

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.

INHALT:	29
EDITORIAL:	
Leipzig ist eine Reise wert!	30
ORIGINALARTIKEL:	
Rathe, Sculean: Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie	31
TAGUNGSBERICHT	39
15. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und 13. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP) am 18./19.05.2007 in Koblenz: Parodontitis und Zahnverlust? Konzepte zur risikoorientierten Parodontaltherapie	
TAGUNGSANKÜNDIGUNG	42
15. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP) am 17.11.2007 in Leipzig Ästhetik in der Parodontologie - Wie schön kann und muss Zahnfleisch sein?	
AUSSCHREIBUNG DES NAGP - FÖRDERPREISES FÜR 2007	43
IMPRESSUM	44

EDITORIAL

Leipzig ist eine Reise wert!**Verehrte Kolleginnen und Kollegen,****die nächste und die nunmehr 15. Tagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. wird am 17.11.2007 in Leipzig stattfinden.**

Ich lade Sie ganz herzlich ein, in Verbundenheit mit der NAGP die Vorträge unter dem Tagungsthema „Ästhetik in der Parodontologie - wie schön kann und muss Zahnfleisch sein“ zu hören und Anregungen für die Arbeit mit den Patienten in Ihrer Praxis mitzunehmen. Die Flyer mit der Tagungsankündigung sind gedruckt und werden in den nächsten Wochen verteilt. Es ist gelungen, ein anspruchsvolles und aus meiner Sicht interessantes Programm zusammenzustellen. Ihnen bekannte namhafte Referenten werden sich zu verschiedenen Themen äußern - lassen Sie mich auf zwei Beispiele wie die plastische Deckung parodontaler Rezessionen oder die Realität bei der Papillenrekonstruktion verweisen. Eine Mitarbeiterin des Funktionsbereiches Parodontologie hat die Verbindung zum Institut für Kunstpädagogik hergestellt. Dadurch wird auch ein Vortrag, der über die Grenzen der Parodontologie hinausgeht, mit dem Thema „Was ist Schönheit - Veränderungen im Körperbild“ gehalten werden.

Die Stadt Leipzig könnte ebenfalls ein Motiv sein, die Tagung zu besuchen. Die Bevölkerungszahl Leipzigs hat wieder die 500000 überschritten, Leipzig gilt als die größte ostdeutsche Stadt. Die Geschwindigkeit der Entwicklung der Stadt hat wieder zugenommen. Natürlich sind, insbesondere in eher zentrumferneren Regionen, Spuren wirtschaftlicher und sozialer Veränderungen

hin und wieder deutlich erkennbar - aber Leipzig ist eine schöne und anziehende Stadt.

Leipzig ist eine traditionsreiche Stadt. Die Leipziger Messe findet seit mehr als 800 Jahren statt, die Leipziger Universität feiert 2009 ihr 600-jähriges Bestehen. Bis zum Jubiläum wird in 5 Bauabschnitten ein neuer, das Stadtbild am Augustusplatz neben dem Gewandhaus prägender, Campus gebaut. Die über 30000 Studenten allein der Universität beleben die Stadt wohltuend.

Die Leipziger Bürger sind stolz auf die vielen historisch wertvollen und liebevoll sanierten Häuser. Es würde den Rahmen sprengen, neben Völkerschlachtdenkmal, Coffee Baum, Mendelssohn- und Schillerhaus, Altem und Neuem Rathaus sowie Thomaskirche alle Sehenswürdigkeiten aufzuzählen, die mit dem Wirken bedeutender Personen verbunden sind. Eine Hervorhebung sei erlaubt - das Museum der bildenden Künste ist in Ostdeutschland der größte Museumsneubau seit 1990.

Willkommen zur Tagung (siehe Tagungsankündigung, S. 42), willkommen in Leipzig!

