



CONTENU/INHALT

Editorial	1
Rapport du comité	3
Assemblée générale 2006	4
Accès Site EFP	5
Prix Oral-B	6
Présentation de cas	12
Diabète et parodontologie	7
Editorial	2
Bericht aus dem Vorstand	8
Mitgliederversammlung 2006	9
Zugang zur EFP-Webseite	10
Oral-B-Preis	11
Fallpräsentation	12
Diabetes und Parodontitis	16

Nr. 2

Août / August 2006

Chers membres,

Au moment même où j'écris ces quelques lignes, les salles de cinéma annoncent l'arrivée de « Da Vinci Code », de Dan Brown. Ceci me paraît donc un moment propice pour des pensées quelque peu hérétiques : d'où tirons-nous l'idée qu'une bonne hygiène buccale évitera l'apparition de la parodontite ? Nous sommes tous d'accord que le brossage élimine la plaque dentaire qui est à l'origine de la gingivite (en plus un dentifrice fluoré est une protection contre la carie). Mais qu'en est-il de la parodontite ? L'utilité du brossage est bien mise en évidence lors du maintien, donc après le traitement parodontal. Mais il s'agit là d'une prophylaxie contre la recolonisation par la plaque et elle sera appliquée surtout chez le sujet prédisposé (le patient chez lequel la prophylaxie primaire a échoué !). L'efficacité dans de telles conditions n'est donc pas encore une preuve de l'efficacité de la prophylaxie primaire. Si nous examinons toutes les pertes d'attache de la population en fonction de son étiologie, nous constatons probablement qu'elle est la plus marquée à l'endroit où il n'y a jamais de parodontite (sous la forme de récessions vestibulaires notamment). En plus la cause n'aurait pas été une maladie mais plutôt le souci d'éviter cette dernière ! C'était bien plus facile autrefois : la gingivite et la parodontite étaient des manifestations d'une même maladie et comme chacun perdait de l'attache à un moment donné, à un endroit donné, tout le monde devenait aussi un « cas paro ». Aujourd'hui par contre, le médecin-dentiste et l'hygiéniste dentaire doivent tenir compte du fait que la prophylaxie, le traitement et le maintien sont trois situations bien distinctes, chacune nécessitant des moyens différents.

Je vous souhaite bien du plaisir au cinéma.

Comité/Vorstand

Prof. Dr. Andrea Mombelli, Président, Genf
 Dr. Catherine Weber, Vizepräsidentin, Laufen
 Dr. Prisca Schächli, Sekretärin, Bern
 Dr. Piero Dulio, Kassier, Brig
 Dr. Patrick Brochut, EFP-Delegierter, Vevey
 Dr. Dominik Hofer, Langnau im Emmental
 Dr. Tobias Otto, Aarau
 Dr. Patrick Schmidlin, Zürich

Traductions/Übersetzungen

Dr. Guy Huynh-Ba
 Dr. Hrvoje Jambrec

Andrea Mombelli

Liebe Mitglieder

Zur Zeit wo ich dieses Editorial verfasse kommt gerade Dan Brown's Da Vinci Code ins Kino. Der passende Augenblick also für einige häretische Gedanken: Wie kommen wir eigentlich darauf, dass Mundhygiene Parodontitis verhindert? Einverstanden, Zähneputzen unterdrückt die Plaque-Bildung, und die verursacht Gingivitis (zudem schützt eine Fluorzahnpaste wirkungsvoll vor Karies). Aber Parodontitis? Der Nutzen der Mundhygiene ist zwar klar belegt für die Erhaltungsphase, also nach einer Parodontalbehandlung. Dies ist jedoch Rekolonisationsprophylaxe; sie wird beim erwiesenermassen anfälligen Individuum (beim Primärprophylaxever-sager!) durchgeführt. Eine Wirksamkeit in dieser Situation ist somit kein Beweis für eine Wirksamkeit in der Primärprophylaxe. Würde man in unserer Bevölkerung sämtlichen Attachmentverlust nach Ursachen getrennt aufnehmen, käme man wahr-

scheinlich darauf, dass er erstens hauptsächlich dort stattfindet, wo Parodontitis nie ausbricht (nämlich in der Form von Rezessionen im bukkalen Bereich), und zweitens zum grössten Teil nicht auf eine Krankheit, sondern auf die Bemühungen zur Verhinderung dieser Krankheit zurückzuführen ist! Früher hatten wir es einfacher mit dem Glauben: Gingivitis und Parodontitis waren Manifestationen derselben Krankheit und, da jeder irgenvann irgendwo etwas Attachment verlor, war auch jeder ein Parofall. Heute muss der Zahnarzt und die Dentalhygienikerin jedoch berücksichtigen, dass Prophylaxe, Therapie, Recall, drei unterschiedliche Situationen sind, die unterschiedliche Mittel erfordern.

