der Bewegungsraum im Mund ist klein, vielfältig ausgerichtet und erschwert einsehbar. Deshalb ist es für die meisten Menschen schwierig, ihre Zahnzwischenräume zu rein-

128. Jahrestagung der DGZMK

Präsidentenwahl und Verleihung von Wissenschaftspreisen in Stuttgart. Prof. Dr. Georg Meyer ist neuer DGZMK-Präsident

Turnusmäßig stand auf der 128. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in Stuttgart der Wachwechsel in der Präsidentschaft an Prof. Dr. Heiner Weber (Tübingen) übergeben sein Amt an Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald). Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) ohne Gegenstimme zum neuen Präsident elect der DGZMK gewählt, Dr. Günter Dhom (Ludwigshafen) wurde mit gleichem Ergebnis neuer Vorsitzender der Akademie Praxis und Wissenschaft. Neu in den DGZMK-Vorstand wurden Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer (Berlin) sowie Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener (Münster) gewählt. Die DGZMK ist die wissenschaftliche Dachorganisation zahlreicher Fachgesellschaften in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit derzeit über 13.000 Mitgliedern. Traditionell verleiht die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) während ihrer Jahrestagung begehrte wissenschaftliche Auszeichnungen in verschiedenen Kategorien. Auf der 128. Jahrestagung wurden folgende Preisträger geehrt: Der Millerpreis 2004 wurde an Priv.-Doz. Dr. Pascal Tomakidi vergeben für seine Arbeit „Einsatz einfacher und komplexer Zellkulturen aus Keratinozyten und Fibroblasten als Modellsysteme zur Untersuchung von Aspekten der Gewebshomö-



Neuer DGZMK-Präsident Prof. Dr. Georg Meyer.

ostase, Tumorprogression und Gewebeverträglichkeit in Plattenepithelien“. Für seine Arbeit „Das Schöne, das Gesicht und die Zähne: Blicke in die Ästhetik“ wurde Prof. Dr. Martin Karrer mit dem DZZ-Preis 2004 ausgezeichnet. Der Jahresbestpreis 2004 geht an Dr. Till Dammaschke, Prof. Dr. Udo Stratmann, Dr. Kai Mokrys, Dr. Markus Kaup, Prof. Dr. Klaus Ott für

Falk Wehrhan und die Co-Autoren Dr. Gerhard G. Grabenbauer, Dr. Franz Rödel, Dr. Kerstin Amman, Priv.-Doz. Dr. Stefan Schultz-Mosgau für ihre Arbeit „Exogenous modulation of TGFβ I influences TGFβR-III associated vascularisation during wound healing in irritated tissue“. Für seine Arbeit „Changes of mineralisation of free autogenous bone grafts used for sinus augmentations“ erhielt Dr. Michael Thowarth mit den Co-Autoren Dr. Safan Srour und Dr. Andreas Schlegel den 3. Preis zugesprochen. Den 1. Preis für die beste Posterpräsentation erhielt die Arbeitsgruppe Dr. Karin Huber, Doreen Diez, Prof. Dr. Matthias Hannig (Homburg/Kiel) mit dem Thema „Marginale Adaption verschiedener Komposit-Adhäsiv-Systeme in Klasse II Kavitäten“. Der 2. Preis ging an die Arbeitsgruppe Dr. Janine Schweppe, Dr. Helga Maria Schaffner, Zahntechnikermeister Michael Anger und Priv.-Doz. Dr. Dr. Gernot Weibrich (Mainz/Remagen) für „Implantologische Rekonstruktion bei Sjögren-Syndrom“. Mit dem IPJ-Poster-Award 2004 wurden Christopher Eulzer, Dr. Thomas Teltzrow und Dr. Dr. Christian Küttner ausgezeichnet für das Poster „Treatment of gustatory sweating with botulinum toxin: A prospective study on long-term efficacy an quality of life“ erschienen im International Poster Journal, Volume 5, No. 4, Poster 194 am 15. Dezember 2003. ☒

