



Bioscientia MVZ Berlin | Lützowstraße 89/90 | D-10785 Berlin

Post

Herrn
Dr. Max Mustermann
Zahnarzt
Teststr. 1-2
12345 Berlin

Dr. med. Hans Lorenz (Ärztl. Ltg.)

Facharzt für Mikrobiologie, Virologie
und Infektionsepidemiologie

PD Dr. med. Matthias Schröter (Ärztl. Ltg.)

Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Dr. med. Peter Goetz

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Peter Wiebe

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Tel. 0 30 - 48 52 61 00

Fax 0 30 - 48 52 62 75

labor-berlin@bioscientia.de

www.bioscientia.de

■ Laborbefund

Patienten Id-Nr.	Proben-ID-Nr.	Geburtsdatum 15.05.1981	Patient Testpatient, Test ♀
Auftragsschlüssel LDU057Y	Eingangsdatum 09.08.21/08:58	Berichtsdatum 10.08.21/20:11	Einsender-Nr. K0009282
ENDBEFUND			1 von 3

Material/Abnahme/Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Referenz-/ Bewertungsbereich	Grafik
-------------------------------	----------	---------	---------------------------------	--------

Allgemeine Auftragsdaten

Persönlicher Laborbefund

untersuchtes Material

Papierspitze

16, 23, 37, 31, 46

Mikrobiologische Diagnostik

Parodontopathogene Bakterien

11er Spektrum

Aggregatibacter nicht nachweisbar

actinomycetemcomitans

Porphyromonas gingivalis erhöht (+)

Prevotella intermedia erhöht (+)

Tannerella forsythia stark erhöht (++)

Treponema denticola stark erhöht (++)

Parvimonas micra erhöht (+)

Fusobacterium sp. stark erhöht (++)

Campylobacter rectus stark erhöht (++)

Eubacterium nodatum nicht nachweisbar

Eikenella corrodens erhöht (+)

Capnocytophaga gingivalis erhöht (+)

Antibiotikaempfehlung

Monotherapie

Mittel der 1. Wahl: Metronidazol (3 x 400 mg / 7 Tage)

Alternative: Clindamycin (4 x 300 mg / 7 Tage)

Voraussetzung einer erfolgreichen therapiebegleitenden Antibiotikatherapie ist die systematische supra- und subgingivale mechanische Bearbeitung der Zahn- und Wurzeloberfläche (FMD - full mouth disinfection).

Wichtig ist im Rahmen der systematischen Parodontaltherapie die "unterstützende Parodontitis-Therapie" (UPT). Sie definiert den Erfolg der Behandlung und sollte, abhängig vom Risikoprofil des Patienten, in drei bis 4-monatigen Nachsorgezyklen im ersten posttherapeutischen Jahr durchgeführt werden. Danach wird neu bewertet und die Nachsorge angepasst.

(#) Eigenentwicklung

(+) nicht akkreditierte Untersuchung

(*) : Verbundlaborleistung

(**) : Fremdlaborleistung



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-13452-02-00



Patienten Id-Nr.	Proben-ID-Nr.	Geburtsdatum 15.05.1981	Patient Testpatient, Test ♀
Auftragsschlüssel LDU057Y	Eingangsdatum 09.08.21/08:58	Berichtsdatum 10.08.21/20:11	Einsender-Nr. K0009282
ENDBEFUND			2 von 3
Material/Abnahme/Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Referenz-/ Bewertungsbereich
			Grafik

Eine Antibiotikatherapie sollte nur in Verbindung mit einer mechanischen (manuell oder maschinell) Therapie durchgeführt werden, wobei der Medikationsbeginn auf die abschließende mechanische Behandlung terminiert wird.

Eine erste mikrobiologische Therapiekontrolle ist 3 Monaten nach Behandlungsbeginn indiziert.

Achtung! Die vom Zahnarzt verordnete Antibiotikatherapie darf nicht unterbrochen werden. Die Einnahme sollte stets zu den gleichen Tageszeiten zu erfolgen. Bei Nichtbeachtung wird in beiden Fällen der Wirkstoffspiegel im Blut nicht auf seinem Niveau gehalten, so dass die Wirkung auf die Bakterien und die gesamte Parodontitis-Therapie in Frage gestellt werden muss. Bei schweren Unverträglichkeiten setzen Sie sich bitte umgehend mit Ihrem Zahnarzt in Verbindung.