Viel Spass im Kino.

Ihr Andrea Mombelli

RAPPORT DU COMITÉ 2006

Congrès

Le congrès annuel de la SSP aura lieu cette année du 27 au 30 septembre à Bâle. Le congrès 2007 se tiendra à Berne du 13 au 15 septembre en coopération avec le congrès annuel de l'IAP (International Academy of Periodontology).

Amélioration de l'attractivité

Projet pilote des Tables Rondes

Les soirées de formation continue connues sous le nom de « Tables rondes » et réservées aux membres de la SSP ont été très appréciées des participants. Le comité a donc décidé de poursuivre ce projet encore une année et espère que les membres profiteront activement de ces séances de formation continue. Les frais relatifs à cette activité sont entièrement supportés par la SSP. La participation est gratuite pour les membres.

Prix Oral-B

Le prix Oral-B, récompensant des présentations de cas cliniques, a été mis au concours par la SSP pour la première fois lors du congrès à Zürich l'année dernière. Le prix encourage la présentation d'excellents cas cliniques dans le domaine de la parodontologie et de la prophylaxie, ainsi que la publication dans la revue SSP-Aktuell. Ce concours aura encore lieu cette année. L'attribution du prix se produira à Bâle dans le cadre du congrès annuel de la SSP.

Brochure

La brochure née en coopération avec GABA (« Des gencives saines ? Ce n'est pas un hasard. Informations aux patients avec hypertension, diabète, transplantation ou en période de grossesse ») a suscité un grand intérêt. La SSP poursuivra cette coopération avec GABA et prévoit deux autres brochures : « Periimplantite » et « L'hygiène bucco-dentaire chez les patients atteints de parodontite ».

Internet

Le site web de la SSP est à présent disponible en allemand et en français. Avec le nom d'utilisateur « members » et le mot de passe « parosonde », la partie réservée aux membres est accessible.

Comme l'année dernière, l'inscription au congrès annuel de la SSP qui aura lieu fin septembre 2006 à Bâle peut se faire en ligne par le biais du site web.

INVITATION À L'ASSEMBLÉE DES MEMBRES DE LA SSP À L'OCCASION DE SON 36^e CONGRÈS ANNUEL

vendredi 29 septembre 2006, de 12h à 13h, dans la salle San Francisco du Centre de Congrès à Bâle.

Ordre du jour :

1. Approbation du PV de l'assemblée du 21 Octobre 2005 (voir SSP actualités, 1/2006, Février 2006)
2. Rapport annuel du Président, approbation du rapport
3. Comptes annuels et rapport du trésorier (2005/2006)
4. Rapport des vérificateurs de comptes : décharge au trésorier et au comité
5. Approbation du budget 2006/2007 et détermination de la cotisation annuelle
6. Rapport des commissions et approbation des rapports
7. Ré-élection du Président et d'un membre du comité
8. Admission de nouveaux membres
9. Nominations et distinctions
10. Requêtes des membres et du comité
11. Lieu et date du 38^e congrès annuel de la SSP
12. Divers

Les requêtes des membres doivent parvenir sous forme écrite au comité (secrétariat) 4 semaines au moins avant l'assemblée générale.

Cordiales salutations
Prof. Dr. A. Mombelli
Président SSP

ACCÈS SITE EFP

Chers membres,

Il a été constaté qu'un nombre encore restreint d'entre vous se sont inscrits sur le site de l'EFP, une inscription qui vous permet notamment de bénéficier d'un accès online au Journal of Clinical Periodontology (JCP).

Il nous a donc semblé utile de rappeler la marche à suivre pour procéder à cette inscription (la procédure est également clairement détaillée sur notre site internet www.parodontologie.ch) :

Il vous faut d'ailleurs vous rendre tout d'abord sur notre site internet, dans la section « membres » et sous la rubrique « EFP webcode » pour obtenir votre code d'accès. Ensuite, procédez comme suit :

Comment s'enregistrer sur le site EFP

1. Visitez le site www.efp.net/register.asp
2. Veuillez indiquer votre Web Access Code personnel dans le champ « Web Access Code »
3. Veuillez indiquer votre nom dans le champ « Surname » (en lettre majuscule)
4. Veuillez indiquer votre adresse e-mail dans le champ « Email Address ». Votre adresse e-mail sera également votre nom d'utilisateur dans EFP
5. Veuillez indiquer un mot de passe de votre choix dans le champ « Password » (Le mot de passe à 6 chiffres/lettres minimum)
6. Pour terminer l'enregistrement veuillez cliquer sur le bouton « Submit Form »

Votre premier contact avec le domaine membre de l'EFP

Votre enregistrement terminé vous avez accès à toutes les informations réservées aux membres EFP. Pour accéder à la zone des membres vous devez vous identifier :

1. Visitez le site www.efp.net/login.asp
2. Veuillez indiquer votre adresse e-mail et votre mot de passe
3. Cliquez sur le bouton « Submit »

En cas de problème

La SSP est seulement responsable de la distribution du Web Access Code. Si vous avez des problèmes avec l'enregistrement, veuillez contacter l'EFP.