Ihr

Prof. Dr. H. Jentsch


ORIGINALARTIKEL**Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie**

Florian Rathe, Anton Sculean

Abteilung für Parodontologie Nijmegen, Niederlande

Autoren:**Florian Rathe**
Zahnarzt**Anton Sculean**
Prof. Dr. med. dent. DMD, MS, PhD**Korrespondenzadresse**

Anton Sculean, DMD, Dr med dent, MS, PhD
Professor und Leiter der Abteilung für Parodontologie,
Dental School, Radboud University Nijmegen Medical Centre
Philips van Leydenlaan 25
6525 EX Nijmegen, The Netherlands

 00 31 / 24 3668379
FAX: 00 31 / 24 3614657
E-Mail: a.sculean@dent.umcn.nl

Schlüsselwörter: Rezessionen, Klassifikation, Indikation, plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie

Zusammenfassung

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

ORIGINALARTIKEL

Definition

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

Ätiologie

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

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

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

Erworbene Faktoren nach unterschiedlicher Ätiologie	
traumatisch	entzündlich
<ul style="list-style-type: none"> - falsche Mundhygiene (starker Druck, harte Bürste) - chronische Irritation (insuffiziente Füllungs- und Kronenränder, sowie Klammern von Prothesen) - Kieferorthopädische Zahnbewegungen (labial Bewegungen) - Malokklusion 	<ul style="list-style-type: none"> - Gingivitis (vor allem bei dünnem, schmalen Gewebe) - Verdrängung durch Zahnstein (vor allem bei dünnem, schmalen Gewebe) - Parodontitis (Neuformierung des bukkalen Gewebes nach interdentalem Gewebeverlust)

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

Indikation

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

Bei Kindern, die sich noch im Wachstum befinden, sowie vor kieferorthopädischer Behandlung, bei der es zu einer Lingualbewegung der betreffenden Zähne kommt

sollte eine abwartende Haltung eingenommen werden.

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

ORIGINALARTIKEL

Klassifikation

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

- Miller Klasse I: Die Rezession reicht nicht bis an die Mukogingivalgrenze und es liegt kein interdentaler Verlust von parodontalem Gewebe vor.
- Miller Klasse II: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ebenfalls kein Verlust von parodontalem Gewebe im Approximalraum vor.
- Miller Klasse III: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ein Verlust von Knochen oder Weichgewebe im Approximalraum vor. Das interdendale Weichgewebe liegt apikal der approximalen Schmelzzementgrenze, jedoch koronal des bukkalen Gingivasaums.
- Miller Klasse IV: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus mit einem starken Knochen- und Weichgewebsverlust im Approximalraum. Das interdendale Weichgewebe liegt apikal des bukkalen Gingivasaums.

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

Behandlung

Operationstechniken für die Rezessionsdeckung können in zwei Hauptgruppen unterteilt werden: (1) die gestielten Lappen und (2) die freien Transplantate. Die gestielten Lappen werden wiederum in Rotationslap-

pen (z.B. lateraler Rotationslappen, doppelter Papillenlappen, schräger Rotationslappen) und Verschiebelappen (z.B. koronaler Verschiebelappen, Semilunarlappen) unterteilt. Bei den freien Transplantaten unterscheidet man das freie Gingivatransplantat (epithelialisiert) und das freie subepitheliale Bindegewebsstransplantat (nicht epithelialisiert).

Vor einer Operation zur Rezessionsdeckung sollten keine gingivalen Entzündungen bestehen, außerdem sollte eine schonende Mundhygiene etabliert sein. Wurzelkaries oder zervikale Füllungen stellen keine Kontraindikation dar, müssen jedoch vor der Deckung mit Weichgewebe entfernt werden. Um die Wurzeloberfläche im Bereich der Rezession zu glätten und Endotoxine von der Wurzeloberfläche zu entfernen sollte die freiliegende Wurzeloberfläche kürettiert werden. Ein exzessives Kürettieren sollte nur erfolgen, wenn eine Abflachung der Wurzelprominenz für das Behandlungsergebnis wichtig ist, oder wenn flache kariöse Läsionen bestehen. Kontrollierte klinische Studien konnten keinen Vorteil der Wurzelkonditionierung durch Säuren oder Komplexbildner ausmachen (Cafesse et al. 2000).

