

Die Qualität entscheidet über den Erfolg

Aktuelle Konzepte der postendodontischen Versorgung von wurzelkanalbehandelten Zähnen – eine Entscheidungshilfe. Von Dr. Brigitte Zimmerli, Burgdorf, Schweiz.

Bevor eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird, muss entschieden werden, ob der Zahn mit sinnvollem Aufwand restauriert und erhalten werden kann oder ob der Defekt bereits so fortgeschritten ist, dass ein Zahnerhalt langfristig nicht möglich ist (Abb. 1). Eine Entscheidung, ob die Wurzelkanalbehandlung in der Privatpraxis erfolgen kann oder ob ein Spezialist beigezogen werden muss, sollte relativ früh erfolgen. Bei mehrwurzeligen Zähnen muss geprüft werden, ob ein Teilerhalt des Zahnes mittels Wurzelamputation oder Hemisektion sinnvoll ist. Der Patient sollte in die Therapieentscheidung einbezogen und über die Kosten und die vermutete Prognose informiert werden. Grundsätzlich hat die Wurzelkanalbehandlung, sofern diese nach den gängigen Qualitätsleitlinien durchgeführt wird, eine gute Prognose (85 bis 95 Prozent Erfolg).

Wird die Wurzelkanalbehandlung bei einem Zahn mit periapikalem Befund durchgeführt, muss nicht erst die Ausheilung dieser Läsion abgewartet werden, bevor die definitive Versorgung des Zahnes erfolgt, da ein dichter koronaler Verschluss wesentlich für eine gute Prognose des endodontisch behandelten Zahnes ist.

Eine Undichtigkeit der koronalen Füllung (sog. „coronal leakage“) oder ein Freiliegen der Wurzelkanalfüllung (z.B. nach einer Fraktur) begünstigt den Misserfolg der Wurzelkanalbehandlung. Ist ein „coronal leakage“ vorhanden, muss entschieden werden, ob bei einer erneuten Versorgung des Zahnes nicht auch die Wurzelkanalfüllung neu gelegt werden sollte. Dies ist abhängig von der Dauer der Exposition der Wurzelkanalfüllung und deren Dichtigkeit. Wichtig ist auch, ob eine periapikale Pathologie vorliegt, ob der Patient Beschwerden hat und mit welcher Technik der Zahn rekonstruiert wird. Bei einer indirekten Arbeit ist es eher indiziert, zu revidieren, als bei einer Versorgung mit einer Kompositfüllung, bei welcher man relativ einfach durch die Füllung hindurch die Revision der Wurzelkanalfüllung machen kann.

Wurzelkanalbehandelte Zähne sind anfälliger für Frakturen. Dies liegt zwar nicht daran, dass die Zähne spröder werden oder „dehydrieren“, aber durch den hohen Substanzverlust sind die bestehenden Zahnwände meistens stark ausgedünnt. Zudem ist die Propriozeption des wurzelkanalbehandelten Zahnes vermindert. Das bedeutet, dass das Druckgefühl bei diesem Zahn um das Doppelte bis Dreifache erniedrigt ist im Vergleich zum vitalen Zahn.

Dank der Adhäsivtechnik muss nicht jeder Höcker im Seitenzahnbereich bei einem wurzelkanalbehandelten Zahn eingekürzt werden. Es ist aber wichtig, dass genügend Restzahnsubstantz vorhanden ist, denn spätere Zahnfrakturen sind oftmals fatal, da sie dünn aus-



laufend in den Alveolarkamm ziehen (Abb. 2). Nicht selten kann eine derartige Fraktur zum Verlust des Zahnes führen. Darum gilt: Im Zweifelsfall schwache Zahnwände im Seitenzahnbereich kürzen und okklusal mit der Restauration überdecken.

Vorbereitung

Wurzelkanalbehandelte Zähne weisen oftmals grössere Substanzdefekte auf. Es muss deshalb geklärt werden, ob vorbereitende Massnahmen wie Gingivektomie oder eine Kronenverlängerung die Prognose des Zahnes verbessern, beziehungsweise die geplante Therapie erst ermöglichen.