13. ÖGP Jahrestagung 2004

Traditionelles Treffen der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie in St. Wolfgang. Von Dr. Peter Schöberl

Im April 2004 trafen sich mehr als 400 parodontologisch tätige ÄrztInnen und AssistentInnen zu der bereits traditionellen Veranstaltung in St. Wolfgang. Präsident Dr. Wolfgang Müller konnte die Teilnehmer, die der Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie gefolgt waren, zur bereits 13. Jahrestagung begrüßen. Besonders begehrt war das Seminar bei Prof. Dr. Ulrich Saxer, Zürich, bereits ein Stammgast in St. Wolfgang, mit dem Thema „Full-mouth therapy“ (FMT), die kurz zusammengefasst auf folgenden Erkenntnissen beruht: Parodontitis, als eine in einem Biofilm getarnte Infektion, kann sich als endogen, exogen oder auch opportunistisch verursacht sowie als Mischform manifestieren. Neben der parodontalen Tasche besiedeln die auslösenden Bakterien intraorale Nischen, Zunge, Tonsillen, Kiefer- und Nasenhöhlen, Speichel, Wurzelkanäle und muköse Membranen oder gar andere Wirte. Eine derartige Infektion muss daher unter Einbeziehung des Wirtes, eventuell auch des Partners, behandelt werden. Um die Gefahr einer Re-Infektion von bereits behandelten Taschen auszuschließen, wird das PDS (professionelles Deep Scaling) nicht in Wochenabständen, sondern innerhalb von 24 Stunden durchgeführt. Die dafür erforderliche Behandlungszeit und die begleitende Bakteriämie kann durch eine intensive, über Wochen bis Monate gehende Initial- und Hygienephase im erträglichen Ausmaß gehalten werden. Prof. Saxer stellte in diesem Zusammenhang mittels praktischer Demonstration auch das neu entwickelte Perio-Endoskop vor, bei dem – ohne Aufklappung und dennoch unter Sicht – Plaque und Konkremente entfernt werden können.

Dipl.-Biologe Hans Falk sprach zu Beginn des Hauptprogramms über die Bedeutung der mikrobiologischen Diagnostik in der Parodontologie und dem Zusammenwirken der Mikroorganismen im Ökosystem Mund. Bakterien liegen, in Biofilmen geschützt, in verschiedensten Untergattungen vor. Stämme, die singular vorkommend keine Infektionen auslösen, können in bestimmten Kombinationen für ein Individuum pathogen werden (Synergismus oraler Bakterien).

Andererseits sind Bakterien in der Lage, so genannte Bakteriozine zu bilden; das sind toxische Substanzen, die gegen andere Keime gerichtet sind. Bei der Zusammensetzung der Biofilme ist zu bedenken, dass per se nicht pathogene Flora sehr wohl Andockstelle für pathogene Keime sein kann. Die Pathogenitätsmerkmale sind recht unterschiedlich, wobei praktisch immer Zahnhalteapparat abbauende Proteasen gebildet werden. Von den verschiedenen mikrobiologischen Nachweisverfahren werden zwei am häufigsten eingesetzt, nämlich einerseits die Bakterienkultur und andererseits der molekularbiologi-

sche Nachweis mittels PCR (Polymerasekettenreaktion). Allerdings konnte Falk anhand von Vergleichsuntersuchungen belegen, dass sich bisweilen erhebliche Differenzen im Ergebnis beider Methoden ergeben können. Entscheidend über Therapiebedarf, betont der Mikrobiologe, ist in jedem Fall das klinische Bild, denn Bakterien können etwas auslösen, müssen aber nicht. Andererseits gelingt manchmal kein mikrobiologischer Nachweis trotz klinisch manifester Infektion. Klassisches Scaling und Root planing mit Schall, Ultraschall und Handinstrumentation gilt nach wie vor als Referenzmethode der Taschenbehandlung. Andere Therapieformen wie z. B. lokale oder systemische Antibiose, Laserbehandlung oder photodynamische Therapie etc. können als Ergänzung hilfreich sein. Singular angewandt, gelingt eine vollständige Keimelimination in vielen Fällen nicht.