Gestielte Lappen

Rotationslappen

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

Zunächst muss das Empfängerbett für die Aufnahme des Weichgewebes vorbereitet werden. Hierzu wird eine Zone von ca. 3mm mesial und apikal der zu deckenden Rezession entepithelialisiert (sofern die Donorstelle distal der zu deckenden Rezession liegt). Nach der Präparation des Empfängerbettes wird eine horizontale und vertikale Inzision durchgeführt, um den zu rotierenden Lappen zu bilden. Da eine ausreichende Beweglichkeit des Lappens er-

ORIGINALARTIKEL

reicht werden muss, wird die vertikale Inzision über die Mukogingivalgrenze ausgedehnt. Anschließend erfolgt die Bildung eines Mukosalappens entlang der beiden Inzisionen bis über die Mukogingivalgrenze hinaus. Abschließend wird der rotierte Lappen mit Einzelknopfnähten spannungsfrei in gewünschter Position fixiert.

Verschiebelappen

- koronaler Verschiebelappen (Harvey 1965)

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

- Semilunarappen (Tarnow 1986)

Eine halbmondförmige Inzision wird parallel zur Rezession geführt. Die Inzision endet im Bereich der Papille, wobei auf eine ausreichend große Lappenbasis geachtet werden muss. Die apiko-koronale Breite der Weichgewebsbrücke sollte 3mm größer sein als die Rezessionstiefe. Die Schnittführung muss nicht komplett in der keratinisierten Gingiva liegen, es sollte jedoch mindestens 3mm keratinisierte Gingiva vorhanden sein. Nachdem die Gewebsbrücke durch einen Mukosalappen mobilisiert wurde, erfolgt die koronale Verschiebung. Die Weichgewebsbrücke muss so gut mobilisiert sein, dass sie passiv auf der Rezession liegen bleibt. In dieser Position wird nun mittels feuchter Gaze für fünf Minuten

Druck auf den Lappen ausgeübt. Der Semilunarappen wird nicht vernäht, es erfolgt lediglich eine Abdeckung durch einen Parodontalverband. Mit der Semilunartechnik ist auch eine Deckung multipler Rezessionen möglich. Das ästhetische Ergebnis kann durch eine häufig zu beobachtende Narbenbildung gemindert werden. Außerdem können mit dieser Technik lediglich flache (1-2mm Rezessionstiefe) Rezessionen erfolgreich behandelt werden.

Freie Transplantate

Freies Gingivatransplantat (Sullivan & Atkins 1968)

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

Freies subgingivales Bindegewebs-transplantat (Hürzeler & Weng 1999)

Die Entnahme des subepithelialen Bindegewebs-transplantates erfolgt mittels der sogenannten „trap door“ Technik. Hierbei wird am Gaumen eine Inzision ca. drei Milli-

ORIGINALARTIKEL

meter apikal der marginalen Gingiva, entsprechend der Länge des Transplantates, durchgeführt. Ausgehend von dieser Inzision wird nun nach apikal präpariert. Hierbei ist darauf zu achten, dass eine Mindestdicke des unterminierten Gewebes von zwei Millimetern nicht unterschritten wird. Bei der Präparation nach apikal muss auch hier der Verlauf der A. palatina beachtet werden. Nach erfolgter Präparation wird das Bindegewebe von allen Seiten bis auf den Knochen durchtrennt und mit Hilfe eines Raspatoriums vom Knochen abgelöst. Es kann nun entnommen werden. Unter dem unterminierten Gewebe befindet sich jetzt nur noch Knochen. An Stellen, an der die Gewebedicke von zwei Millimetern unterschritten wurde, entsteht eine Nekrose des bedeckenden Gewebes. Wenn die entsprechende Gewebedicke von zwei Millimetern jedoch eingehalten wurde, ist die Heilung für die Patienten viel weniger belastend als nach Entnahme eines freien Gingivatransplantates. Sowohl nach Entnahme eines freien Gingivatransplantates, als auch nach Entnahme eines subgingivalen Bindegewebestransplantates wird häufig über Sensibilitätsstörungen im Bereich des Gaumens berichtet, die bis zu sechs Monaten anhalten können.

