

FALLBERICHT // In den letzten Jahren wurde über sehr positive Entwicklungen der oralen Gesundheit in epidemiologischen Studien berichtet. Wir haben einen starken Rückgang der Karies bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Erwachsene haben deutlich weniger abnehmbare Prothesen, als dies noch vor zehn oder 20 Jahren der Fall war.

PROPHYLAXE FÜR ERWACHSENE

Prof. Dr. Elmar Reich, Zahnärztin Nina Reich/Biberach an der Riß

Der vermehrte Erhalt der eigenen Zähne bei Erwachsenen und Senioren hat eine höhere Zahl von Zähnen mit Wurzelkaries und Parodontalerkrankungen zur Folge. Dazu kommt, dass sich unsere Bevölkerungsstruktur in Deutschland immer mehr in der Weise verändert, dass der Anteil an älteren Menschen zunimmt. Diese Bevölkerungsgruppe wurde seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts meist sehr umfangreich prothetisch versorgt. Einige Jahrzehnte später sind hier nun andere Behandlungen erforderlich.

Ziel unserer zahnärztlichen Behandlung

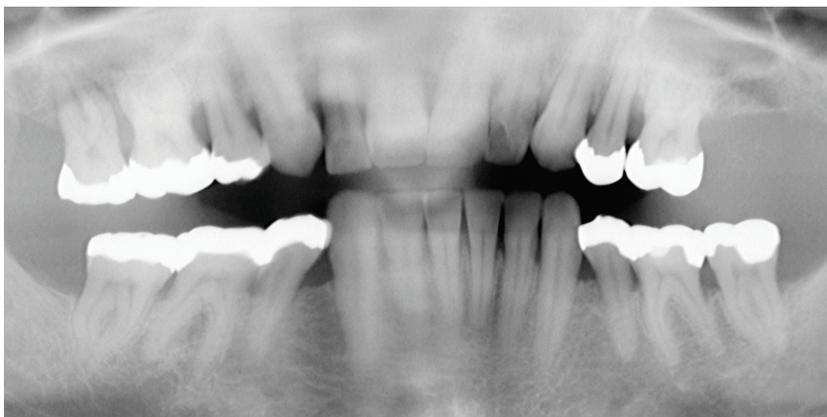
Patienten wünschen, ihre eigenen Zähne ein Leben lang zu erhalten. Das ist heute möglich, wenn auch nicht für alle Zähne und bei allen Patienten. Wenn Patienten regelmäßig, d.h. zumindest ein bis zwei Mal pro Jahr, zur zahnärztlichen Kontrolle in die Praxis kommen, können wir akute Karies oder Parodontitis diagnostizieren. Unsere Aufgabe ist es dann, eine zuverlässige Therapieplanung aufzustellen, um

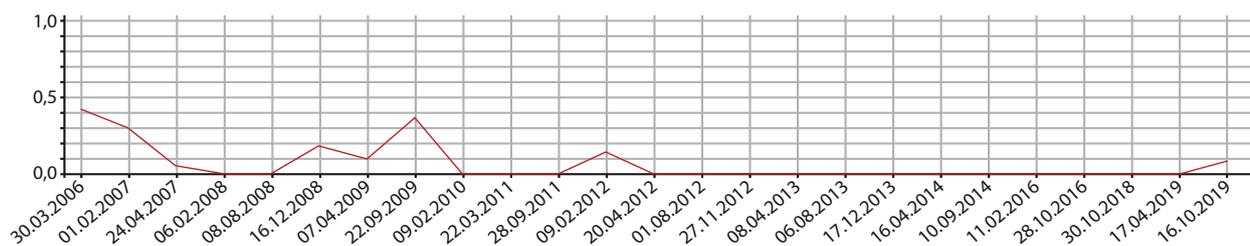
an unseren Patienten präventive Maßnahmen und restaurative Behandlungen durchzuführen. Es ist kein „entweder präventiv — oder restaurativ“, sondern zwei sich ergänzende und unterstützende Maßnahmen im Sinne der primären bis tertiären Prävention. Unsere Diagnosen müssen heute also etwas umfangreicher sein, als dies früher gelehrt wurde.