Bis zu einem Viertel der eingesandten Proben, bezifferte Falk, sind zudem mit Hefepilzen oder Fäkalkeimen superinfiziert, was Misserfolge in der Behandlung erklären kann. „Die Mikrobe wird immer das letzte Wort haben“, war denn auch sein ernüchterndes Schluss-Statement. Im chirurgischen Teil der diesjährigen Tagung ging es um die Evidenz der parodontalen Regeneration. Prof. Dr. Søren Jepsen, Bonn, begann mit Aktuellem aus Klinik und Forschung. Seit Einführung der Guided Tissue Regeneration (GTR)-Technik Mitte der achtziger Jahre ist die Wiederherstellung des Parodontalligamentes, im Gegensatz zur parodontalen Reparatur, das zu erstrebende Behandlungsergebnis nach chirurgischen Eingriffen. Mittlerweile existieren klinische Studien in ausreichender Anzahl, die zeigen, dass bei Anwendung der Membrantechnik signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf Attachmentgewinn und Taschentiefenreduktion erreicht werden als bei alleiniger offener Kürettage mit Ausbildung eines langen Saumeithels. Auch der humanhistologische Beweis der Regeneration des Zahnhalteapparates ist immer wieder angetreten worden. Allein die Techniksensitivität der GTR-Methode – Membranexposition führt bekanntlich fast immer zu einem Miss- oder nur Teilerfolg – hat eine echte Revolution in der PAR-Therapie verhindert. Auch Knochenaufbaumaterial, wenn ohne Membranabdeckung eingebracht, bringt oft nur eine bindegewebige Einscheidung des Fremdmaterials.

Die Verwendung porciner Schmelzmatrixproteine (SMP) zur parodontalen Regeneration, führte Jepsen weiter aus, habe bei erheblich geringerer Komplikationsrate die Ergebnisse der GTR-Technik erreichen und sogar übertrumpfen können. Durch die auf der Wurzeloberfläche anhaftende Proteinmatrix entsteht eine biologische Oberfläche, die die Einwanderung von

Zement bildenden Zellen bewirkt. Eine weitere seit Jahren diskutierte Therapiemöglichkeit, die Anwendung von rekombinanten Wachstumsfaktoren, hat noch keine Praxisreife erlangt. Gemeinsam mit Dr. Bernd Heinz, Betreiber einer Praxis mit parodontologischem Schwerpunkt in Hamburg, zeigte Prof. Jepsen in den folgenden Vorträgen die konkreten Möglichkeiten der PAR-Regeneration bei verschiedenen Indikationen. Bei vertikalen Defekten sollen offene Verfahren in der Regel ab 7 mm Taschentiefe zum Einsatz kommen, wobei der Erfolgsschlüssel in atraumatischer, lupenunterstützter Operationstechnik und in optimaler Nachsorge liegt. Ebenso müsse hohes Verantwortungsbewusstsein und Erfahrung in

der Einschätzung von Erfolgswahrscheinlichkeiten bei aufwändigen augmentativen Regenerationstechniken vorhanden sein. Aufsehen erregend sind erfolgreiche Versuche von Replantationen elongierter, als parodontal in-

Alveole zurückverpflanzt. Schmelzmatrixproteine sollen dabei eine ankylotische Einheilung verhindern können.