Pour accéder au JCP online, une fois sur le site de l'EFP, il vous suffit de cliquer sur le lien « JCP Online » dans la rubrique « Members Only ». Vous serez alors redirigé sur le site de blackwell-synergy. Vous pourrez dès lors avoir accès à tous les articles publiés depuis le 1er No de 1974 jusqu'aux publications les plus récentes de l'année en cours ; ces dernières sont d'ailleurs accessibles online parfois bien avant de l'être sous format papier.

Nous espérons que ce petit rappel vous facilitera l'accès au site de l'EFP et à la version online du Journal of Clinical Periodontology.

ATTRIBUTION DU « PRIX ORAL-B / SSP POUR DES PRÉSENTATIONS CLINIQUES »

Le premier « Prix Oral-B/SSP pour des présentations cliniques » a pu être décerné lors du congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie (SSP) à Zurich. Les gagnantes du prix, doté de la somme de CHF 5000.00, étaient les Desses Isabelle Cappuyns et Maria Kandylaki qui ont été honorées pour leurs présentations de cas. Le cas de la Dresse Maria Kandylaki est publié dans cette édition (voir page 12).

Le prix est décerné pour des présentations de cas qui documentent des problèmes parodontaux ou péri-implantaires. Les cas soumis ont été jugés par un jury composé par les spécialistes en parodontologie suivants : Dr Catherine Weber (Laufen), Dr Oreste Balmelli (Lugano) et Dr Dominique Plagnat (Yverdon-les-Bains). La compétition est accessible à tous les membres de la SSP. Les conditions de participation peuvent être demandées auprès du secrétariat de la société (sekretariat@parodontologie.ch).

Mauvaise qualité d'impression

La qualité d'impression des clichés photos cliniques ainsi que des radiographies dans la dernière édition n'étaient pas optimale. Nous aimerions nous en excuser auprès de son auteur, Mme la Dresse Isabelle Cappuyns, ainsi qu'auprès des lecteurs. En collaboration avec les personnes responsables de la mise en page et de l'impression, des améliorations ont été élaborées.

DIABÈTE ET MALADIE PARODONTALE

Depuis 1997, le diabète est subdivisé en 4 groupes :

- diabète type 1
- diabète type 2
- diabète de grossesse
- autres formes de diabète

Le diabète de type 1 est caractérisé par la destruction auto-immune des cellules β du pancréas, productrices de l'insuline. Les patients souffrant de ce type de diabète seront traités par de l'insuline. Le type 2, la forme la plus répandue, consiste en une résistance à l'insuline de la part des cellules. Ces patients sont souvent atteints d'obésité et de maladies cardiovasculaires.

La parodontite et le diabète doivent être considérés comme deux maladies interdépendantes. En se basant sur l'évidence scientifique actuellement disponible, nous pouvons résumer les caractéristiques étiologiques et thérapeutiques comme suit :

Étiologie/pathogénèse

- La composition du biofilm bactérien des diabétiques atteints de parodontite ne se distingue quasiment pas de celle des patients avec une parodontite chronique mais sans diabète.
- Une glycémie élevée de façon chronique résulte chez les diabétiques en une glycolyse non enzymatique des lipides et des protéines. L'interaction de ces produits avec des cellules immunitaires (principalement les monocytes) peut déclencher une réaction excessive résultant en une libération de cytokines pro inflammatoires.
- Des changements dans le métabolisme du collagène et de l'os résultent en une capacité réduite de cicatrisation et peuvent compromettre l'oséointégration des implants dentaires.

Traitement

- La collaboration entre le médecin-dentiste et le diabétologue/endocrinologue est souhaitée lors de la prise en charge parodontale
- Un patient dont le diabète est bien compensé (glycémie $\leq 7\%$) répondra à un traitement parodontal, qu'il soit chirurgical ou non, de la même façon qu'un patient sans diabète.
- L'adjonction d'une antibiothérapie systémique ou locale lors du traitement parodontal ne peut améliorer que passagèrement la glycémie du diabétique.
- Un suivi rapproché des patients avec un parodonte assaini ou porteur d'implants est recommandé.

