

„Schweizer Tag“ an der eazf

Fachlicher Blick zu unseren Nachbarn

Ein Kursbericht von Dr. Markus Thoma, München

Die Fortschritte der Prophylaxe und der konservierenden Zahnheilkunde führen dazu, dass immer mehr Menschen bis ins höhere Alter ihre natürlichen Zähne erhalten können. Drei namhafte Referenten der Universität Genf beleuchteten auf dem „Schweizer Tag“ an der eazf GmbH Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK in München verschiedene aktuelle Therapieaspekte.

Zahnärztliche Behandlung alter Menschen

Prof. Dr. Frauke Müller, Leiterin der Abteilung für Gerodontologie und abnehmbare Prothetik der Universität Genf, gab zu Beginn ihres Referats einen Ausblick auf die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Da die gerontologische Zahnheilkunde in Zukunft einen wesentlich höheren Stellenwert einnehmen wird als heute und viel mit Respekt für den alternden Menschen zu tun hat, formulierte sie einige wichtige Forderungen und Tipps:

- Eine suffiziente Mundhygiene bei Senioren ist essenziell. Einer Studie zufolge sinkt in Heimen alleine dadurch die Mortalität durch Pneumonien um zehn Prozent.
- Die geriatrische Medizin legt großen Wert auf einen guten Ernährungszustand der Patienten. Zudem ist Essen oftmals eine der letzten Freuden alter Menschen: Patienten sollten daher möglichst lange geformte Nahrung zu sich nehmen können.
- Die Belastbarkeit von Senioren durch zahnärztliche Eingriffe ist begrenzt. Alten Patienten sollte nicht zu viel zugemutet werden.
- Bei Diagnostik und Therapie muss die im Alter nachlassende Leistungsfähigkeit aller orofazialen Gewebe berücksichtigt werden.
- Die Kommunikationsfähigkeit und Motivierbarkeit alter Menschen kann gestört sein. Die Tagesform des Patienten muss daher beachtet werden.
- Ist eine Wurzelkaries weich, besteht akuter Handlungsbedarf, sonst kann beobachtet werden.
- Zahnersatz nach Verlust der Molaren stellt für alte Menschen oftmals einen Kompromiss dar. Eine Prämolarenokklusion ist absolut vertretbar.

- Im Alter lassen neural gesteuerte Funktionen signifikant nach. Die Adaptation an neue Prothesen und die Handhabung derselben werden schwieriger. Daher sollte bei alten Patienten nur einfacher, hygienefreundlicher und erweiterbarer Zahnersatz zum Einsatz kommen. Einen guten Hinweis dafür, ob der Patient für aufwendigeren Zahnersatz manuell geschickt genug ist, liefert das Bild seiner Handschrift.
- Alte Menschen trinken oft zu wenig. Einer Xerostomie kann mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr, Geschmacksstimulanzien oder auch Mundspülungen wie BioXtra® begegnet werden. Künstlicher Speichel ist teuer und im Geschmack sehr unangenehm.
- Der Zahnersatz von Heimbewohnern sollte unbedingt gekennzeichnet werden. Eine Reserveprothese ist ein Segen bei möglichen Misereen.

Minimalinvasive, antimikrobielle Parodontaltherapie

Prof. Dr. Andrea Mombelli, Ordinarius für Parodontologie und orale Pathophysiologie der Universität Genf, widmete sich im Anschluss parodontalen Aspekten zahn- beziehungsweise implantatgetragener Versorgungen. Seinen Untersuchungen zufolge ist eine konservative Therapie der Parodontitis mit unmittelbar anschließender systemischer Antibiose mit Metronidazol und Amoxicillin über sieben Tage besonders effektiv. Mikrobiologische Tests sind hier entbehrlich, da die Kombination beider Präparate nahezu das gesamte Spektrum parodontalpathogener Keime abdeckt. Die Einnahme von Metronidazol erfordert eine strikte Alkoholkarenz und ist bei Schwangeren beziehungsweise in der Stillzeit und bei schweren Leberschäden kontraindiziert. Der Patient wird nach der Therapie in ein Recall aufgenommen. Lokale Probleme erfordern ein Nachscalen oder auch chirurgische Lösungen. Antibiotika sind aber keineswegs ein Ersatz für die gründliche Wurzelglättung oder eine Kompensation ungenügender Mundhygiene. Professor Mombellis Credo: „Parodontitis ist behandelbar – wird so zügig wie möglich therapiert, ist sie innerhalb von zehn Tagen heilbar!“