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

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

Bei der Envelope-Technik wird, ausgehend von einer sulkulären Inzision, eine Mukosatasche (Mukosalappen) präpariert. Die Envelope-Technik kommt ohne weitere Inzisionen aus, was die Gefahr der Narbenbildung eliminiert. Das Gewebe um

die Rezession herum sollte drei bis fünf Millimeter tief unterminiert werden. Das freie subgingivale Bindegewebestransplantat wird nun in die gebildete Gewebetasche eingebracht und kann entweder mit Nähten oder nur durch einen Parodontalverband fixiert werden. Wenn die Gewebetasche apikal die Mukogingivalgrenze überschreitet wird das Einbringen des Bindegewebes um einiges vereinfacht. Im Gegensatz zum freien Gingivatransplantat fügt sich das freie subgingivale Bindegewebestransplantat farblich optimal in das umgebende Gewebe ein.

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

Heilung

Zunächst besteht nur eine Fibrinschicht zwischen Wurzeloberfläche und dem darüberliegendem Gewebe. Vom marginalen Gingivalrand wachsen Epithelzellen in apikale Richtung, was zur Bildung eines langen Saumepithels führt, was durchschnittlich 50% der ursprünglichen Rezessionstiefe ausmacht. In einem Zeitraum zwischen 4 und 28 Tagen kommt es im apikalen Bereich zur Besiedlung der Fibrinschicht mit Fibroblasten, die Kollagenfasern bilden. Im apikalen Anteil kommt es zur Insertion der Kollagenfasern im neugebildeten Zement, was zu einem neuen bindegewebigen Attachment führt.

Die Heilung von freien Transplantaten ist von einem suffizienten Transplantatbett ab-

ORIGINALARTIKEL

hängig, das mindestens so breit sein sollte wie die Rezession, da die Versorgung zunächst lediglich durch avaskuläre Plasmadiffusion erfolgt. Während der Gewebematuration kann es bis ca. ein Jahr nach Behandlung zum sogenannten „creeping attachment“ (koronale Proliferation des Gingivalrandes bis zu einem Millimeter) kommen.

Zu erwartende Ergebnisse und Langzeitprognosen

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

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

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

Tabelle II (modifiziert nach Wennström & Pini Prato 1998)

Eine komplette Rezessionsdeckung kann erreicht werden (Tabelle III). durchschnittlich in 28% - 61% der Fälle er-

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

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

Tabelle III (modifiziert nach Wennström & Pini Prato 1998)

ORIGINALARTIKEL

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

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

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

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

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

Schlussfolgerung

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

Literatur

1. Allen AL: Use of suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 19: 49 (1994)
2. Azzi R, Etienne D: Recouvrement radiculaire et reconstruction papillaire. *J Parodontologie & Implant O* 1: 14 (1998)
3. Bruno JF: Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent* 14: 127 (1994)
4. Caffesse RG, De LaRosa M, Garza M, Munne-Travers A, Weltman R: Citric acid demineralization and subepithelial connective tissue grafts. *J Periodontol* 71: 568 (2000)

ORIGINALARTIKEL

5. Harris RJ: The connective tissue and partial thickness doublepedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J. Periodontol* 63:477 (1992)
6. Harvey P: Management of advanced periodontitis. Part I. Preliminary report of a method of surgical reconstruction. *N Z Dent J* 61: 180 (1965)
7. Hürzeler MB, Weng D: A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue graft from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent* 19: 279 (1999)
8. Karring T, Cumming BR, Oliver RC, Løe H: The origin of granulation tissue and its impact on postoperative results of mucogingival surgery. *J Periodontol* 46: 577 (1975)
9. Langer B, Langer L: Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 56: 715 (1985)
10. Miller PD Jr.: A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 5: 9 (1958)
11. Nelson SW: The subpedicle connective tissue graft. *J Periodontol* 58: 95 (1987)
12. Pfeifer J, Heller R: Histologic evaluation of full and partial thickness lateral repositioned flaps. *J Periodontol* 42: 331 (1971)
13. Pini Prato GP, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P, Clauser C: Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. *J Periodontol* 63: 919 (1992)
14. Raetzke PB: Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. *J Periodontol* 56: 397 (1985)
15. Sullivan HC, Atkins JH: Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics* 6: 121 (1968)
16. Tarnow DP: Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol* 13: 182 (1986)
17. Wennström J, Pini Prato GP: Mucogingival Therapy. Chapter 19 in *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. P. 550-596. Hrsg. Lindhe, J., 3rd Edition, Munksgaard Verlag 1998.
18. Wennström JL, Zuchelli G: Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2 year prospective clinical study. *J Clin Periodontol* 23: 770 (1996)
19. Zuchelli G, De Sanctis M: Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* 71: 1506 (2000)
20. Zuchelli G, De Sanctis M: Long-term outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth. *J Periodontol* 76: 2286 (2005)