Des Weiteren neigen wurzelkanalbehandelte Zähne zu Verfärbungen, sei dies aufgrund von Einblutungen der Pulpa, durch medikamentöse Einlage oder durch Pigmenteinlagerungen von Restau-

rationsmaterialien. Damit später die Ästhetik nicht beeinträchtigt ist, scheint es besonders im Frontzahngebiet angezeigt, verfärbte wurzelkanalbehandelte Zähne vor der Restauration zu bleichen (Abb. 3a und b). Dies ist auch dann angezeigt, wenn grundsätzlich das verfärbte Dentin durch die Restauration abgedeckt wird, da das Behandlungsergebn durch spätere Rezessionen der Gingiva verschlechtert werden kann. Beim Bleichen von devitalen Zähnen sind unbedingt Bleichtechniken ohne Hitzeapplikation anzuwenden, um das Risiko von Wurzelresorptionen zu reduzieren.

Entscheidungsfindung

Für die Entscheidung der Restaura-tionsart sind Defektgrösse, Lokalisation des Zahnes und die prothetische Bedeutung wichtig. Das Diagramm (Abb. 4) versucht, eine Entscheidungshilfe für die Praxis zu liefern.

Bei kleineren oder mittelgrossen Defekten ist eine Kompositrestauration sicherlich die Therapie der Wahl. Diese wird in der Regel in einer zusätzlichen Sitzung nach erfolgter Wurzelkanalbehandlung gelegt. Dies hat den Vorteil, dass der Wurzelkanalsealer vollständig abge-bunden hat und die Dentinflächen von Sealerresten sauber gereinigt werden können: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Adhäsionstechnik. Ein weiterer Vorteil bei einer Versorgung in der zweiten Sitzung liegt darin, dass das Wurzelkanalfüllmaterial problemlos auf Höhe des Kanaleingangs entfernt werden kann. Die Verwendung von parapulpären Schrauben bei Kompositfüllungen ist heute obsolet.

Bei grösseren Substanzdefekten muss entschieden werden, ob eine Stiftinsertion für die Aufbau-füllung notwendig ist. Allgemein gilt, dass alle Stiftsysteme die Zahnwurzel schwächen und einzig der Retention der Aufbau-füllung dienen. Deshalb genügt es, nur einen Stift pro Zahn zu verwenden (nicht mehrere Stifte bei mehrwurzeligen Zähnen). Die Indikation für eine Stiftinsertion ist heute dank der Adhäsivtechnik wesentlich geringer (Tabelle 1).

Die Verwendung von intrakana-lären Schrauben ist heute nicht mehr angezeigt. Beim Einbringen von Schrauben werden hohe Kräfte auf die Wurzel ausgeübt und dies erhöht das Risiko für Wurzelrisse und -frakturen wesentlich (Abb. 5a und b).

Wenn immer möglich, sollte einer stiftfreien Versorgung der Vorzug gegeben werden. Dabei ist heute der Übergang von Onlay zu

Krone fließend. Kompositfüllungen sind kostengünstig und können in einer Sitzung gelegt werden. Bei sehr grossflächigen Defekten kann die Gestaltung der Approximalkontakte schwierig und die Anfertigung einer indirekten bzw. semidirekten Arbeit diskutiert werden. Gerade für wurzelkanalbehandelte Zähne sind chairside angefertigte CAD/CAM-Füllungen eine gute Wahl, da auf eine provisorische Versorgung verzichtet werden kann. Im Seitenzahnbereich gut bewährt haben sich sogenannte Endokronen. Diese Keramikfüllungen weisen eine zirkuläre Fassung auf, wobei sich der Präparationsrand am Substanz-

was das Risiko für Frakturen reduziert.

Inzwischen positiv dokumentiert ist die Technik der proximalen Box-Elevation (Abb. 7). Bei dieser Technik wird die approximale Stufe mit einer Kompositfüllung nach koronal verschoben, eine Kronenverlängerung unnötig und die (digitale) Abformung sowie die nachfolgende adhäsive Zementierung wesentlich vereinfacht. Wichtig ist dabei, dass diese approximale Kompositfüllung unter besten Bedingungen (Trockenlegung) gelegt wird, da bei einem Misserfolg die gesamte Rekonstruktion neu angefertigt werden muss. Zudem spielt

