



# Effektive Prophylaxemaßnahmen bei Patienten mit hohem Kariesrisiko

Das A und O: Bestimmung des individuellen Kariesrisikos, gezielte Prophylaxe und Nachsorge

*Weltweit konnte ein erfreulicher Kariesrückgang in den letzten Jahren beobachtet werden. Allerdings konzentriert sich die Kariesprävalenz nun auf Patienten mit hohem Kariesrisiko. Diesen gilt es mit besonderen, individuellen Maßnahmen zu helfen. Solcherlei gezielte Prophylaxemaßnahmen basieren auf: Erkennen der Risikofaktoren, Erstellen eines individuellen Risikoprofils, moderner Kariesdiagnostik, PZR, maßgeschneiderten Prophylaxemaßnahmen zu Hause und Recall bzw. Nachsorge.*

In den vergangenen zehn bis 20 Jahren wurde in den meisten Industrienationen ein deutlicher Rückgang der Karies festgestellt. Dieser Kariesrückgang zeigte sich weltweit (Angmar-Manson und tenBosch, 1993). In der Schweiz z. B. lagen die DMFT-Werte bei Jugendlichen des Kanton Zürich (Schweiz) im Jahre 2002 um etwa 80 Prozent tiefer als im Jahre 1971 (Menghini et al., 2003). Ein vergleichbarer Kariesrückgang war in Bayern zwischen 1989 und 1998 festzustellen (Reich 1996 und 1999). Später wurden auch in ganz Deutschland ähnliche Erfolge der Prophylaxe gemessen (Schiffner und Reich, 1999; Pieper 2005).

Ursache für den beschriebenen Kariesrückgang sind intensivere Mundhygiene, die häufigere Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten und das fluoridierte Kochsalz. Die „systemischen“ Fluoridgaben bei Kleinkindern über Tabletten wirken primär lokal. Von entscheidender Bedeutung war auch die flächendeckende Einführung individualprophylaktischer Maßnahmen in der Zahnarztpraxis inklusive der Fissurenversiegelung (Reich 1996 und 1999, Schiffner und Reich, 1999, Pieper 2005).

Durch die Reduktion der Glattflächenkaries kam es zu einer relativen Zunahme der Primärkaries an Fissuren und Grübchen auf 75 bis 92 Prozent bei Kindern (Steiner et al.,



Fotos: Reich

Abb. 1: Bissflügel-Röntgen-Aufnahme: Schmelzkaries an 35 distal, präventive Therapie mit CHX-Gel

1994). Die Kauflächen sind die Flächen mit der größten Prävalenz und Inzidenz der Karies bei Kindern und Jugendlichen (Marthaler et al., 1988, Mejare et al., 1998; Richardson und McIntyre, 1996; Schiffner und Reich, 1999). Schon bei Jugendlichen ab dem 12. bis 15. Lebensjahr nimmt dann aber die Approximalkaries stark zu (Poorterman et al., IDJ 5/2003, Pieper 2005). Dies gilt generell für diese Altersgruppe, vor allem aber für Kinder mit hohem Kariesrisiko (Menghini et al., 2003).

## Kariesdiagnose

Die Karies ist klinisch und röntgenologisch schon als Initialläsion und nicht erst als Kavität erkennbar. Nur diese Initialläsionen können mit Prophylaxemaßnahmen am Fortschreiten gehindert und so erfolgreich kuriert werden.

Milchzähne weisen heute Karies vor allem an den Fissuren, seltener an den Approximalkflächen auf. Die seltenen Fälle von massiver frühkindlicher Karies verlangen eine umfassende Sanierung und Betreuung. Bei den bleibenden Zähnen sind bis ins Alter von ca. 15 Jahren vor allem die Fissuren und Grübchen der Molaren betroffen, ehe da-