Bei der Karies unterscheiden wir zunächst, wie gewohnt, nach der Lokalisation – an welcher Zahnfläche ist die Karies vorhanden. Dann sollte man die Karies aber auch nach dem Ausmaß unterscheiden, also Schmelz- von Dentinkaries differenzieren. Bei der Schmelzkaries ist ein Fortschreiten im Interdentalraum z.B. mittels Bissflügelröntgenaufnahmen feststellbar. Schwieriger ist noch die Unterscheidung im Kronenbereich aktiver von inaktiver Karies. Bei der Wurzelkaries gibt es die Unterscheidung aktive/inaktive Karies, die man gut anhand der Farbe und Konsistenz des Dentins treffen kann.

Bei der Parodontitis kann bei der klinischen Untersuchung oft nicht zwischen aktiver und inaktiver Parodontitis unterschieden werden. So ist eine Blutung beim Sondieren der Tasche vielleicht nur durch eine lokale Gingivitis verursacht. Eine Zunahme der Taschentiefe, wenn man nach einem Jahr erneut Taschen misst, ist von Bedeutung. Eine Zunahme um

Abb. 1: OPG einer Patientin von 2006 nach Überweisung des Hauszahnarztes. Sie war neben der subgingivalen Instrumentierung mit lokalen Antibiotika behandelt worden. Die Patientin zeigte eine schwere Parodontitis mit generalisierten Entzündungen. In unserer Praxis erfolgte eine geschlossene PAR-Behandlung mit nachfolgender UPT.





Tab. 1: Der PBI zeigt die gingivalen Entzündungen während der gesamten Betreuung, die rasch zurückgegangen sind, aber später immer wieder mal schwankt. Deshalb ist unsere langfristige Betreuung (UPT) notwendig.

1–2 mm kann sicher auch durch Fehler beim Sondieren verursacht sein. Aber mehr als 2–3 mm und eventuell röntgenologisch erkennbarer Knochenabbau sind eindeutige Hinweise auf ein aktives Fortschreiten der Parodontitis. Generell sind Taschen über 4 mm Tiefe anfälliger auf aktive Parodontitis.

Aufmerksame Diagnostik erforderlich

Kinder und Jugendliche haben weniger sichtbare Karies als früher. Das bedeutet aber nicht, dass sie gar keine Karies mehr haben. Die Kariesrisikoflächen sind neben den Okklusalflächen der Seitenzähne vor allem die Interdentalfächen der Prämolaren und Molaren. Die klinische Kariesdiagnose der Interdentalfächen ist nicht ausreichend. Als zuverlässiges und in Praxen vorhandenes System sind immer noch Bissflügelröntgenaufnahmen das Mittel der Wahl.

Bei Erwachsenen tritt Karies vornehmlich interdental und als Wurzelkaries auf. Weiterhin gilt es, wurzelgefüllte Zähne regelmäßig röntgenologisch daraufhin zu untersuchen, ob sich dort apikale Aufhellungen gebildet haben.

Patienten, bei denen eine Parodontalerkrankung diagnostiziert wurde, sollten mindestens 1 x pro Jahr untersucht werden: d. h., Taschen sollten gemessen sowie Furkationsbeteiligungen, Lockerungsgrade und Rezessionen festgestellt werden.

Senioren wie auch jüngere Erwachsene mit parodontalen Taschen müssen interdental und in Furkationen sorgfältig auf Wurzelkaries untersucht werden.

Patienten mit Parodontalerkrankungen

Oft kommen Erwachsene in die Praxis und sind beunruhigt, weil manche ihrer Zähne erhöhte Beweglichkeiten aufwei-

sen oder sie Schwellungen und Entzündungen an der Gingiva festgestellt haben. Meist wurde ihnen von ihrem bisherigen Zahnarzt keine umfassende Parodontaltherapie und Nachsorge angeboten. Nach einer klinischen Untersuchung mit Sondierung der Taschen und Röntgenaufnahmen können wir diesen Patienten schon mitteilen, ob sie parodontal erkrankt sind und welche Zähne eine gute und welche eine schlechte Prognose haben. Wenn diese Patienten an dem langfristigen Erhalt ihrer Zähne interessiert sind, vereinbaren wir Termine zur professionellen Zahnreinigung (PZR). Damit steigen wir in eine umfassende Parodontaltherapie ein. Während der PZR stellen unsere Fachkräfte fest, wie die Mundhygiene dieser Patienten ist, entfernen harte und weiche Beläge von den Zähnen und instruieren und motivieren diese Patienten zu einer besseren Mundhygiene. Von besonderer Bedeutung ist meist die Auswahl der wirksamsten Interdentälbürstchen. Das kann der Drogeriemarkt nicht leisten, aber es

Abb. 2: Zahn 17 wurde wegen schlechter Prognose zu Beginn der Behandlung extrahiert. Der Zahn 12 wurde neun Jahre später vor der Brückenversorgung extrahiert. Die Zähne 16, 15 und 26 mussten endodontisch behandelt werden. **Abb. 3:** Die klinische Situation 2018 nach zwölf Jahren parodontologische Betreuung.