Therapie der Periimplantitis

Der Referent monierte die Tendenz, Misserfolge bei Implantaten vorschnell als Periimplantitis zu bezeichnen und prägte den Begriff der „Zementitis“, da verbliebene Reste von Befestigungszement zu ähnlichen Symptomen führen wie eine Periimplantitis. Wichtig sind die Bestimmung der periimplantären Sondierungstiefe und die röntgenologische Beurteilung des Knochenverlusts. Ein anhand eines zweidimensionalen Röntgenbildes festgestellter Schaden sollte nicht unterschätzt werden. Das weitere Vorgehen (Abb. 1) umfasst eine erneute Instruktion des Patienten zu penibler Mundhygiene sowie die Entfernung der Ursache der Entzündung, also der bakteriellen Ablagerungen, bis zum Fundus der Läsion. Auf glatten Implantatoberflächen sollen ausschließlich Instrumente verwendet werden, die weicher sind als Titan, da diese Implantatoberflächen glatt bleiben sollen. Für die Dekontamination der rauen Implantatoberflächen verwendet Professor Mombelli Ultraschallgeräte mit geeigneten Ansätzen aus Stahl. Diese hinterlassen zwar Spuren und tragen Oberflächenmaterial ab, was bei einer Periimplantitistherapie aber zweitrangig ist: Hier steht die maximale Reinigung der Oberflächen im Vordergrund. Instrumente aus weicheren Materialien würden von der rauen Implantatoberfläche abgerieben und es könnten Partikel zurückbleiben. Mit Kunststoff ummantelte Instrumente stellen einen brauchbaren Kompromiss dar, seien aber nicht das „Ei des Kolumbus“, Glycin-Pulverstrahl-Geräte seien vielversprechend, es fehle aber noch an Studien. Von der Anwendung von Lasern rät der Referent wegen der Hitzeentwicklung ab. Bei einer leichten Periimplantitis wird zusätzlich die bewährte systemische antibiotische Kombination Metronidazol/Amoxicillin eingesetzt. Ein fortgeschrittener Verlauf verlangt neben Reinigung und Antibiose einen chirurgischen Eingriff, um mittels gesteuerter Knochenregeneration den Knochendefekt zu versorgen. Ultima ratio ist die Explantation.

Mikroinvasive Restaurationstechnik

Prof. Dr. Ivo Krejci, Vorsteher der Abteilung für Kariologie und Endodontie der Universität Genf, stellte neben der noninvasiven Kariesbehandlung und mikroskopgestützten mikroinvasiven Restaurationstechnik die aktuellen Vorgehensweisen bei adhäsiven Inlays und Onlays an vitalen und devitalen Zähnen vor. Laut Professor Krejci ist alles zahnärztliche Tun angesichts der derzeitigen Lebenserwartung der Patienten von 75 Jahren und mehr pro-

Behandlungsstrategie Periimplantitis	
Differentialdiagnose	Therapie
0. Totalmisserfolg, Implantatbruch Primärkomplikation (<6 Monate)	Explantation (oder 3.)
1. "Zementitis" Infektion wegen Fremdkörper, insbesondere Zement	Mech. Reinigung, Desinfektion
2. Mukositis ST >3 mm, kein Knochenverlust	Mech. Reinigung, Desinfektion
3. Leichte Periimplantitis ST >4 mm, Knochenverlust <2 mm	Mech. Reinigung, Desinfektion Systemische Antibiotika
4. Fortgeschr. Periimplantitis ST >5 mm, Knochenverlust ≥2 mm	Chirurgischer Zugang, Mech. Reinigung, Desinfektion Systemische Antibiotika

Abb. 1: Behandlungsstrategie bei Periimplantitis (ST = Sondierungstiefe)

visorisch. Praktisch bedeutet dies die Forderung nach einem Füllungsmaterial, das modifizierbar ist und bei einem Defekt an einer Füllung nicht in toto ersetzt werden muss. Für die Genfer Zahnerhaltung sind das adhäsiv befestigte Komposite, die sie als Standard in ihren Studentenkursen lehrt. Dank der Adhäsivtechnik kann rein defektbezogen und mikroinvasiv therapiert werden. Das Genfer Konzept weist einige Besonderheiten auf:

- Vitale und avitale Zähne erfahren im Allgemeinen die gleiche Therapie.
- Kavitäten werden mit „abgerundeten Ecken“ präpariert.
- Dentin wird immer mit Komposit abgedeckt.
- Bei Kompositinlays werden vor der Abformung subgingivale Kavitätenränder supragingival mit Komposit aufgebaut.
- Kleine Unterschnitte sind, außer am approximalen Rand, tolerabel.
- Eine Randabschrägung ist für einen guten Randschluss und eine farbliche Adaptation der Restauration wichtig.
- Die Mindeststärke von Kompositinlays beträgt 1,5 mm (Bruchgefahr während der extraoralen Handhabung).

Rohlinge aus Kunststoff für das Cerec-Verfahren sollen in Deutschland bald verfügbar sein. Professor Krejci fasst: „In der Materialfrage ist für mich allein die Akzeptanz des Patienten und das Handling durch den Zahnarzt entscheidend.“ Die Abbindekontraktion der Komposite ist seiner Ansicht nach kein großes Thema mehr. Unbedingte Voraussetzung für mikroinvasive Restaurationen sind optische Hilfsmittel wie Lupenbrillen, die gute Dienste leisten. Wesentlich effektiver seien allerdings Operationsmikroskope.