PD Dr. Giovanni E. Salvi

Université de Berne

Zahnmedizinische Kliniken

Klinik für Parodontologie & Brückenprothetik

Bibliographie

- Salvi, G. E., Lawrence, H. P., Offenbacher, S. & Beck, J. D. (1997) Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology* 2000 14, 173-201.
- Salvi, G. E., Beck, J. D. & Offenbacher, S. (1998) PGE₂, IL-1 β and TNF α responses in diabetics as modifiers of periodontal disease expression. *Annals of Periodontology* 3, 40-50.
- Salvi, G. E., Kandykaki, M., Troendle, A., Persson, G. R. & Lang, N. P. (2005) Experimental gingivitis in type 1 diabetics. A controlled clinical and microbiological study. *Journal of Clinical Periodontology* 32, 310-316.

BERICHT AUS DEM VORSTAND 2006

Kongresse

Der SSP-Kongress findet im Jahr 2006 vom 27.-30. September in Basel statt. Der Kongress 2007 in Bern wird vom 13.-15. September in Zusammenarbeit mit dem Jahreskongress der IAP (International Academy of Periodontology) durchgeführt werden.

Attraktivitätssteigerung

Pilotprojekt Tables Rondes

Die den SSP-Mitgliedern vorbehaltenen, unter dem Namen der Tables Rondes durchgeführten Fortbildungsabende wurden von den Teilnehmern sehr begrüsst. Der Vorstand hat deshalb beschlossen, dieses Projekt noch ein weiteres Jahr zu unterstützen und hofft, dass die Mitglieder rege von dieser Fortbildungsveranstaltung profitieren werden. Die anfallenden Kosten werden vollumfänglich von der SSP getragen. Die Teilnahme ist für die Mitglieder kostenlos.

Oral-B-Preis

Der von der SSP ausgeschriebene Oral-B-Preis für klinische Präsentationen wurde letztes Jahr am Kongress in Zürich erstmals verliehen. Der Preis bezweckt die Förderung exzellenter klinischer Fallpräsentationen im Bereich Parodontologie und Prophylaxe und deren Publikation im SSP-Aktuell. Der Wettbewerb findet auch dieses Jahr statt. Der Preis wird in Basel im Rahmen des Jahreskongresses verliehen.

Broschüre

Die in Zusammenarbeit mit der GABA entstandene Broschüre «Gesundes Zahnfleisch ist kein Zufall, Informationen für Patienten mit Bluthochdruck, Diabetes, Transplantation, Schwangerschaft» ist auf grosses Interesse gestossen. Die SSP wird diese Zusammenarbeit mit der GABA weiter führen und plant zwei weitere Broschüren mit den Titeln: «Periimplantitis» und «Mundhygiene beim Parodontalpatienten».

Internet

Die SSP-Webseite ist in deutscher und französischer Version aufgeschaltet. Mit dem Username «members» und dem Passwort «parosonde» kann die Ebene Mitglieder erreicht werden.

Wie bereits letztes Jahr kann die Anmeldung zum Jahreskongress in Basel auf der Webseite erfolgen.

EINLADUNG ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER SSP ANLÄSSLICH DER 36. JAHRESTAGUNG

am Freitag, den 29. September 2006, 12.00-13.00 Uhr, Saal San Francisco, Kongresszentrum Basel

Traktanden

1. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 21. Oktober 2005
(siehe SSP Aktuell, Nr. 1/2006, Februar 2006)
2. Jahresbericht des Präsidenten, Genehmigung des Berichts
3. Jahresrechnung und Bericht des Quästors (2005/2006)
4. Bericht der Rechnungsrevisoren: Entlastung des Quästors und des Vorstandes
5. Genehmigung des Budgets 2006/2007 und Festsetzung des Jahresbeitrages
6. Berichte der Kommissionen, Genehmigung derselben
7. Wiederwahl des Präsidenten und eines Vorstandmitgliedes
8. Mitgliederaufnahmen
9. Ernennungen und Ehrungen
10. Anträge der Mitglieder und des Vorstands
11. Ort und Datum der 38. Jahrestagung
12. Varia

Anträge von Mitgliedern sind dem Vorstand (Sekretariat) spätestens 4 Wochen vor der Mitgliederversammlung schriftlich einzureichen.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. A. Mombelli
Präsident SSP

ZUGANG ZUR EFP-WEBSEITE

Liebe Mitglieder,

Nur wenige unter Ihnen haben sich auf der EFP-Homepage eingeschrieben, was z. B. den Zugang zur Online-version des Journal of Clinical Periodontology (JCP) ermöglichen würde.