Abb. 4: Diese Patientin zeigte ebenfalls schon fortgeschrittenen Attachmentverlust mit Klasse III-Furkationsbeteiligungen im Ober- und Unterkiefer (2006). **Abb. 5a (2012) und b (2018):** An den Röntgenaufnahmen der UK-Molaren ist der starke Knochenabbau sowie die durchgängigen Furkationen an 36 und 37 erkennbar. Dennoch war es möglich, den Parodontalzustand dieser Zähne über bisher 13 Jahre stabil zu halten. **Abb. 5c:** Klinische Situation Region 36 in 2018.

gehört zu unseren Aufgaben, für den Patienten ein oder maximal zwei Interdentaltbürsten auszuwählen und deren Anwendung zu schulen. Danach werden Kontrolltermine vereinbart, um die Verbesserung der Mundhygiene zu dokumentieren und weitere Anleitung und Tipps zu geben. Bei guter Mitarbeit werden dann nochmals Taschen gemessen und der PA-Antrag gestellt. Danach können eine subgingivale Kürettage und die Parodontalbehandlung, eventuell mit einer Nachbehandlung, durchgeführt werden.

Um die Zähne nun allerdings langfristig zu erhalten, braucht der Patient aber weiter unsere Unterstützung. In der Praxis muss ein Recall-System organisiert sein. Der Patient sollte nach Abschluss der Parodontaltherapie den nächsten Termin zur unterstützenden Parodontaltherapie (UPT)/Recall erhalten. Abhängig von der Sondierungstiefe der Restaschen, eventuellen Furkationsbeteiligungen und vor allem der Qualität der Mundhygiene, erhält der Patient den nächsten PZR-Termin nach ca. drei bis sechs Monaten. Bei die-

sem Termin wird der Papillenblutungsindex erhoben, um den Erfolg der persönlichen Mundhygiene besser einschätzen zu können. Wir müssen die Parodontitisrisiken des Patienten im Recall/UPT ausgleichen. Dies können Defizite in der Mundhygiene sein, das Rauchen, Furkationsbeteiligungen oder erhöhte Sondierungstiefen.

Sollten manche Patienten nach einiger Zeit wieder vertiefte Taschen und lokale Entzündungen aufweisen, müssen wir diese Zähne erneut kürettieren (Abb. 1–3). Zusätzlich kann es sinnvoll sein, mit antibakteriellen Spüllösungen oder Gelen in der Praxis und durch den Patienten zu Hause, diese akute Entzündung in den Griff zu bekommen.

Bei Zähnen mit fortgeschrittener Parodontitis wie z.B. im Seitenzahngebiet interdental oder auch bei Furkationsbeteiligungen ist eine mechanische Mundhygiene mit Zahnbürsten und Interdentaltbürsten nur eingeschränkt möglich. In diesen Fällen haben wir gute Erfahrungen mit der zusätzlichen Anwendung von antibakteriellen Gelen durch den Patienten gemacht (Abb. 4 und 5). Nach der Mundhygiene mit einer Zahnbürste empfehlen wir die zusätzliche Reinigung mit Chlorhexamed-Gel 1%. Der Patient wird instruiert, dieses Gel z. B. abends mit der Interdentaltbürste oder Monobüschelbürste für die Mundhygiene interdental oder in Einziehungen und Furkationen anzuwenden. Danach sollte der Patient nicht mehr ausspülen, um eine längere Einwirkungszeit des CHX-Gels zu erreichen.

Wurzelkaries

Ein großes Problem, insbesondere bei älteren Patienten mit parodontalen Ta-

Tab. 2: Der PBI zeigt den Rückgang der gingivalen Entzündung zu Beginn der Behandlung, aber auch wiederholte Zunahmen während der Betreuungsphase.

