

# PN KONGRESS

## 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 übertrieben 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 einzuebren 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.

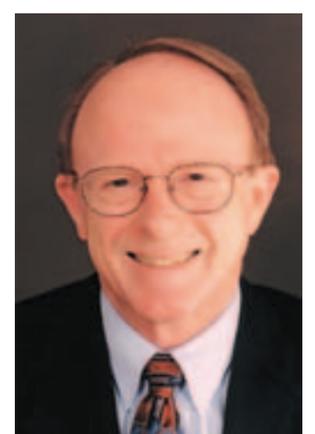
wurde und warum, wird in der Literatur eindeutig gesagt (Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999;4:1–6).

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