



PolyBur P1: Trendwende in der limitierenden Kariestherapie

1. Therapeutischer Endpunkt

Die große Problematik beim Exkavieren ist es, im Praxisalltag die Grenze zwischen irreversibel geschädigtem Dentin und dem infizierten, aber remineralisierbaren Dentin zu erkennen. Was ist zu wenig, was ist zu viel?

Das „zu viel“ ist eigentlich geklärt: Wer nach wie vor die klirrende Sonde am Kavitätenboden als Test einsetzt, hat definitiv überexkaviert. Damit ist der „cri dentaire“, den das Studium einst lehrte, überholt. Nun zum „zu wenig“: Weder die Verfärbungen noch die weiche Konsistenz des demineralisierten Dentins sind zuverlässige Indikatoren, um eine Infektionsgrenze zu ermitteln. Die weiche Konsistenz von demineralisiertem Dentin geht über den Bereich hinaus, der als infiziert und nicht mehr remineralisierbar gilt. Denn die Härte des Dentins nimmt erst mit steigendem Mineralisationsgrad wieder zu, aber nicht zwingend an dem Punkt, an dem infiziertes in nichtinfiziertes Dentin übergeht. Und das kann zur Überexkavation führen. Ein therapeutischer Endpunkt fehlt. Bei Karies handelt es sich nicht um klar abgegrenzte Schichten (infected/affected layer, wie sie Fusayama 1979 beschrieben hat) sondern um nicht abgrenzbare Diffusionsprozesse.

2. Selbstlimitierende Arbeitsweise

Wie kann ein Bohrer auf der Suche nach dem therapeutischen Endpunkt helfen?

In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Kunzelmann, Ludwig-Maximilians-Universität München, entwickelt Komet den PolyBur P1. Der Polymerbohrer kann die entscheidenden Zehntelmillimeter Dentin über der Pulpa erhalten.

Er erlaubt ein selektives Vorgehen durch Design, Material und Funktion und unterscheidet selbst zwischen krankem

und gesundem Dentin. Auf hartem, gesundem Dentin verrunden die Schneiden automatisch. Bei zu hoher Anpresskraft verformt sich das Instrument sogar im Halsbereich.

Wann ist der PolyBur P1 indiziert?

Bei weicher, pulpanaher Karies, bei klinisch symptomlosen Milchzähnen und bleibenden Zähnen. Dunkel verfärbtes Dentin, hartes remineralisierbares Dentin oder Karies entlang der Schmelz-Dentin-Grenze hingegen sind Kontraindikationen. Hier kann man von dem Polymerbohrer keinen Materialabtrag erwarten und es muss mit konventionellen Instrumenten exkaviert werden.

Wie muss der Zahnarzt beim Exkavieren vorgehen?

Der Zugang zur Kavität wird wie gewohnt mit rotierenden oder oszillierenden Instrumenten hergestellt. In den peripheren Anteilen der Kavität kann Dentin mit herkömmlichen Rosenbohrern (z.B. CeraBur K1SM) entfernt werden. Punktuell in der Tiefe des Kavitätenbodens, wenn es kritisch wird, ist der zusätzliche Griff zum PolyBur P1 richtig.

Anschließend ist die Adhäsivtechnik für den dichten Verschluss ein absolutes Muss!

3. Aufklärung

Hauptzielgruppe sind vor allem die Studenten, die mit der neuen, substanzerhaltenden Exkavationsphilosophie von Anfang an konfrontiert werden sollen. Der Komet-Direktvertrieb klärt den Zahnarzt über die neuesten Erkenntnisse auf und geht zielgruppenorientiert vor (wenn zum Beispiel der Schwerpunkt einer Praxis auf Kinderzahnheilkunde liegt).

Tipp: Wer die P1-Produktinformation ausdruckt und dem Patienten bzw. Kollegen an die Hand gibt, leistet einen wertvollen Beitrag zur Aufklärung. Denn nach wie vor ist die eigene Pulpa die beste „Wurzelbehandlung“!



Infos zum Unternehmen

WWW.KOMETDENTAL.DE

Abb. 1: Der PolyBur P1 soll bei der pulpanahen Exkavation helfen, das unter minimalinvasiven Aspekten richtige Maß zu finden.

Abb. 2: Set 4608 mit 25 PolyBur (10 x Größe 014, 10 x 018 und 5 x 023).