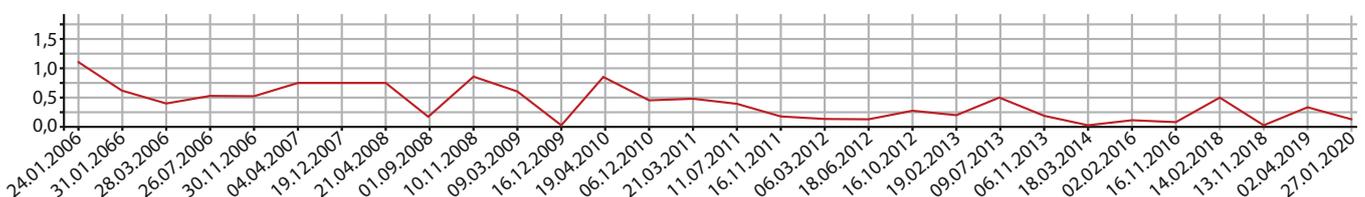




Abb. 6: Subgingivale Karies an den Zähnen 12 distal und 21 mesial. **Abb. 7:** Schonende Entfernung der Karies subgingival. **Abb. 8:** Vorbereitung von abgeschnittenen Metallmatrizen für die subgingivale Applikation. **Abb. 9:** Nach Einbringen des GIZ-Materials (GC Equia) wurden die Matrizen mittels leichtem Fingerdruck an den Zahn adaptiert. **Abb. 10:** Nach ca. drei Minuten wurden die Matrizen vorsichtig entfernt und die Füllungen mit Finierdiamanten und Polierer sowie einem Scaler ausgearbeitet. **Abb. 11:** Ausgearbeitete Füllungen. **Abb. 12:** GIZ-Füllung an einer VMK-Krone mit Sekundärkaries mesiobukkal. Die Karies wurde entfernt und die Kavität mit GIZ-Material (GC Equia) gefüllt. Das GIZ geht eine adhäsive Verbindung zum Dentin und zum Metall ein.

schen, ist die Wurzelkaries. Erschwert wird deren Behandlung durch umfangreiche Restaurationen, welche die Mundhygiene und die Kariestherapie erschweren. Die Lokalisation dieser Karies an Zahnwurzeln mit all ihren anatomischen Einziehungen oder sogar in Furkationen macht die Therapie diffizil. Auch wenn Komposite heute mit Dentin-Bonding-Systemen gute Haftwerte am Dentin aufweisen, ist die Versorgung von Wurzelkaries mit Glasionomerzementen meist langlebiger als die mit Kompositen. Wichtig dabei ist die vorsichtige Exkavation der Karies und die erfolgreiche Applikation des GIZ-Materials.

Der GIZ muss mit leichtem Druck in die Kavität appliziert werden, um eine gute Haftung und Bindung an die Zahnhartsubstanz zu erzielen. Nach dem Anmischen zu Beginn der Applikationszeit fließt er recht gut in eine Kavität. Die Adaptation an die Kavitätenränder ist mit

einem Metallspatel möglich. Alternativ dazu kann dies auch sehr einfach mit einer vorgeformten Matrize erfolgen. Vorteilhaft ist die Adaptation mit leichtem Druck durch eine vorgeformten Metallmatrize, die z.B. im Sulkus platziert wird, um das GIZ-Material blasenfrei in die Kavität zu kleben. Wichtig ist dabei, die Matrize erst nach der Abbindung des GIZ, also nach frühestens ca. drei Minuten zu entfernen. Nun kann die GIZ-Füllung mit Finierdiamanten und Brownies schnell ausgearbeitet werden. Die Überschüsse auf der angrenzenden Zahnoberfläche sind auch gut mit einem Scaler zu entfernen, ohne die Zahnschubstanz zu schädigen (Abb. 6–12).

Die Erhaltung der eigenen Zähne ist möglich, allerdings benötigt der Patient dazu die Unterstützung des zahnärztlichen Teams. Im Rahmen eines effektiven Recalls können unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren für die

Karies wie für die Parodontalerkrankungen deren Auswirkungen klein gehalten werden. Dadurch ist bei einer guten Kooperation des Patienten eine langfristige Erhaltung der eigenen Zähne möglich.

Fotos: © Prof. Reich

ZAHNPROFILAXE

Prof. Dr. Elmar Reich
Rolf-Keller-Platz 1
88400 Biberach an der Riß
Tel.: 07351 444840
info@zahnprofilaxe.de
www.zahnprofilaxe.de