

DIAGNOSTIK UND THERAPIE DES INDIVIDUELLEN KARIESRISIKOS

Dr. Elfi Laurisch/Korschenbroich

Bei der klinischen Untersuchung eines Patienten wird oft nur nach behandlungsbedürftigen Zähnen gesucht. Die Feststellung „Karies“ ist hier jedoch keine echte Diagnose, sie beschreibt lediglich den klinischen Zustand eines Zahnes bzw. einer Zahnfläche. Die gefundene Kavität ist nur ein Symptom der multikausalen Krankheit Karies; eine präventive Diagnostik muss daher nach den Parametern suchen, die diesen klinischen Zustand herbeigeführt haben.

»» Für die Ermittlung des individuellen Kariesrisikos des Patienten sollten folgende Befunde erhoben werden:

1. Untersuchung der Mundsituation auf die bisherige Karieserfahrung und dabei vor allem auf aktive Karies.
2. Art und Ausmaß der bakteriellen Besiedelung bzw. Kolonisation der Mundhöhle mit kariesrelevanten Keimen und die auf dieses Keimspektrum positiv bzw. negativ einwirkenden weiteren Speichelparameter.
3. Ernährungsgewohnheiten, insbesondere die Frequenz und die Menge der Aufnahme von Zucker und Kohlehydraten.

Die Untersuchungsergebnisse lassen die vorliegenden Risikofaktoren erkennen. Durch Analyse und Wertung der einzelnen Befunde kann im Anschluss für jeden Patienten ein individuelles Kariesrisiko ermittelt werden. Auf dieser Grundlage baut eine tatsächlich individuelle Prophylaxebetreuung auf. Hierbei erfolgen wiederholt die präventiv relevanten Untersuchungen, sodass eine Verlaufskontrolle möglich wird. Dadurch können Schwankungen bei der Patientencompliance, Erfolge und Misserfolge der Präventivmaßnahmen gemessen und dokumentiert werden.

Klinische Untersuchung und Ermittlung der bisherigen Karieserfahrung

Die Karieserfahrung zeigt dem Untersucher, in welchem Ausmaß der Patient bisher von Karies betroffen ist. Die Anzahl der Füllungen, die Ausdehnung der vorhandenen Restaurationen und die von akuter Karies betroffenen Zahnflächen geben hierbei entscheidende Informationen. Der sog. DMF-S-Index (decayed, missing, filled surfaces) gestattet es dem Untersucher, den Zerstörungsgrad der Zähne in einer objektivierbaren Zahl auszudrücken.

Speicheluntersuchung

Bei der Speicheluntersuchung werden bestimmt:

1. Art und Ausmaß der bakteriellen Besiedelung bzw. Kolonisation der Mundhöhle mit kariesrelevanten Keimen,

2. weitere Speichelparameter, die auf diese mikrobiologische Situation positiv oder negativ einwirken.

Streptococcus mutans – Die Untersuchung der Speichelprobe auf die Anzahl an Mutansstreptokokken gibt Auskunft über den generellen Grad der Besiedelung der Mundhöhle und das damit verbundene relative Kariesrisiko (Axelsson 1984, van Houte und Green 1974, Suhonen 1989, Krasse 1988, König 1987 u.a.). Mutansstreptokokken spielen eine entscheidende Rolle im Plaqueaufbau auf der Zahnoberfläche (Loesche 1986).

Laktobazillen – Sie sind entscheidend an der Kariesprogression beteiligt (Edwardsson 1974). Ferner gibt die Bestimmung der Laktobazillenzahl unter bestimmten Voraussetzungen Anhaltspunkte über den Kohlehydratgehalt der Nahrung und den Zuckerkonsum der Patienten sowie über die Anzahl von Retentionsnischen (Suhonen 1989, Krasse 1986, König 1987, Wikner 1989 a, u.a.).

Sekretionsrate – Die Bestimmung der Speichelfließrate informiert darüber, ob ausreichend Speichel vorhanden ist. Die natürliche Schutzfunktion des Speichels, die Spülfunktion, der Verdünnungseffekt bei einer Zuckeraufnahme, der Abtransport und die Verfügbarkeit von Mineralien für die Remineralisation und die Clearance-Rate hängen von der verfügbaren Speichelmenge ab (Lehmann 1991, Krasse 1986, Axelsson 1984, König 1987). Die Sekretionsrate sollte bei etwa 1,0 ml/Minute liegen. Werte darunter vermindern die Clearance-Rate und das Remineralisationspotenzial und sind somit kariesbegünstigend.

pH-Wert – Der normale Ruhe-pH-Wert des Speichels kann mit Indikator-Testpapier bzw. Neutralit® (Merck) ermittelt werden. Der Ruhe-pH sollte höher oder gleich pH7 liegen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn Wurzeloberflächen freiliegen, da hier die Demineralisation schon bei einem pH-Wert von 6,7 einsetzt (Lehmann 1991, Hoppenbrouwers u.a. 1988).