

Füllungstherapie bei Kindern

Es ist wichtig, Milchzähne zum Kauen, zum Sprechen, wegen der Ästhetik oder aufgrund ihrer Funktion als Platzhalter so lange wie möglich zu erhalten. Aus diesem Grund sollte der Behandler die individuell optimale Behandlungsoption für den kleinen Patienten finden, um dessen sanierungsbedürftiges Gebiss zu versorgen (Abb. 1). Dabei reicht die alleinige Defektversorgung nicht aus, denn sie verändert nicht die Kariesaktivität und muss deswegen in ein kausaltherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sein. Zum Erreichen eines erfolgreichen Endergebnisses bieten sich im Milchgebiss einige Alternativen an.

■ Eine nichtinvasive Therapie, bei der vor allem die Förderung der Remineralisation im Vordergrund steht, kann bei kleinen Kindern Mittel der Wahl sein, um Zeit zu gewinnen. Ansonsten bietet sich für definitive Restaurationen mit Komposit oder Kompomer die minimalinvasive Therapie im Milchgebiss an. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit der provisorischen Versorgung als Übergang oder kurz vor Exfoliation.

Hierbei hängt die Entscheidungsfindung von einigen Faktoren ab. Ein adäquates Umfeld, wie zum Beispiel Trockenlegung, ist manchmal schwierig zu gewährleisten und führt zur Änderung des Behandlungskonzeptes.

Kompomere und Komposite haben sich in vielen klinischen Studien als Milchzahnrestaurationen über einen längeren Zeitraum bewährt. Die Schmelz-Ätz-Technik im Milchgebiss verbessert Haftmechanismen signifikant und sollte heutzutage bei definitiven Restaurationen mit Kompomeren oder Kompositen im Milchgebiss einen festen Bestandteil bilden. Hinzu kommt, dass adhäsiv verankerte Restaurationen eine die Zahnhartsubstanz schonendere Präparationsweise als bei Kinderkronen mit sich bringen. Bei neuartigen Produkten, wie z.B. farbigen Restaurationsmaterialien, kommt noch ein positiver Faktor hinzu: Sie erwecken Interesse bei den kleinen Patienten und sind somit eine Hilfe während der Desensibilisierungsphase. Der kontrovers diskutierte Charakter, sie könnten als Schmuck empfunden werden und somit zahnschädigendes Verhalten auslösen, konnte bis jetzt nicht nachgewiesen, sondern eher verneint werden.

Ein letzter Faktor, welcher die Milchzahnbehandlung einfacher gestalten lässt, sollte nicht unerwähnt bleiben. Die zurückhaltende Exkavation stellt eine gesunde

Alternative dar. Dabei wird kariöse Zahnhartsubstanz belassen bis auf die Kavitätenränder. Der Vorteil darin ist die stressfreiere Behandlung, weil einerseits keine Pulpeneröffnung stattfindet, andererseits die Behandlung nicht so zeitintensiv, dafür aber weniger schmerzhaft ist. Viele Untersuchungen zeigen, dass das Belassen von Restkaries keinen gesundheitsschädlichen Effekt hat, falls das Dentin mittels Dentinhaftvermittler versiegelt wird. Die Prognose der Füllung hängt lediglich von ihrer Dichtigkeit ab, welche man fördern kann, indem die Kavitätenränder kariesfrei gehalten werden.

Klinische Beispiele zeigen, dass Kinder heutzutage ohne unangenehme, aversive Reize restaurativ behandelt werden können.

Nichtinvasive Therapie

Die Behandlung sollte stets mit einer Risikoevaluation beginnen, denn Kinder, die mit hohem Kariesrisiko kommen, sollten zunächst einmal kausal behandelt werden, es sei denn, es stehen schmerzende Zähne an! Dafür bietet sich zur Evaluation natürlich die Karieserfahrung an, sprich wie viele kariöse Zähne hat das Kind bereits? Zusätzlich werden Plaqueindizes und Mundhygienekontrolle durchgeführt. Natürlich wird auf die Fluoridanamnese besonderer Wert gelegt, allerdings stoßen bei Kindern mit sehr hohem Risiko Fluoride an ihre Grenzen, was nicht bedeutet, dass sie nicht eingesetzt werden sollen. Ganz im Gegenteil sollten bei diesen Kindern Fluoride viel konsequenter appliziert werden. Zum Zweck einer besseren Risikodiagnostik können Speicheltests durchgeführt werden. Diese reichen von der pH-Wert-Bestim-



Abb. 1

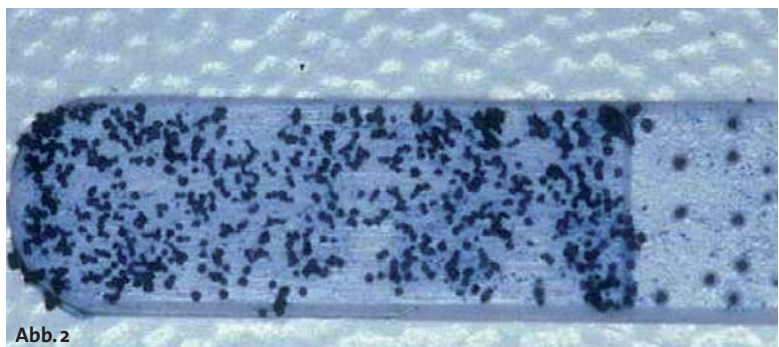


Abb. 2

Abb. 1: Sanierungsbedürftiges Gebiss. – Abb. 2: SM-Test.