

Diskussionsbeitrag

zum Titelbild der Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Heft 04 (2009)

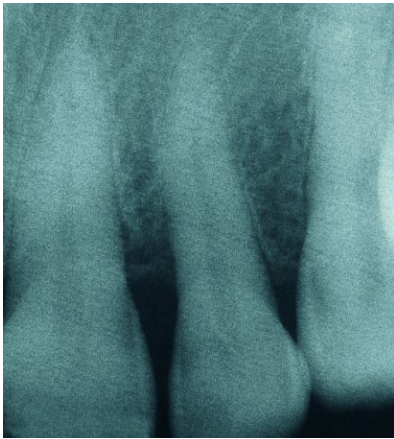


Abbildung 1 Ausgangssituation (Röntgenaufnahme vom 18.03.1998).



Abbildung 2 Individuelle Farbmischung chair-side für die Gingivapartie.

Das Titelbild der DZZ vom April 2009 (Legende auf Seite 213, leider ohne weiteren, erklärenden Text¹) muss jeden biologisch orientierten Zahnmediziner bedenklich stimmen². Eine Papille wird mittels eingeklebter Keramik „ästhetisch rekonstruiert“. Der obere Rand der Keramikprothese wird durch die Lippe abgedeckt. Durch eine solche, der Reinigung schwer zugängliche Konstruktion kann die abgedeckte Papille geschädigt werden bis hin zu deren Verschwinden³. Ästhetisch ist die Rekonstruktion zumindest in meinen Augen nicht⁴ und ein Zahnsteinbefall scheint vor und nach der Behandlung an allen Zähnen unverändert!⁵ Die vorgestellte „Behandlung“ kann deshalb schaden und läge dementsprechend mit dem medizinischen Grundsatz „primum nihil nocere“ in Konflikt⁶. Dies ist nicht nur meine Meinung, sondern auch diejenige zahlreicher erfahrener niedergelassener Zahnärzte und auch junger Zahnärzte, welche mich in den letzten Tagen in gleichem Sinn auf das Titelbild angesprochen haben⁷.

Chirurgische und nicht chirurgische Papillenregeneration sind heute ein Top-Thema auf unzähligen Kongressen, Tagungen und Fortbildungskursen. Meiner bescheidenen Meinung nach wäre

eine professionelle Zahnsteinentfernung und geringfügige Verbreiterung der beiden Zähne mit Komposit (gut gemacht) genügend gewesen⁸.

Beim Umblättern stößt man auf das Gasteditorial von Prof. Dr. Dr. Günter Lauer mit dem Titel „Regenerative Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“. Darin beschreibt er die Möglichkeiten der regenerativen Zahnmedizin, wobei die Worte Regeneration oder regenerative Medizin auf zwei Seiten 24-mal vorkommen. Da scheint es doch geradezu widersprüchlich, auf dem Titelblatt eine biologisch möglicherweise degenerativ wirkende „Keramikpapillenprothese“ zu drucken⁹. Mich würde sehr interessieren, was die Autorin zu dieser Vorgehensweise bewogen hat¹⁰.

T. Imfeld, Zürich
(Anmerkung der Schriftleitung: Die hochgestellten Zahlen beziehen sich auf die Bemerkungen in der folgenden abschließenden Stellungnahme)

Abschließende Stellungnahme zu obigem Diskussionsbeitrag

1.) Es ist in der „DZZ“ bis dato üblich, nur einen kurzen Hinweis bezüglich des „In-

haltes“ der Titelbilder zu geben. Es ist durchaus erwägenswert, Titelbilder zukünftig detaillierter zu beschreiben.

2.) Bedenken über zahnärztliche Therapieformen zu äußern, halte ich grundsätzlich als hilfreich, ja sogar notwendig. Nur so ist ein kollegialer Meinungsaustausch möglich, der für die Weiterentwicklung unseres Berufes erforderlich ist.

3.) Ich kann Ihre Bedenken nachvollziehen, da in der Beschreibung der Titelbilder nur sehr wenig Information gegeben wird.