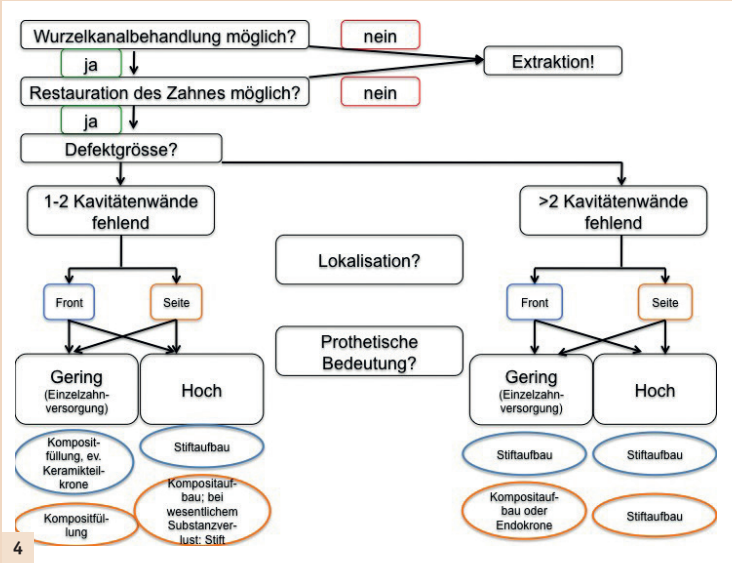


Abb. 1: Zahn 36 wurde alio loco mit einer Wurzelkanaleinlage und einer provisorischen (deutlich insuffizienten) Füllung versorgt. Eine sinnvolle Rekonstruktion scheint nicht möglich, da Zahn 38 nach mesial in den Defekt gekippt ist und bei einer vollständigen Exkavation wahrscheinlich eine Perforation in den interradikulären Raum erfolgt. Eine Extraktion des Zahnes scheint indiziert. Interessant ist, dass bei 36 die mesiale Wurzel vor einigen Jahren entfernt wurde und die distale Wurzel mit einer VMK-Krone mit Goldkernverankerung versorgt wurde. – Abb. 2: Zahn 14 wurde alio loco wurzelkanalbehandelt. Die Aufbau-füllung wurde in der gleichen Sitzung wie die Wurzelkanalfüllung gelegt. Die Patientin hat die Zahnarztrechnung noch nicht beglichen, als sie sich mit Schmerzen im Notfalldienst meldet. Die Fraktur des palatinalen Höckers zieht weit nach apikal, sodass der Zahn nicht sinnvoll erhalten werden konnte. – Abb. 3a: Zahn 12 nach Entfernen VMK-Krone und Stiftaufbau. – Abb. 3b: Zahn 12 nach Bleichen und Stumpfaufbau mit Faserstift und Komposit. – Abb. 4: Entscheidungshilfe für die postendodontische Versorgung: In Blau ist die Versorgung für den Frontzahnbereich und in Orange für den Seitenzahnbereich dargestellt. Je nach klinischer Situation muss vom Schema abgewichen werden. – Abb. 5a: Verdacht auf Rissbildung in distaler Wurzel: transluzente Zone um die ganze distale Wurzel. – Abb. 5b: Extrahierte Zahnwurzel 25 mit Längsriß.

defekt orientiert und nicht zwingend bis auf Höhe Gingiva gelegt wird. Eine zusätzliche Klebefläche wird durch eine inlayförmige Fassung des Pulpakavums erreicht (Abb. 6a und b). Die Langzeitdaten sind positiv, und durch das Wegfallen einer Stiftaufbau-füllung ist die Keramikschnittstärke höher,