Die regenerative Furkationstherapie ist mit oben erwähnten Methoden erfolgreich in

oft ein Implantatersatz überlegenwert. Im abschließenden Vortrag „Rote Ästhetik“ sprachen Dr. Bernd Heinz, Hamburg, und Prof. Dr. Søren Jepsen, Bonn, über Rezessionsdeckungen, für die drei unterschiedliche Methoden abzuwägen sind. Neben Membranabdeckung mit Regeneration des Wurzelzementes oder Einbringung eines Bindegewebs-transplantates mit lediglicher Ausbildung eines Saumeithels können auch bei dieser Indikation SMP in Verbindung mit einem koronalen Verschiebelappen, insbesondere bei Serienanwendung, eine Alternative sein. Jedenfalls muss auch die Putztechnik des Patienten evaluiert und gegebenenfalls geändert werden. Zusammenhänge zwischen Stress und Parodontologie erläuterte anschließend Dr. Gernot Wimmer, Graz. Parallel zu den Vorträgen für ÄrztInnen wurde wieder ein vielfältiges, auf die Bedürfnisse der Pro-

Fortsetzung auf Seite 18



Tagungsleiter Dr. Gernot Wimmer, Graz (li.), und Dr. Fritz Mühlthau, Eugendorf (r.).

faust bewerteter Zähne. Diese werden extrahiert und nach endodontischer Behandlung in die durch Bohrung vertiefte

der Behandlung von Grad I- und II-Befall, bei Grad III hingegen ist nur eine Teilung oder Teilerhaltung realistisch oder

ANZEIGE





combi s

für die professionelle Zahnreinigung

UVP 2.590,00 €
zzgl. gesetzl. MwSt.

Ultraschall und Pulverstrahl in seiner besten Form

- Extra feiner, kontrollierter Pulverstrahl für schnelles und zielgenaues Arbeiten
- Extra starker Ultraschall für ein entspannteres Arbeiten
- Permanente Kontrolle des Instrumentenverschleiß durch integrierte Automatic Protection Control
- Clearfunktion reinigt auf Knopfdruck selbständig die Luft- und Wasserwege
- Permanenter Luftstrom verhindert Verstopfen des Spraykopfes zuverlässig
- Optional mit mectron straight p™ als LED-Polymerisationslampe verwendbar

smile into the future!

mectron Deutschland Vertrieb GmbH
Kätheberg 17
D-82241 Oberhaching
Tel: +49 89 53 86 60 0
Fax: +49 89 53 86 69 74
Info@mectron-dental.de

Fortsetzung von Seite 17

phylaxe-AssistentInnen abgestimmtes Programm mit durchwegs renommierten Redner geboten. Reges Publikumsinteresse fand auch wieder die umfangreiche Dentalausstellung. Zum Abschluss wurde den scheidenden Tagungsleitern der letzten drei Jahre DDr. Fritz Mühlthau und Dr. Gernot Wimmer für ihre hervorragende Arbeit mit Recht großes Lob ausgesprochen. Für die nächste Jahrestagung vom 7.-10. April 2005 werden nach dem turnusmäßigen Wechsel der Organisatoren die Erwartungen an das neue Team – Dr. Klaus Charvat/Dr. Walter Wadsak – sehr hoch geschraubt sein. ☐

PN Info
Informationen zur Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie finden Sie auf der Homepage www.oegp.at.

Fortbildung via Live-OP

DGP Frühjahrstagung in München

(sw/eb) – Ein besonderes Bonbon bot die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie den Mitgliedern auf ihrer diesjährigen „Frühjahrstagung“: Live-Operationen zum Thema „Aspekte des Weichgewebemanagements um Implantate im Front- und Seitenzahnbereich“. Damit zeigte die Gesellschaft den Weg in die Zukunft der Weiterbildung auf. Vier namhafte und engagierte Zahnmediziner zeigten während der live und via Broadcasting übertragenen Operationen ihr chirurgisches Können zum Thema Ästhetik im mukogingivalen Bereich, Zahn und Implantat. Die ersten beiden OPs wurden parallel von Hannes Wachtel und Markus Hürzeler, beide aus München, vorgenommen. Der Patient von Gerd Körner aus Bielefeld hatte in den vergangenen zwölf Jahren keinen Zahnarzt besucht. Dementsprechend umfangreich fiel die

