

13. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Laser-Zahnheilkunde in Hamburg

DR. GEORG BACH/FREIBURG IM BREISGAU

Zwei Premieren für die DGL

Eine Premiere in doppelter Ausführung erlebte die Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (DGL) bei ihrem dreizehnten Jahreskongress, war doch die Hansestadt Hamburg (erneut) als Veranstaltungsort in die Nachfolge der Bundeshauptstadt Berlin getreten, die die vergangenen Jahre den DGL-Kongress beheimatet hatte. Die zweite Premiere betraf einen neuen Veranstaltungspartner: Die DGL hatte die Organisation des Kongresses aus der Hand gegeben und dem Quintessenz Verlag übertragen, diese neue Kooperation erstreckt sich auch auf die neue Zeitschrift „Laserzahnheilkunde“, die in ihrer ersten Ausgabe auf dem Kongress verteilt wurde. Die „Unglückszahl 13“ hatte für die DGL außer der chronologischen keine weitere Bedeutung; erneut war es der Crew um Prof. Gutknecht gelungen einen interessanten und kurzweiligen Kongress auf die Beine zu stellen.

Gleichwohl konnte auch in diesem Jahr (noch) nicht das Niveau der legendären „Frankfurter Kongresse“ Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts erreicht werden, als sich weit über vierhundert Kolleginnen und Kollegen in den Kongress-Sälen und Workshop-Räumen drängten; die im Vergleich hierzu geringere Resonanz seitens der Kollegenschaft war bereits in den vergangenen Jahren zu verzeichnen gewesen. Erfreulicherweise sind die Besucherzahlen jedoch wieder steigend.

Keine Premiere, sondern eine liebgewordene Tradition stellte die Eröffnung des Kongresses durch den „Motor der DGL“, Herrn Prof. Dr. Gutknecht (Universität Aachen) dar; stolz verwies Gutknecht in seinem Grußwort auf die mannigfaltige internationale Referenten Bestückung des Kongresses hin. Aber auch die Referenten aus Praxis und deutschen Universitäten wurden mit einem besonderen Grußwort Gutknechts bedacht. Gutknecht überraschte das Auditorium mit Bildern aus dem Jahre 1992 als Hamburg erstmals Austragungsort einer DGL Tagung war. Der DGL-Generalsekretär verwies auf die damaligen „Grabenkämpfe“ zwischen Er:YAG- und Nd:YAG-Laserbefürwortern, die man heute nur noch amüsiert betrachten kann.

Mit dem bis heute relativ unerforschten Terahertz-Laserbereich gab Gutknecht einen Ausblick in die Zukunft, er verwies hier auf enorm positive erste Erfahrungen in der Diagnostik der Karies und der Früherkennung von Hautkrebs.

Laserfluoreszenzdiagnostik – state of the art

So war naturgemäß die erste Session auch vornehmlich den internationalen Referenten vorbehalten: Gleich-

wohl kam der erste Referent des Kongresses aus Deutschland, quasi ein DGL-Urgestein: Prof. Frentzen aus Bonn berichtete in seinem Übersichtsreferat über Laserfluoreszenzdiagnostik in der Zahnheilkunde. Die Laserfluoreszenzdiagnostik wird in der Zahnheilkunde bei der Erkennung der Kariesdiagnostik, in der Parodontologie und bei der Tumorfrüherkennung eingesetzt.

Vor allem bei der Erkennung der Karies misst der Referent der Laserfluoreszenzdiagnostik hohe Wertigkeit bei, da die Läsionen heute anders gestaltet sind wie früher, offene Läsionen sind seltener geworden, Karies hat heute ein eher „verstecktes“ Erscheinungsbild. Genau hier kann die Laserfluoreszenzdiagnostik einsetzen, die bereits seit mehr als 70 Jahren beschrieben war (violette Licht aus Lichtbogenlampen lässt Karies violett erscheinen) und heute wieder entdeckt wird.

Energiereicheres Licht wird eingestrahlt und energieärmeres wird zurückgestrahlt, dieses hat eine andere Farbe. Damit kann gesunde von erkrankter Zahnschubstanz unterschieden werden. Heute wird Licht im roten Bereich (Laserlicht 655 nm) verwendet. Realisiert worden ist diese laserunterstützte Fluoreszenzdiagnostik z.B. in dem Diagnodent Gerät der Fa. KaVo. Wichtig ist die Tatsache, dass sich die Messwerte von gesunden Schmelz kaum von denen von gesundem Dentin unterscheiden. Somit kann die LFD in der zahnärztlichen Praxis als Entscheidungshilfe in der Primärtherapie (Bohren oder nicht?), beim Kariesmonitoring im Rahmen von präventiven Betreuungsprogrammen und im Rahmen der Verlaufskontrolle von Fissurenversiegelungen eingesetzt werden. Frentzen wies darauf hin, dass mitunter die LFD sensitiver kariöse Läsionen anzeigt als das Röntgenbild. Werte unter zehn bedürfen keiner weiteren Maßnahmen, zwischen 11 und 30 sollten präventive Maßnahmen ergriffen werden, Werte über 30 bedingen in der Regel die Incorporation einer Restauration. Sollte die LFD im Rahmen der Kontrolle von Fissurenversiegelungen eingesetzt werden, dann empfiehlt Frentzen die Verwendung von klaren Fissurenversiegeln. Einen weiteren in einem ganz anderen Bereich angesiedelten Einsatz der LFD gibt Frentzen in der Parodontologie an, hier kann die LFD dazu benutzt werden, um die Qualität der Zahnreinigung beim geschlossenen Verfahren (sind alle Konkremente entfernt worden?) zu überprüfen.

Dr. Gabriela Chiriac (Universität Düsseldorf) stellte eine Pilotstudie über die nicht chirurgische Therapie der Periimplantitis mit einem Er:YAG-Laser vor. Mit der Einstellung 100 mJ und 10 Hertz (Energiedichte 12,7 mJ/cm²) konnten keine negativen Effekte auf der Implantatoberfläche festgestellt werden, zugleich konnten harte Beläge auf dem Implantat entfernt werden. In der vorliegenden Studie wurden 20 Patienten behandelt, zehn