Es erschien uns somit sinnvoll, das Prozedere zur Einschreibung hier noch einmal zu erläutern (das genaue Vorgehen ist auch auf unserer Homepage www.parodontologie.ch ersichtlich):

Zuerst müssen Sie auf unsere Homepage zur Rubrik «Mitglieder» und weiter zu «EFP Webcode», um Ihren Zugangscode zu erhalten. Danach geht's wie folgt weiter :

Wie registriert man sich auf der Webseite der EFP

1. Webseite www.efp.net/register.asp wählen
2. Persönlicher Web Access Code im Feld «Web Access Code» eingeben
3. Ihren Nachnamen unter «Surname» (Grossbuchstaben) eingeben
4. Ihre Mailadresse im Feld «Email Address» eingeben. Ihre Mailadresse entspricht zugleich Ihrem Benutzernamen
5. Ein geeignetes Passwort im Feld «Password» eingeben (mindestens 6 Buchstaben oder Ziffern)
6. Zum Beenden der Registrierung auf Knopf «Submit Form» klicken

Ihr erster Kontakt als Member bei der EFP

Nachdem Sie sich registriert haben, haben Sie Zugang zu allen den EFP-Mitgliedern vorbehaltenen Informationen. Für diesen Zugang müssen Sie sich zuerst identifizieren

1. Webseite www.efp.net/register.asp wählen
2. Ihre Mailadresse und Ihr Passwort eingeben
3. Auf Knopf «Submit» klicken

Problemlösung

Die SSP ist nur für die Zuteilung des Web Access Codes zuständig. Falls Sie Schwierigkeiten mit der Registrierung haben, kontaktieren Sie bitte die EFP.

Um in die Online-Version des JCP zu gelangen, gehen Sie auf der EFP-Homepage via der Rubrik «Members Only» zum «JCP Online». Sie werden automatisch zur Blackwell-Synergy Webseite weitergeleitet, wo Sie alle Artikel seit der Nr. 1 (1974) zur Verfügung haben. Die neusten Publikationen erscheinen übrigens häufig auf dem Netz, bevor Sie sie in Ihrem Briefkasten erhalten.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Anleitung den Zugang zur EFP-Webseite und der Online-Version des Journal of Clinical Periodontology erleichtern konnten und freuen uns auf einen regen Gebrauch.

VERLEIHUNG DES «ORAL-B / SSP-PREIS FÜR KLINISCHE FALLPRÄSENTATIONEN»

Anlässlich der Jahrestagung 2005 der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP) in Zürich konnte erstmals der «Oral-B/SSP-Preis für klinische Fallpräsentationen» verliehen werden. Stolze Preisträgerinnen der mit je CHF 5000.00 dotierten Auszeichnung waren Dr. Isabelle Cappuyns und Dr. Maria Kandyaki, die für ihre gelungenen Fallpräsentationen geehrt wurden. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Fallpräsentation von Maria Kandyaki vor.

Der Preis wird für Fallpräsentationen vergeben, die parodontale oder periimplantäre Probleme dokumentieren. Die eingereichten Fälle werden von einer Jury beurteilt, die durch die drei Fachzahnärzte für Parodontologie Dr. Dr. Catherine Weber (Laufen), Dr. Oreste Balmelli (Lugano) und Dr. Dominique Plagnat (Yverdon-les-Bains) gebildet wird. Der Wettbewerb ist offen für alle Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP). Die Teilnahmebedingungen können beim Sekretariat der Gesellschaft (sekretariat@parodontologie.ch) angefordert werden.

Schlechte Druckqualität

Leider war die Druckqualität der klinischen Fotos und der Röntgenbilder in der letzten Ausgabe nicht optimal gelungen. Wir möchten uns dafür bei der Autorin, Frau Dr. Isabelle Cappuyns, und den Leserinnen und Lesern entschuldigen. In Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen für Layout und Druck wurden einige Verbesserungen ausgearbeitet.

ORAL-B/SSP-PREIS 2005 FALLPRÄSENTATION

Maria Kandylaki, Bern

Hauptanliegen

Der 35-jährige kaufmännische Angestellte meldete sich an der Klinik wegen eines leicht beweglichen Zahnes (21) und um die «Parodontose» behandeln zu lassen.

Allgemeine und spezifische Anamnese

Der gesunde Patient war seit 2 Jahren Nichtraucher, nachdem er 15 Jahre lang bis zu 15 Zigaretten pro Tag geraucht hatte. 5 Jahre zuvor hatte er einen Abszess bei Zahn 21. Damals wurde eine erste Hygienephase durchgeführt, worauf er für ein Jahr in einem 3-monatigem Recall blieb. Seit 1997 hatte Herr S. K. allerdings keine professionelle Zahnreinigung mehr. Beide Eltern des Patienten hatten eine «fortgeschrittene Parodontose».

Klinische und radiologische Befunde

Extraoral waren keine pathologischen Befunde erkennbar. Funktionelle Beschwerden bestanden nicht. Intraoral waren weder an Schleimhäuten, Zunge oder Mundboden pathologische Befunde ersichtlich. Die Zähne 47, 46 und 36 hatten Amalgamfüllungen. Der Zahn 33 wies bukkal eine Initialkaries auf. Alle Zähne waren vital (Abb. 1). Der Parodontalstatus zeigte pathologisch erhöhte Sondierungswerte bis zu 13 mm (Abb. 2). Alle Molaren wiesen beginnende Furkationsparodontitis Grad 1 auf (Hamp et al. 1975). Bei der Erstuntersuchung bluteten 86% der Stellen auf Sondieren, und der Plaquebefall war 32%. Zur Ergänzung wurde ein Röntgenstatus erstellt. Die Zähne 28, 38 und 48 fehlten. Der Zahn 18 war vollständig retiniert (Abb. 3).