TAGUNGSBERICHT

Tagungsbericht:

15. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral- krankenhaus Koblenz und 13. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodon- tologie

18. und 19. Mai 2007

Oberfeldarzt Dr. Jochen Weyer und Oberstabsarzt Alexandra Rist
Abt VIIA - Fachzahnärztliche Ambulanz Parodontologie BwZKrhs Koblenz
Rübenacherstr. 170
56072 Koblenz

Am 18. und 19. Mai 2007 trafen sich erneut und unbeeindruckt von Feiertag und der Möglichkeit eines verlängerten Wochenendes über 270 Sanitätsoffiziere und interessierte zivile Zahnärzte zur größten parodontologischen Fortbildungsveranstaltung des zahnärztlichen Dienstes der Bundeswehr und der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Anlässlich des 15. Symposiums Parodontologie am Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz konnten gleichzeitig mehre Jubiläen gefeiert werden: 15-jähriges Bestehen der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V., ebenso das 50-jährige Jubiläum des Bundeswehrzentralkrankenhaus und 60 Jahre Bundesland Rheinland-Pfalz.

Das diesjährige Symposium stand unter dem praxisrelevanten und gesundheitsökonomisch bedeutenden Thema „Parodontitis und Zahnverlust - Antimikrobielle Therapie und Konzepte zur risikoorientierten Parodontaltherapie“.

Begrüßt wurde das Auditorium durch die einleitenden Worte von Oberfeldarzt (OFA) Dr. Thomas Eger, aus dem Bundeswehrzentralkrankenhaus (Chefarzt Generalarzt Dr. C. Veith), Flottenarzt Dr. Barth als Inspizient Zahnmedizin, Prof. Dr. Anton Sculean, Leiter der Poliklinik für Parodontologie am Universitätsklinikum Nijmegen (Niederlande) und Vorsitzender der NAGP e.V., die erneut die Initiatoren dieser Veranstaltung vertraten, sowie von Frau Dr. Brecht-Hemeyer, Vorstandsmitglied der Bezirkszahnärztekammer Koblenz, die an dieser Stelle die erfolgreiche 10-jährige Zusam-

menarbeit mit dem Bundeswehrzentralkrankenhaus, vor allem in der Aus- und Fortbildung der Zahnärzte, Zahnmedizinischen Fachangestellten und Dental-Hygieniker hervorhob.

OFA Dr. Eger führte in das Tagesthema ein. Er stellte verschiedene Fallbeispiele von Soldatenpatienten aller Dienstgrad- und Altersgruppen vor, bei denen Parodontitisprogression zu multiplem Zahnverlust geführt hatte und erst die unklare prothetische Behandlungsbedürftigkeit die Überweisung zu Fachzahnärzten für Parodontologie notwendig werden lies. So wurden die Zuhörer für die Thematik der Vermeidung von Zahnverlust als zentrale parodontologische Behandlungsidee sensibilisiert. Noch heute sind 3,4% der Soldaten im Alter von 35-45 Jahren weitgehend zahnlos und tragen herausnehmbaren Zahnersatz. Die

TAGUNGSBERICHT

Wichtigkeit einer frühzeitigen Parodontitisserkennung anhand des Parodontalen Screening Index (PSI) und Röntgenaufnahmen sind Basis der Vermeidung von Zahnverlust. Unter dem Thema „**Antimikrobielle Therapie**“ war im Rahmen des praktischen Vorkongresskurses für 61 Teilnehmer am vorangegangenen Freitag Nachmittag durch OFA Dr. Eger, OFA Dr. Weyer, Frau Göttelmann und Frau Dr. Strelitz ein detaillierter Einblick in die modernen Möglichkeiten der nicht-chirurgischen und chirurgischen Therapiemaßnahmen unter Anwendung von Handinstrumenten, schallgetriebenen Instrumenten, unterstützender systemischer Antibiotikatherapie oder der alternativen photodynamischen Therapie am Schweinekiefermodell präsentiert worden. Allen Anwesenden wurde die Komplexität des Themas bei den dargestellten Langzeittherapieergebnissen von zehn Jahren ohne Zahnverlust eindrucksvoll klar.