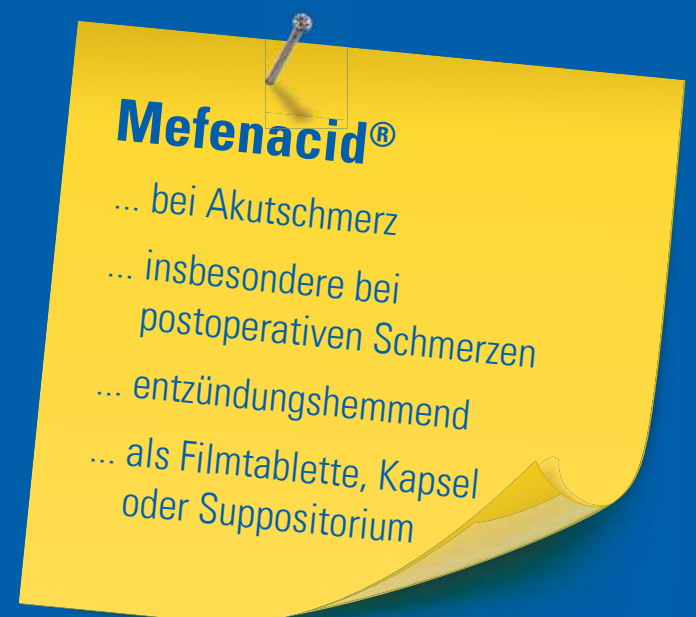
die Zementwahl eine wichtige Rolle: die Verwendung von Kompositzementen mit einem Adhäsivsystem (Mehrschrittssysteme) lieferten in Studien die besseren Rand-schlüsse als selbstadhäsive Zemente (Einkomponentenzemente). Die proximale Box-Elevation sollte nur dort, wo es wirklich notwendig ist, angewendet werden. Der dichteste Randabschluss wird nach wie vor bei der direkten Zementierung der Keramik auf den frisch präparierten Zahn erreicht.

Wenn ein Stiftaufbau aufgrund der klinischen Situation notwendig ist, stellt sich die Frage nach dem Material. Aktuell vorwiegend zur Verwendung kommen der indirekte

Tabelle 1: Relative Indikationen und Kontraindikationen für Stiftinsertion endodontisch behandelter Zähne.		
Kriterium	Stift eher „ja“	Stift eher „nein“
Zahn-typ	Frontzahn	Prä-molar, Molar
Zahn-rests-substanz	deutlich minimiert: > 2 fehlende Kavitätenwände	1–2 fehlende Kavitätenwände
Prothetische Bedeutung	Brückenpfeiler, Prothesenverankerung	Einzel-zahn-versorgung



Wenn Alltägliches unerträglich wird ...



Streuli Pharma AG steht für moderne Produkte und erstklassige Dienstleistungen.
Bewährte Medikamente des Schweizer Pharmaunternehmens, die seit Generationen wirken.

Mefenacid® 500 mg, teilbare Filmtabl.; Mefenacid® 250 mg, Kaps.; Mefenacid® 125 / 250 mg, Supp.: Z: Acidum mefenamicum (125 mg bzw. 250 mg bzw. 500 mg). I: Schmerzen und Entzündungen des Bewegungs- und Stützapparates; posttraumatische und postoperative Schmerzen; Dysmenorrhoe; Hypermenorrhoe (auch durch Intrauterinspiralen verursacht); Schmerzen; Fieber. D: Erwachsene und Jugendliche >14 J: 3mal tgl. 500 mg. Max. Tagesdosis: 2'000 mg. Kinder: nur kurzfristig behandeln, ausser bei M. Still. Kinder 9–12 J: 2(–3)mal tgl. 1 Kaps. 250 mg. Kinder 12–14 J: 3mal tgl. 1 Kaps. 250 mg. KI: Allergie auf andere NSAIDs in der Anamnese (Asthma-Anfälle, Urtikaria, akute Rhinitis); Ulcus ventriculi et duodeni; gastrointestinale Blutungen; entzündliche Darmerkrankungen wie M. Crohn oder Colitis ulcerosa; schwere Leberfunktionsstörungen; schwere Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <30 ml/min); schwere Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV); nach koronarer Bypass-Operation resp. Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine; Schwangerschaft 3. Trimenon; Stillzeit. VM: Ulzerationen; gastro-intestinale Blutungen; gastrointestinale Entzündungen; andere NSAID's; Leberinsuffizienz; Nierenerkrankung; zerebrovaskuläre Erkrankungen; periphere arterielle Verschlusskrankheit; Patienten mit erheblichen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen); beeinträchtigte Herzfunktion; Diuretika; ACE-Hemmer; Risiko einer Hypovolämie; Epilepsie. IA: Orale Antidiabetika; Insulin; Warfarin; Diuretika; Antihypertensiva; ACE-Hemmer; Angiotensin-II-Antagonisten; Corticosteroide; Cyclosporin; Lithium; Methotrexat; Tacrolimus. UAW: Magenschmerzen; Übelkeit; Erbrechen. Swissmedic: B. *Kassenzulässig, ausgenommen: Mefenacid® 500 mg, 500 Filmtabletten. Vertrieb: Streuli Pharma AG, 8730 Uznach. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte www.swissmedicin.ch.