Diagnose

Die Verdachtsdiagnose lautete auf generalisierte aggressive Parodontitis mit Furkationsbefall der Unter- und Oberkiefermolaren. Initialkaries wurde an Zahn 33 bukkal diagnostiziert.

Behandlungsziel

Dieses bestand darin, die Zähne zu erhalten, den Attachmentverlust aufzuhalten, und – wo indiziert – gesteuerte Gewebsregeneration durchzuführen.

Behandlungsablauf

Die Behandlungssequenz erfolgte in vier Phasen: In der **Systemischen Phase** mussten keine prophylaktischen Massnahmen getroffen werden. Der Patient wurde motiviert, Nichtraucher zu bleiben. In der **Hygienephase** wurden die Wurzeloberflächen unter Lokalanästhesie gründlich gereinigt und geglättet. Dem Patienten wurden die modifizierte Bass-Technik und der Gebrauch von Interdentalbürstchen gelehrt. Plaqueindizes (O'Leary et al. 1972) wurden bei jeder Sitzung aufgenommen. Der Plaquebefall wurde von 36% auf 2% reduziert. Die Evaluation der Hygienephase erfolgte acht Wochen nach deren Beendigung. Zu dieser Zeit bluteten 49% der Stellen auf Sondieren, und der Plaquebefall war 27% (Abb. 4). Eine generalisierte Reduktion der Sondierungswerte war offensichtlich. Im Bereich der Zähne 45 bis 35 gab es nur noch Sondierungstiefen bis 4 mm. Bei den Molaren im Unterkiefer sowie im Oberkiefer waren noch Sondierungstiefen von 5 mm oder mehr vorhanden. Das Ziel der Hygienephase war erreicht; aber es waren noch weitere Behandlungsschritte nötig. Nun wurde ein mikrobiologischer Test durchgeführt, um mögliche parodontopathogene Keime (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*) nachweisen zu können. Mittels Papierspitzen wurden subgingivale Plaqueproben von der tiefsten Stelle jedes Quadranten (Zähne: 16 distobukkal, 21 mesiopalatinal, 36 distobukkal und 46 distobukkal) entnommen. Die DNS-Sondenuntersuchung zeigte eine mittlere Konzentration von *P.g.* und *P.i.*. Die Anwesenheit von *A.a.* konnte nicht nachgewiesen werden. Deshalb wurde entschieden, die parodontalchirurgischen Eingriffe ohne Anwendung systemischer Antibiotika durchzuführen. In der **Korrektiven Phase** wurden Zugangslappen in der Oberkieferfront und im Prämolaren-Molarenbereich aller Quadranten durchgeführt. Die Entfernung des Zahnes 18 fand während der Lappenoperation im I. Quadranten (Zähne 13-17) statt. Im II. (Zähne 24-27) und im III. Quadranten (Zähne 35-37) wurden modifizierte Widman-Lappen gelegt. Die Knochendefekte waren kaum für Regenerationsversuche geeignet.

Im IV. Quadranten (Zähne 45-47) wurde die modifizierte Papillenpräservierung (Cortellini et al. 1995) angewandt. Bei Zahn 46 distal war der Knochendefekt bukkal 6 mm und lingual 4 mm tief und reichte rund um den Zahn bis in die linguale Furkation. Nach der Instrumentierung wurden die Wurzeloberflächen der Zähne 47, 46 und 45 zwei Minuten lang mit einem pH neutralen EDTA Gel (PrepHgel®, Biora AB) behandelt. Anschliessend wurden Schmelzmatrixproteine (Emdogain®, Biora AB) appliziert, und der Lappen wurde mit Nähten repositioniert. In der Regio 11-22 wurde – um gewebschonend vorzugehen – eine intrasulkuläre Schnittführung gewählt und die modifizierte Papillenpräservierung angewandt. Zusätzlich wurde distobukkal des Zahnes 11 eine vertikale Entlastung gelegt. Die Wurzeloberflächen wurden dargestellt und mit Kurettten bearbeitet (Abb. 5a, b und c). Um die Knochendefekte zu behandeln, wurde entschieden, Emdogain® anzuwenden. Der Patient wurde instruiert, für weitere 4 Wochen zweimal täglich mit 0,1% Chlorhexidinlösung (Hibitane®) zu spülen. Die Nahtentfernung erfolgte jeweils eine Woche nach der Operation. Die Wundheilung verlief stets ohne Komplikationen. Der Patient begann mit der Zahnreinigung jeweils nach 1 Woche postoperativ mechanisch zu reinigen und begann jeweils nach 4 Wochen mit der Interdentalreinigung. Für die unterstützende **Erhaltungstherapie** wurde ein Recall-Intervall von 3 Monaten festgelegt.