Der weitere Verlauf der Veranstaltung sollte dies noch unterstreichen. Im Anschluss an diese umfassenden Ausführungen, stellte **Oberstabsarzt (OSA) d.R. Prof. Dr. Eickholz** (Poliklinik für Parodontologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main) zum Thema „Risikofaktoren für Zahnverlust und der Veränderungsmöglichkeiten bei Parodontitispatienten“ die wichtigsten Risikofaktoren für Zahnverlust dar. Neben Tabakkonsum, nicht ausreichender Nachsorge und Patientencompliance sind das geringe Interesse an bzw. die mangelnde Erfahrung vieler Zahnärzte mit der Parodontaltherapie ein besonderer und höchst bedenklicher Risikofaktor für die vorzeitige Extraktion von Zähnen sowie die damit verbundene Schaffung der Notwendigkeit für prothetische Versorgung von Patientenzähnen mit Zahnersatz.

OFA Dr. Michael Luepke aus dem Fachzahnärztlichen Zentrum Parodontologie des BwKrhS Hamburg berichtete mit eindrucksvollen Fallbeispielen über die Möglichkeiten

der parodontalen Notfalltherapie. 8,9% der

Soldaten hatten im Jahr 2004 im Auslandseinsatz solche akuten Zahnfleischprobleme mit starken Lockerungen der Zähne, Schwellungen und meist übelriechender Zersetzung des Zahnfleisches, die bei adäquater parodontologischer Schulung der Sanitätsoffiziere und Therapie ebenfalls nicht zum Zahnverlust führen müssen.

Colonel Dr. John W. Etzenbach, Kommandeur der US-Army DENTAC Bayern und selbst Fachzahnarzt für Parodontologie berichtete über die Diagnostik und Entscheidungsfindung bei Patienten mit schweren Parodontalerkrankungen vor 12 bis 15 monatigen Auslandseinsätzen. Entscheidend für die Vermeidung von Zahnverlust vor und im Einsatz ist, dass zumindest 8 Wochen Behandlungszeit vor dem Abflug bestehen, in der der Soldat uneingeschränkt durch Urlaub oder Übungen zur Behandlung zur Verfügung steht. Im Einsatzland hat der Soldat nur selten die Möglichkeit eine Parodontaltherapie durchführen zu können. Mittels Dentalhygienikern wird aber versucht die Nachsorgetherapie im Einsatz zu ermöglichen.

„Parodontalchirurgische Behandlungsmöglichkeiten zum Zahnerhalt bei schwerer Parodontitis – Therapieansätze für Allgemein Zahnärzte, Zahnärzte mit Tätigkeitsschwerpunkt und weitergebildete Parodontologen“ waren das Thema von **Prof. Dr. Anton Sculean** aus Nijmegen. Jeder Zahnarzt ist mit abgeschlossenem Studium dazu in der Lage Parodontalerkrankungen zu diagnostizieren und zu klassifizieren. Durch die curriculare Fortbildung in 120-200 Stunden nach dem Studium wird jeder Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt in der Lage versetzt einfache Parodontalerkrankungen erfolgreich zu behandeln und so Zahnverlust als bKonsequenz parodontaler Zerstörung zu verhindern. Fachzahnärzte und Spezialisten mit dreijähriger Vollzeitweiterbildung

TAGUNGSBERICHT

haben die Kompetenz erworben komplexe Fälle komplett zu therapieren. Dabei geht es insbesondere um Patienten mit aggressiver Parodontitis, schwerer oder gar rezidivierender chronischer Parodontitis, Patienten mit schweren allgemeinmedizinischen Risiken, wie z.B. Diabetes, Osteoporose oder Zustand nach Herzinfarkt, Apoplex, Herzklappenoperation, Tumoroperationen, Periimplantitis oder endoparodontalen Problemen.