Abb. 6a: Röntgenbildaufnahme der „Endkrone“ auf Zahn 35: deutlich erkennbar ist die Inlay-ähnliche Verankerung im Bereich des Pulpakavums. – **Abb. 6b:** Klinische Aufnahme des Zahnes 35, welcher auf dem Röntgenbild auf Abbildung 6a dargestellt ist. – **Abb. 7:** Proximale Box-Elevation bei 36 distal. Nach einer Verschiebung der Präparationsgrenze mit Komposit nach koronal wurde die Keramikfüllung mit der CEREC-Technik eingegliedert. Die Situation nach mehr als fünf Jahren Beobachtungszeit ist unauffällig. – **Abb. 8:** Klassischer Goldkernaufbau bei einer VMK-Krone bei Zahn 11. Der Stift wurde weit nach apikal gebracht und ein apikales Siegel von ca. 3 mm sollte angestrebt werden. Ein Inlay im koronalen Wurzelbereich sorgt für eine Rotationssicherung. – **Abb. 9:** Faserstiftaufbauten bei den Zähnen 12 und 11 nach einem grösseren Frontzahntrauma. Das apikale Siegel ist deutlich grösser als beim Goldkern, da dank der adhäsiven Befestigung der Stift weniger tief in den Kanal inseriert werden muss. Zudem muss der Kanal weniger breit aufbereitet werden für die Aufnahme des Faserstiftes, da ovale Kanallumina dank der Adhäsion nicht kreisrund aufbereitet werden müssen.

Goldkernaufbau oder die direkten Stiftstechniken mit Faser-, Titan- oder Zirkonstiften, wobei Letztere wegen der nicht korrigierbaren Misserfolgsrisiken besser nicht mehr angewendet werden. Eine kurze Gegenüberstellung findet sich in **Tabelle 2**.

Goldkernaufbau

Dieser ist in der Literatur bestens dokumentiert und hat sich viele Jahre bewährt (**Abb. 8**). Dennoch wird er allmählich durch die Faserstifte verdrängt. Ein grösseres Risiko stellen bei der Goldkern-technik die Stiftprovisorien dar, da durch die ungenaue Passung des provisorischen Stiftes Wurzelfrakturen begünstigt werden. Zudem weisen Stiftprovisorien oft nur eine

ungenügende Abdichtung des Wurzelkanals auf. Wenn immer möglich, sollte deshalb auf ein Stiftprovisorium verzichtet werden.

Faserstifte

Faserstifte verfügen über zahlreiche Vorteile gegenüber den anderen Stifttypen: dank der einzeitigen Anfertigung des Stiftaufbaus kann ein koronales Leakage vermieden und dadurch ein Reinfekt des Wurzelkanalsystems ausgeschlossen werden. Zudem muss der Wurzelkanal dank der adhäsiven Befestigung nicht wesentlich aufbereitet werden, was die Gefahr von Perforationen oder Wurzelrissen senkt. Es zeigt sich, dass eine Insertion des Stiftes in das obere Wurzel Drittel bis maximal zur Hälfte des Wurzelkanals

ausreichend ist. Dadurch verbleibt ein apikales Siegel von mindestens 4–6 mm Guttapercha (**Abb. 9**). Nachteilig ist die anspruchsvolle Adhäsion im Wurzelkanal. Dies ist zum einen der schlechten Kontrollierbarkeit geschuldet: Ohne Dentalmikroskop kann nicht geprüft werden, ob Sealerreste die Haftkraft vermindern. Zudem kann die Applikation von Haftvermittlern ebenfalls schlecht kontrolliert werden. Die Dentinbeschaffenheit des Wurzelkanals (Fibro dentin) erschwert die Penetration des Haftvermittlers in die Zahnhartsubstanz. Neben dem ungünstigen C-Faktor (Konfigurationsfaktor: Menge freier Oberfläche zu gebundener Oberfläche, was ein Mass für den Stress auf den Haftverbund bei der Polymerisation dar-