Sanierungsmaßnahme aus. Markus Schlee aus Forchheim stand vor dem Problem, dass auf Grund einer massiven Kammatrophie Regio 12 nicht



einphasig implantiert werden konnte. Mit einem Knochenblock aus der Linea obliqua, der mit der Piezosurgery Technik (mectron) gewonnen wurde, konnte der Kamm augmentiert werden. Dargestellt wurden die am Weichgewebe notwendigen Maßnahmen, um das Augmen-

tat spannungsfrei decken zu können. Das Arabella Sheraton wurde zeitweise zum Operationssaal umfunktioniert. Verfolgen konnte man das Ganze natürlich live am Tagungsort, aber auch an acht Hochschulen im deutschsprachigen Raum, nämlich in Berlin, Bonn, Dresden, Gießen, Graz, Kiel, München, Münster und auf Usedom. Darüber hinaus bestand die Option, sich die Veranstaltung auch „live“ im Internet anzuschauen. Vor Beginn der Operationen wurde die jeweilige Patientensituation vom Operateur selbst ausführlich erläutert. Zudem wurde ein Ausblick gegeben, was bei dem Patienten im Endeffekt erreicht werden soll. An jedem der Standorte stand ein Moderator zur Verfügung, der mit den Operateuren und Teilnehmern vor Ort kommunizierte. In der abschließenden Diskussionsrunde mit den Operateuren gab es die Gelegenheit für Fragen und zum Erfahrungsaustausch. Belohnt wurde die Veranstaltung mit sechs Fortbildungspunkten. ☐

„Live-OP scheint Technik der Zukunft zu sein“

PN Parodontologie Nachrichten sprach mit Dr. Gerd Körner aus Bielefeld

PN Welche Technik benutzen Sie zur Rezessionsdeckung am Zahn?

Die häufigste Technik. Diese ist definitiv nach wie vor die koronale Verschiebung in Verbindung mit Bindegewebe oder auch mit Emdogain. Sicherlich auch sehr häufig, zunehmend bei Einzeldeckungen, Bi-Papilla-Lappen, also laterale Verschiebung von beiden Seiten, wenn notwendig, mit Bindegewebe. Ich bevorzuge nach wie vor Bindegewebe, weil dadurch eine bessere Volumenvermehrung zu Stande kommt, was nicht primär beim Emdogain gegeben ist.



Dr. Gerd Körner

PN Welches Implantatsystem verwenden Sie?

Also ich verwende zurzeit unterschiedliche Implantatsysteme. Vorwiegend sind das DENTSPLY Friadent, aber auch 3i-Implantate und einige spezielle Implantat-Typen, die zurzeit aus Holland kommen, dem Publikum aber noch nicht bekannt sind, weil es Zirkonoxid-Implantate sind. Das sind nur einige einzelne Fälle, die aber jetzt noch keine große Menge bedeuten.

PN Welche Materialien verwenden Sie für gesteuerte Geweberegeneration (GTR) am Zahn?

Am meisten verwende ich Perio-Guide in Verbindung mit Bio-Oss Kollagen, wenn ich Volumen schaffen muss. Ansonsten routinemäßig eher Emdogain.

PN Wie gefällt Ihnen die Veranstaltung?

Sehr aufregend, muss ich sagen, weil die Technik absolut überwiegt. Das scheint die Technik der Zukunft zu sein, wobei sicherlich noch Feinabstimmungen notwendig werden. Vor allem bei der Parallelschaltung scheinen zukünftig noch Verbesserungen erforderlich. ☐

PN Vielen Dank für das Interview.

„Dezentral organisierte Fortbildung ist spannend“

PN Parodontologie Nachrichten sprach mit Dr. Markus J. Schlee aus Forchheim

PN Welche Technik benutzen Sie zur Rezessionsdeckung am Zahn?