Zum Abschluss der Tagung erhielten die Teilnehmer einen detaillierten Einblick in die kassenzahnärztlichen und privat Zahnärztlichen Behandlungs- und Abrechnungslinien der risikoorientierten Parodontitisnachsorge durch **Dr. Eva Streletz** (Heusenstamm), die mit ihrer humorvollen Art auch bei einem solch ernsten Thema und am Ende zweier langer, aber hoch informativer Veranstaltungstage, die Zuhörer zu fesseln wusste.

Am Ende konnten die Teilnehmer auf äußerst interessante Beiträge zurückblicken, die zur Diskussion anregten und viele Fragen beantworteten, sowie auf eine Tagung, die, über die reine Fortbildung hinaus, durch eine kollegiale und freundschaftliche Atmosphäre geprägt war.

Freunde der Parodontologie können sich schon heute auf die weitere erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Bundeswehrzentral Krankenhaus und der NAGP e.V. freuen, die einem künftigen und interessierten Auditorium im nächsten Jahr, am 23. und 24. Mai, mit dem 16. Symposium Parodontologie eine Fortsetzung dieser Veranstaltung mit dem Thema „Risikopatienten in der Parodontologie“ beschern wird. Die Wartezeit bis zum Mai 2008 wird durch die 15. Jahrestagung der NAGP am 17.11.2008 in Leipzig zum Thema „Ästhetik in der Parodontologie – wie schön kann und muss Zahnfleisch sein?“ überbrückt.



Abbildung: Die Referenten des Symposiums in der Diskussion (von links nach rechts): Colonel Dr. John W. Etzenbach, Prof. Dr. Peter Eickholz, Prof. Dr. Anton Sculean, Frau Dr. Eva Streletz, OFA Dr. Michael Luepke, OFA Dr. Jochen Weyer, OFA Dr. Thomas Eger.

TAGUNGSANKÜNDIGUNG



ÄSTHETIK IN DER PARODONTOLOGIE - WIE SCHÖN KANN UND MUSS ZAHNFLEISCH SEIN?


15. JAHRESTAGUNG
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)
LEIPZIG, 17.11.2007

- 9.⁰⁰ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean, Universität Nijmegen, 1. Vorsitzender der NAGP
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 9.¹⁵ UHR DIE REGION DER REZESSION AUS MIKROBIOLOGISCHER SICHT**
PD Dr. S. Eick, Universität Jena
- 9.⁴⁵ UHR ÄTIOLOGIE, DIAGNOSTIK UND NICHT-CHIRURGISCHE MÖGLICHKEITEN BEI PATIENTEN MIT REZESSIONEN**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 10.¹⁵ UHR DIE CHIRURGISCHE KRONENVERLÄNGERUNG**
Dr. F. Klein, Frankfurt
- 10.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 11.¹⁵ UHR PLASTISCHE DECKUNG PARODONTALER REZESSIONEN**
Prof. Dr. P. Ratka-Krüger, Universität Freiburg
- 12.⁰⁰ UHR WAS IST SCHÖNHEIT - VERÄNDERUNGEN IM KÖRPERBILD**
Prof. Dr. F. Schulz, Universität Leipzig
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- THEMENBLOCK:
DIE APPROXIMALE REZESSION - EIN UNLÖSBARES ÄSTHETISCHES PROBLEM?**
- 14.³⁰ UHR PAPILLENREKONSTRUKTION - TRAUM ODER REALITÄT?**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean, Universität Nijmegen
- 15.⁰⁰ UHR MÖGLICHKEITEN DER KONSERVIEREND-RESTAURATIVEN
PAPILLENREKONSTRUKTION - EINE MÖGLICHE ALTERNATIVE FÜR DIE PRAXIS?**
PD Dr. B. Sigusch, Universität Jena
- 15.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 16.⁰⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.¹⁵ UHR ZAHNFLEISCHEPITHESEN - MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 16.⁴⁵ UHR DISKUSSION**
- 17.¹⁵ UHR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER NAGP E.V.**
- 20.⁰⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND IM BAYERISCHEN BAHNHOF**