stellt), ist die Lichtpolymerisation erschwert. Es müssen zwingend dualhärtende Kompositzemente verwendet werden, da das Polymerisationslicht nur ungenügend in den Wurzelkanal hineingelangt. Die Forschungsdaten bezüglich des optimalen Zementierprotokolls im Wurzelkanal sind nicht eindeutig. Es scheint, dass Kompositzemente mit einem selbststützenden Haftvermittler oder allenfalls auch selbstadhäsive Kompositzemente gegenüber den Kompositzementen mit einer Phosphorsäureapplikation und anschließender Applikation des Haftvermittlers von Vorteil sein könnten. Zudem erhält man die homogenste Zementfuge, wenn der Zement mittels feiner Applikationsspritze direkt in den Kanal eingebracht wird.

Beim alleinigen Bestreichen der Stiftoberfläche mit Zement finden sich sehr viele Lufteinschlüsse. Das ideale Protokoll zur Vorbereitung des Faserstiftes ist nicht klar. Eine Silanisierung der Stiftoberfläche ist sicherlich nicht falsch. Ein zu langes Abstrahlen der Oberfläche kann aber die Stiftstabilität beeinträchtigen. Allgemein gilt es, eine Kontamination der Stiftoberfläche mit Fremdmaterial (z. B. Dentinabrieb bei einer Einprobe oder Latexpuder von den Handschuhen) zu vermeiden, da dies den dauerhaften Verbund des Stiftes mit der Zahnoberfläche reduziert. Am besten hält man sich bei der Insertion der Faserstifte an die Herstelleranweisungen! Die Verwendung von individualisierbaren Faserstiften (z.B. everStick POST) hat sich bislang aufgrund der anspruchsvollen Handhabung in der Klinik nicht bewährt.

Tabelle 2: Vergleich der gängigen Stiftstechniken				
Kriterium	Goldkern	Titanstift	Zirkonstift	Faserstift
Adhäsion	· nicht notwendig · konventionelles Zementieren · adhäsives Zementieren mittels Abstrahlen und Silanisieren mässig erfolgreich	· nicht notwendig · konventionelles Zementieren · adhäsives Zementieren mittels Abstrahlen und Silanisieren mässig erfolgreich	· nicht notwendig · konventionelles Zementieren · adhäsives Zementieren mittels Silanisieren nur wenig erfolgreich	· notwendig · evtl. Silanisieren oder andere Vorbehandlung (Herstellerinformation!)
Ästhetik	· schlecht · bei dünnem Gingivatyp: Durchscheinen dunkel verfärbter Wurzel möglich · Metallfarbe muss maskiert werden (Opaker)	· schlecht · bei dünnem Gingivatyp: Durchscheinen dunkel verfärbter Wurzel möglich · Metallfarbe muss maskiert werden (Opaker)	· gut	· gut
E-Modul	· sehr steif: Frakturgefahr Wurzel	· sehr steif: Frakturgefahr Wurzel	· sehr steif: Frakturgefahr Wurzel	· E-Modul ähnlich Dentin
Erfahrung Behandler	· anspruchsvolle Technik: Retention Stift, Inlay-Präparation, Abformung, Provisorium	· mittlerer Anspruch: Retention Stift schwierig, Aufbaufüllung Komposit direkt	· Zementieren ist anspruchsvoll · Aufbaufüllung mit Komposit relativ einfach	· Zementieren ist anspruchsvoll · Aufbaufüllung mit Komposit relativ einfach
Misserfolge	· Wurzelfraktur (nicht korrigierbar) · Retentionsverlust (teilweise korrigierbar)	· Wurzelfraktur (nicht korrigierbar) · Verbund Komposit-Stift? (korrigierbar)	· Stiftbruch (nicht korrigierbar) · Wurzelfraktur (nicht korrigierbar)	· Dezementierung Stift (korrigierbar) · Stiftbruch (korrigierbar)
Preis	· teuer, Zahntechnik notwendig	· deutlich günstiger als Goldkern	· deutlich günstiger als Goldkern	· deutlich günstiger als Goldkern
Provisorium	· notwendig: im Frontzahnbereich Stiftprovisorium (Gefahr Fraktur); im Seitenzahnbereich reicht oft eine Abdeckung des Wurzelkanals	· für Stiftaufbau nicht notwendig · Wurzelkanal immer dicht verschlossen	· für Stiftaufbau nicht notwendig · Wurzelkanal immer dicht verschlossen	· für Stiftaufbau nicht notwendig · Wurzelkanal immer dicht verschlossen
Revidierbarkeit	· Metallstifte können grundsätzlich entfernt werden (Cave: Ausdünnung Wurzel, weit apikal gesetzter Stift) · Risiko Wurzelfraktur beim Entfernen	· Metallstifte können grundsätzlich entfernt werden (Cave: Ausdünnung Wurzel, weit apikal gesetzter Stift, adhäsiver Zement) · Risiko Wurzelfraktur beim Entfernen	· Die Stifte lassen sich nicht entfernen. · Es kann versucht werden, durch den Stift hindurch mit Diamanten zu bohren: sehr schwierig und mit hohem Risiko für Perforation verbunden	· Revisionen sind relativ einfach möglich
Röntgenopazität	· sehr gut	· sehr gut	· sehr gut	· oftmals schlecht · Kontrast zum Sealer oft zu gering
Zeitbedarf	· hoch · Nach der Präparation des Goldkerns: Abformung und Herstellung beim Zahntechniker. In der zweiten Sitzung wird der Goldkern zementiert und mit einer weiteren Abformung wird dann die Krone beim Zahntechniker hergestellt.	· mittlerer Zeitaufwand · Der Stiftaufbau kann in einer Sitzung gefertigt werden. Entweder wird nur eine Kompositaufbaufüllung gelegt oder es wird im Anschluss eine Abformung für die Herstellung einer Krone genommen.	· mittlerer Zeitaufwand · Der Stiftaufbau kann in einer Sitzung gefertigt werden. Entweder wird nur eine Kompositaufbaufüllung gelegt oder es wird im Anschluss eine Abformung für die Herstellung einer Krone genommen.	· mittlerer Zeitaufwand · Der Stiftaufbau kann in einer Sitzung gefertigt werden. Entweder wird nur eine Kompositaufbaufüllung gelegt oder es wird im Anschluss eine Abformung für die Herstellung einer Krone genommen.