Schlussévaluation

Die Evaluation nach Chirurgie fand – wegen der Verwendung vom Emdogain® – 6 Monate nach der letzten Chirurgie statt. Das Blutungen auf Sondieren betrug 22%. Der Parodontalstatus zeigte nun mit Ausnahme der Zähne 16, 21, 26 und 46 (5 Stellen mit Sondierungswerten von 5 mm) Sondierungswerte bis maximal 4 mm.

Verlauf

Der Patient wurde für zwei weitere Jahre, dreimonatig im Recall aufgeboten.

Epikrise

Der Schweregrad der Parodontitis bei diesem 35-jährigen Patienten war durch die vorhandenen Plaque-mengen allein nicht erklärbar. Eine familiäre Häufung war nicht auszuschliessen. Zudem waren die tiefsten Defekte bei Zahn 21 und bei den Molaren lokalisiert. Leider waren keine weiteren Röntgenbilder erhältlich, die die Progressionsrate der Gewebedestruktion hätten dokumentieren können. Nach der Hygiene-phase war das Sondierungsbluten mit 49% immer noch ausgeprägt. Zusammen mit der Verdachtsdiagnose einer aggressiven Parodontitis führten diese Fakten zum Entscheid, einen mikrobiologischen Test zu machen. Der Test wurde erst nach abgeschlossener Hygienephase durchgeführt, da auf diese Weise bereits der Einfluss derselben auf die Mikrobiota erfasst werden kann. *Actinobacillus actinomycetem-comitans* wird durch die mechanische Therapie nur schwierig eliminiert. Von den untersuchten Keimen gehört *P. g.* zum roten und *P. i.* zum orangen Komplex (Socransky et al. 2000). Die Präsenz von *A. a.* konnte nicht bestätigt und der Befall mit *P. g.* und *P. i.* konnte nur in mittleren Konzentrationen nachgewiesen werden. Das führte schliesslich zum Entscheid, zusätzlich zur mechanischen Therapie keine systemischen Antibiotika in der chirurgischen Phase anzuwenden. Nach der Verwendung von Emdogain® waren bei Zahn 21 die Sondierungstiefen nur noch 5mm. Ästhetisch war der Patient mit dem Behandlungsergebnis sehr zufrieden (Abb. 6). Bei Zahn 46 distal war eine Auffüllung des vertikalen Defekts nach Emdogain® Anwendung zu beobachten (Abb. 7a und b). Die Langzeitprognose des Behandlungsergebnisses wird für diesen Patienten als äusserst gut bezeichnet, sofern er bei seiner Raucherentwöhnung bleibt und regelmässige unterstützende Therapie erhält.



Abb. 1:

Frontansicht vor Behandlungsbeginn. Das Zahnfleisch präsentierte sich mit geröteten, sowie geschwollenen Papillen und Gingivalrändern.

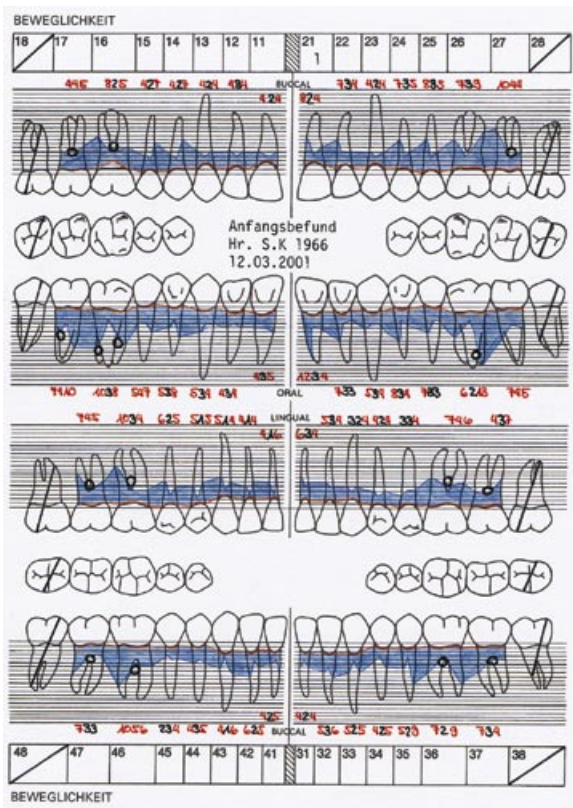


Abb. 3:

Röntgenstatus zu Behandlungsbeginn: Ein generalisierter horizontaler Knochenverlust war in beiden Kiefern ersichtlich. Zudem wiesen die Zähne 16, 15, 14, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 36 und 46 anguläre Knochendefekte auf.