Achtung, eventuell Partnerdiagnostik!

Das Reservoir für Parodontitis- Keime ist hauptsächlich der Mensch. Der Erfolg der Erregereradikation beim Patienten kann durchaus von der Parodontitis-Keim-Situation des jeweiligen Partners beeinflusst werden. Eine Diagnostik bzw. Therapie des Partners sind dann zu empfehlen.

Porphyromonas gingivalis (roter Komplex)

tritt mit großer Häufigkeit bei aggressiver, chronischer und rezidivierender Parodontitis sowie bei Periimplantitis auf. Synergistische Effekte entstehen durch das gemeinsame Auftreten mit Erregern des roten und orange farbigen Komplexes. Die Quantität des Keimes korreliert mit der Taschentiefe und dem Blutungsindex. P. gingivalis ist ein gewebeinvasiver Keim mit hoher Rezidivgefahr. P. gingivalis wird exogen, z.B. oral, übertragen.

Prevotella intermedia (oranger Komplex)

steht im Zusammenhang mit Gingivitis, akut nekrotisierender ulzeröser Gingivitis (ANUG) und odontogenen Abszessen. Synergistische Effekte entstehen durch gemeinsames Auftreten mit Erregern des roten und orange farbigen Komplexes. Wenn P. intermedia in hohen Keimzahlen auftritt, gilt er als Risikofaktor für aggressive Parodontiden. P. intermedia wird exogen, z.B. oral, übertragen.

Tannerella forsythia (roter Komplex)

ist ein Markerkeim für aggressive, chronische und rezidivierende Parodontitis sowie für Periimplantitis. Synergistische Effekte werden beobachtet beim gemeinsamen Auftreten mit Erregern des roten und orange farbigen Komplexes. Die Quantität des Keimes korreliert mit der Taschentiefe und dem Blutungsindex. T. forsythia ist

(#) Eigenentwicklung

(+) nicht akkreditierte Untersuchung

(*) : Verbundlaborleistung

(**) : Fremdlaborleistung



Patienten Id-Nr.	Proben-ID-Nr.	Geburtsdatum 15.05.1981	Patient Testpatient, Test ♀
Auftragsschlüssel LDU057Y	Eingangsdatum 09.08.21/08:58	Berichtsdatum 10.08.21/20:11	Einsender-Nr. K0009282
ENDBEFUND			3 von 3
Material/Abnahme/Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Referenz-/ Bewertungsbereich
			Grafik

gewebeinvasiv und wird exogen übertragen, d.h. eine orale Übertragung ist möglich.

Treponema denticola (roter Komplex)

gehört zu den Leitkeimen der akut nekrotisierenden ulzerösen Gingivitis (ANUG). Er ist ein gewebeinvasiver und plaquebildender Keim. Synergistische Effekte entstehen durch gemeinsames Auftreten mit *T. forsythia* und *P. gingivalis*. Die Quantität des Keimes korreliert mit der Taschentiefe und dem Blutungsindex.

Parvimonas micra (oranger Komplex)

ist ein relativ selten auftretender Keim, der etwas häufiger bei fortgeschrittener Parodontitis nachgewiesen werden kann.

Fusobacterium nucleatum (oranger Komplex)

ist einer von mehreren Markerkeimen, die bei der akut nekrotisierenden ulzerösen Gingivitis (ANUG) und der chronischen Parodontitis nachgewiesen werden. Er ist ein früher Kolonisierer, der das Wachstum von Keimen des roten Komplexes begünstigt. *F. nucleatum* ist ein Indikator für den Status der Mundhygiene. Dieser Keim wird auch bei gesunden Patienten nachgewiesen.

Campylobacter rectus (orange-assoziiertes Komplex)

kolonisiert bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Zahnfleischtaschen. Wie *A. actinomycetemcomitans* produziert auch er ein Leukotoxin mit ähnlicher Wirkungsweise.

Eikenella corrodens (grüner Komplex)

ist bekannt als früher Kolonisierer, als Plaquebildner und Rezidivkeim. Die Quantität des Keimes korreliert mit der Taschentiefe. Die Keimmenge verringert sich mit zunehmendem Alter des Patienten, wobei das Maximum bei zwanzig Jahren auftritt.

Capnocytophaga spp. (grüner Komplex)

sind frühe Kolonisierer. Ihre Toxizität resultiert aus der Bildung eines Epithelotoxins.

validiert durch Dr. med. Peter Wiebe