8 FORBILDUNGSPUNKTE, ANMELDESCHLUSS IST DER 16.10.2007

ORGANISATION UND ANMELDUNG:

NAGP E.V. Kolpingstr. 3
DR. EVA STRELETZ 63150 Heusenstamm

 0 61 04 / 36 96
FAX 0 61 04 / 38 38

E-MAIL: Dr.Streletz@t-online.de
INTERNET: www.nagp.de

NAGP-FÖRDERPREIS 2007**Förderpreis der NAGP e.V.
Richtlinien, Call for Abstracts**

Die NAGP e.V. strebt die jährliche Verleihung eines parodontologischen Förderpreises an. Hiermit soll gemäß § 1d der Satzung der NAGP e.V. die finanzielle Förderung von Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeitsbereich die klinische Parodontologie und Prophylaxe der Parodontalerkrankungen sowie benachbarte Fachgebiete umfasst, unterstützt werden.

Bei den eingereichten Arbeiten kann es sich um Dissertationen, aber auch andere parodontalprophylaktisch orientierte aktuelle Forschungsarbeiten aus Praxis und Klinik handeln. Jede eingereichte Arbeit kann formlos als einseitiges Abstract eingereicht werden. **Einreichungsfrist ist der 31.08. des laufenden Jahres.**

Nach Abstract-Sichtung durch den Beirat/Redaktion der NAGP-News werden die Einreicher der Abstracts zu moderierten Posterpräsentationen (1m Breite x 1,5 m Höhe) unter Erstattung anfallender Reisekosten zur Jahrestagung der NAGP e.V. eingeladen. Die Abstracts aller eingeladenen Einreicher werden in den NAGP-News

veröffentlicht.

Alle Teilnehmer haben eine DIN A 4 S/W-Miniatur ihres Posters in 6-facher Ausfertigung vor Tagungsbeginn beim 1. Vorsitzenden der NAGP abzugeben. Ein aus den Referenten der Jahrestagung gebildetes Preisrichterkollegium bestimmt mehrheitlich den/die Preisträger. Der Förderpreis ist mit 500,- € für den 1. Preis, 300,- € für den 2. Preis und 150,- € für den 3. Preis dotiert. Es besteht keine Verpflichtung von Seiten der NAGP e.V. den Förderpreis zu verleihen, wenn keine Arbeit von der Mehrzahl der Mitglieder des Preisrichterkollegiums als preiswürdig eingestuft wurde.

Bitte die Arbeiten bis zum 31.08.2007 an folgende Adresse schicken:

**Dr. Beate Schacher
Poliklinik für Parodontologie
ZZMK Carolinum
Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt/Main**

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz
Beirat: Prof. Dr. Anton Sculean MS, Prof. Dr. Peter Eickholz, Dr. Beate Schacher
(verantwortlich für dieses Heft)

Die NagP News erscheinen bis zu **4x** jährlich
Webadresse: **www.nagp.de**

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Diese muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Im Text sind Warennamen, die patent- und urheberrechtlich geschützt sind, nicht unbedingt als solche gekennzeichnet. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises oder der Zeichen [®], [™] darf nicht geschlossen werden, dass kein Warenschutz besteht.

Soweit in den NAGP-News ein bestimmtes Medikament, die Dosierung oder die Indikation eines bestimmten Medikamentes erwähnt wird, bitten Redakteure und Autoren, vor Verabreichung eines Medikamentes die Empfehlung des Herstellers in puncto Dosierung, Indikation und Kontraindikation genauestens zu prüfen. Dies gilt insbesondere für solche Präparate, deren Anwendungsbereich vom BfArM eingeschränkt ist.

Urheber- und Gerichtsstand

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahmen des Manuskriptes gehen die Rechte der Veröffentlichung, sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Herausgeber über. Jede Verwertung ausserhalb der durch das Urheberrecht festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

© Copyright by NAGP-Gerichtsstand Münster