Abb. 2:

Parodontalstatus zu Behandlungsbeginn: Die rote Linie zeigt den Verlauf des Margo gingivae. Die Sondierungswerte > 3 mm sind in rot notiert. Offene Kreise bedeuten beginnende Furkationsparodontitis (≤ 3 mm horizontal). Die höchsten Werte waren bei Zahn 21, sowie im Prämolaren- und Molarenbereich in allen Quadranten feststellbar.





Abb. 4:
Frontalansicht nach beendeter Hygienephase: Eine grosse Straffung und Schrumpfung der Gingiva war zu beobachten.



Abb. 5a,b:
Mesial von Zahn 21 gab es einen grossen zirkulären (schüsselförmig) und mesial von Zahn 22 einen kraterförmigen Knochendefekt.



Abb. 5c:
Zugangslappen mit Präsvation der Papillen in Regio 11-22.



Abb. 6:
Frontalansicht 28 Monate nach Chirurgie.



Abb. 7a:
Radiologischer Anfangsbefund: Distal des Zahnes 46 ist ein angulärer Defekt diagnostizierbar.



Abb. 7b:
Radiologischer Befund 28 Monate nach Chirurgie: Vollständige Auffüllung des angulären Defekts.

DIABETES MELLITUS UND PARODONTALERKRANKUNGEN

Die systemische Krankheit Diabetes mellitus wird seit 1997 neu in 4 Gruppen unterteilt:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schwangerschaftsdiabetes
- Weitere Diabetesformen

Typ 1 Diabetes ist durch eine autoimmune Zerstörung der insulinproduzierenden β -Zellen des Pankreas charakterisiert. Patienten welche unter dieser Form des Diabetes leiden werden mit Insulin behandelt. Typ 2 Diabetes stellt die häufigere Form dar und beruht auf Insulinresistenz. Häufig leiden Typ 2 Diabetiker zusätzlich unter Fettleibigkeit und kardiovaskulären Erkrankungen.

Parodontitis und Diabetes mellitus sind als Krankheiten mit wechselseitigen Beziehungen zu betrachten. Aufgrund der zur Zeit vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz können die ätiologischen Merkmale sowie die therapeutischen Ansätze wie folgt zusammengefasst werden:

Ätiologie/Pathogenese

- Die Zusammensetzung des bakteriellen Biofilms von Diabetikern mit Parodontitis unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen von Nichtdiabetikern mit chronischer Parodontitis.
- Chronisch erhöhte Blutzuckerwerte führen in Diabetikern zur nicht-enzymatischer Glykosylierung von Lipiden und Proteinen. Die Interaktion dieser Produkte mit Abwehrzellen (v.a. Monozyten) kann eine überschüssige Antwort mit erhöhter Ausschüttung pro-inflammatorischer Zytokine auslösen.
- Veränderungen im Kollagen- und Knochenstoffwechsel führen zur Verzögerung der Wundheilung und beeinträchtigen die Osseointegration oraler Implantate.

Therapie

- Die Zusammenarbeit von Zahnarzt und Diabetologen/Endokrinologen in der Betreuung von Diabetikern mit Parodontalerkrankungen ist zu empfehlen.
- Metabolisch gut eingestellte Diabetiker (d. h. $\leq 7\%$ glykosyliertes Hämoglobin) reagieren wie Nichtdiabetiker auf die nicht-chirurgische und chirurgische Parodontaltherapie.
- Die zusätzliche Verabreichung von systemischen oder lokalen Antibiotika während der Parodontaltherapie kann die metabolische Kontrolle des Diabetes (d.h. glykosyliertes Hämoglobin) nur kurzfristig verbessern.
- Eine engmaschige post-therapeutische Betreuung von Diabetikern mit Parodontalerkrankungen und von Diabetikern mit oralen Implantaten ist zu empfehlen.

PD Dr. Giovanni E. Salvi

Universität Bern

Zahnmedizinische Kliniken

Klinik für Parodontologie & Brückenprothetik

Quellen

- Salvi, G. E., Lawrence, H. P., Offenbacher, S. & Beck, J. D. (1997) Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology* 2000 14, 173-201.
- Salvi, G. E., Beck, J. D. & Offenbacher, S. (1998) PGE₂, IL-1 β and TNF α responses in diabetics as modifiers of periodontal disease expression. *Annals of Periodontology* 3, 40-50.
- Salvi, G. E., Kandykaki, M., Troendle, A., Persson, G. R. & Lang, N. P. (2005) Experimental gingivitis in type 1 diabetics. A controlled clinical and microbiological study. *Journal of Clinical Periodontology* 32, 310-316.