Wir verwenden vorwiegend Bindegewebstransplantate und seit ungefähr zwei Jahren sind wir dabei, dieses Material zu ersetzen. Der Nachteil von Bindegewebstransplantaten ist natürlich die begrenzte Verfügbarkeit und die zweite Operationsstelle. Zunehmend verwenden wir eine Membran aus bovinem Pericard (Tutodent, Tutogen), das auf eine bestimmte Art und Weise aufbereitet wurde, so dass das Kollagen in seiner ursprünglichen 3-D-Struktur erhalten wird. Das Material ist insofern sehr schön, weil es dem Patienten die Entnahmeoperation erspart. Wir konnten jetzt histologisch nachweisen, dass das Material „ersatzresorbiert“ wird. Das Wortgebilde „ersatzresorbiert“ soll zum Ausdruck bringen, dass das Material durch körpereigenes Bindegewebe ersetzt wird. Wir konnten ähnlich wie beim Bindegewebstransplantat eine Verdickung des Gewebes nachweisen. Das ist aus meiner Sicht für den Langzeiterfolg besonders wichtig.

PN Welche Materialien verwenden Sie für gesteuerte Geweberegeneration (GTR) am Zahn?

Wir setzen natürlich Emdogain ein und verwenden für bestimmte Indikationen immer noch Membranen. Für die Indikation resorbierbarer Membrane setzen wir die Bio-Gide und die Tutodentmembran ein. In bestimmten Indikationen sehe ich nach wie vor Sinn darin, eine titanverstärkte GoreTex-Membran einzusetzen.



Dr. Markus J. Schlee

PN Welches Implantatsystem verwenden Sie?

Wir verwenden drei Implantatsysteme. Das Screw-Line (Camlog, Altatec), das Tapered Screw-Vent (Zimmer) und das Astra-Implantat.

PN Wie gefällt Ihnen die Veranstaltung?

Sehr gut. Dezentral organisierte Fortbildung ist ein spannendes Projekt. Dieses Pilotprojekt wird nicht nur die DGP voranbringen, sondern die Kongresslandschaft nachhaltig verändern. Fortbildung wird leichter zugänglich, billiger und effektiver. Man kann von zu Hause oder nach kurzer Fahrstrecke an weltweiten Veranstaltungen teilnehmen. Das ist doch faszinierend. ☐

PN Vielen Dank für das Interview.

ANZEIGE

Nr. 10 | Oktober 2004 | 1. Jahrgang | ISSN: 1613-7191 | PVSt: 64583

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

Die Zeitung für Prävention, Parodontologie und Implantologie | www.pn-aktuell.de

Die PN Parodontologie Nachrichten ist das Nachrichtenformat für Parodontologen und Implantologen in Deutschland.

Im Vordergrund der aktuellen Berichterstattung steht die permanente fachliche parodontologische Fortbildung auf hohem internationalen Niveau. Parodontologen aus aller Welt schreiben für ihre deutschen Kollegen. In leicht lesbarer Nachrichtenform wird dem beschäftigten Praktiker ein schneller Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Fortschritt der jeweiligen Fachrichtung vermittelt und in die deutschen gesundheitspolitischen Marktverhältnisse eingeordnet.

Mit dem Prinzip „vom Spezialisten für den Spezialisten“ bereichern die PN Parodontologie Nachrichten die wissenschaftliche Fachberichterstattung und tragen so zur Erfolgssicherung der gesamten Branche maßgeblich bei.

Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen.
Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die PN Parodontologie Nachrichten im Jahresabonnement zum Preis von 40 EUR inkl. MwSt. und Versandkosten pro Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name/Praxis _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Abendung genügt.

Unterschrift _____

Bitte faxen
0341/
4 84 74-2 90.

Antwort
OEMUS MEDIA AG
Aboservice
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

PN 10/04

Good News für Parodontologen