Zusammenfassung

- Erfolg von wurzelkanalbehandelten Zähnen ist abhängig von einer suffizienten endodontischen Behandlung und einem dichten okklusalen Verschluss
- Nicht jeder wurzelkanalbehandelte Zahn muss mit einem Stift versorgt werden
- Kompositaufbaufüllungen und Endokronen sind substanzschonend
- Stiftprovisorien vermeiden
- Faserstifte weisen in der Regel korrigierbare Misserfolge auf
- Perfekte Adhäsion im Wurzelkanal ist schwierig zu erreichen, Zementierprotokoll genau einhalten (Trockenlegung!)
- Zirkuläre Fassung von mind. 1,5mm für eine günstige Langzeitprognose des Stiftaufbaus notwendig **DT**

Save the date: Jahrestagung SSPRE am 20.10.2017 in Bern zum Thema „Postendodontische Behandlung“.



Kontakt
Infos zur Autorin


Dr. Brigitte Zimmerli
Präsidentin SSPRE

Bahnhofstr. 18a
3400 Burgdorf
Schweiz
Tel.: +41 34 4230188
brigitte.zimmerli@bz dental.ch

We 
Opalescence®

SCHNELL
EINFACH
EFFEKTIV



FÜR EIN
STRAHLENDES,
WEISSES LACHEN!

- Kosmetische Zahnaufhellung für zu Hause
- Ausgezeichnete Adaption des UltraFit Trays (mit 6% H₂O₂) an die Zahnanatomie
- Geringer Aufwand für die Praxis, preisgünstig für den Patienten
- 2 Geschmacksrichtungen (Mint und Melone)
- PF-Formel stärkt den Zahnschmelz



Besuchen Sie uns auf www.opalescence.com/de
und www.facebook.com/OpalescenceDE.

 **ULTRADENT**
PRODUCTS, INC.

Tel.: 02203-35 92 15 • ultradent.com