Gerne gebe ich Ihnen deshalb zum präsentierten Fall noch einige Eckdaten: Die Patientin war seit mehreren Jahren im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Frankfurt in Behandlung. Eine Röntgenaufnahme aus dem Jahr 1998 (Abb. 1) zeigt die Situation vor der Behandlung. Die Patientin war parodontal vorbehandelt und sehr unglücklich über die Situation des „schwarzen Dreiecks“ zwischen den Zähnen 21 und 22. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich bereits mehrere Fälle ästhetisch ansprechend mit Kompositrestaurationen einschließlich einer Verbreiterung der Zähne auch unter Zuhilfenahme von Malfarben etc. behandelt. Da diese Farbmodifizierer in der Regel nicht auf der Oberfläche von Kompositfüllungen appliziert werden können, da sie nicht genügend abrasionsresistent sind, sondern diese von einer Schicht Komposit bedeckt werden müssen, waren die erzielten ästhetischen Effekte häufig nicht optimal.

1998 gab es noch keine zahnfleischfarbenen Komposite, die man alternativ hätte verwenden können. Ich stellte der Patientin das soeben beschriebene Vorgehen vor. Im Rahmen eines Mock-ups (dabei werden die Zähne weder präpariert noch geätzt) war sie mit dem Ergebnis

nicht zufrieden und fragte nach anderen minimalinvasiven Alternativen. Das Problem war die unzureichende farbliche Darstellung der fehlenden Gingivaareale.

So entschieden wir uns gemeinsam für ein „interdentales Keramikveneer“ mit optimaler farblicher Anpassung an die Gingiva. Die Präparation der Approximalfächen wurde minimalinvasiv im Schmelz durchgeführt und mittels individueller Farbmischung die Gingivatönung für den Techniker festgehalten (Abb. 2). Es folgte die adhäsive

Befestigung des Veneers. Dabei wurde auch die Hygienefähigkeit überprüft, wie bei jeder konventionellen Brückenversorgung (Abb. 3). Eine Röntgenkontrollaufnahme ein Jahr nach Insertion zeigte keine Auffälligkeiten. Die Patientin war mit dem Ergebnis zufrieden, sie konnte ungezwungen lachen und wieder „speichellos“ kommunizieren (Abb. 4). Mittlerweile ist die Restauration seit über zehn Jahren in situ. Eine aktuelle Röntgenaufnahme aus dem Jahr 2009 zeigt die Abbildung 5.

4.) Wie ästhetisch eine Rekonstruktion empfunden wird, ist ja bekanntlich individuell verschieden. Für mich als Behandlerin und für die Patientin war die Lösung akzeptabel.

5.) Plaque oder Zahnstein wies die Patientin während keiner Kontrolle auf.



Abbildung 3 Überprüfung der Hygienefähigkeit der Restauration mittels Superfloss.

Wie aus der damals gefertigten Abbildung zu sehen ist, war die Situation für die Patientin hygienisch zu bewältigen. Wenn ich an heutige Diskussionen um den Aufbau zahnloser Abschnitte mittels Bindegewebsstransplantaten im Frontzahnbereich denke, und die darauf folgende Anfertigung von Pontics, die in eine tiefe Impression in den Weichgewebesaufbau eingefügt werden, betrachte ich meine damalige Lösung durchaus als akzeptabel, insbesondere auch unter diesen sicherlich nicht als hygienefähig zu bezeichnenden Behandlungsmaßnahmen.

6.) Ich sehe in diesem Fall keinen Widerspruch zum medizinischen Grundsatz „primum nihil nocere“.

7.) Ich freue mich, dass meine Titelbilder zu Diskussionen angeregt haben. Leider war es mir nicht möglich, bei der



Abbildung 4 Einjahres-Kontrolle (Röntgenaufnahme vom 27.04.1999).

Publikation nähere Informationen bzw. Erklärungen abzugeben. Deshalb wäre ein direkter Gedankenaustausch ohne Umwege über einen Diskussionsbeitrag in diesem Fall hilfreicher gewesen.

8.) Die Gründe, die mich und die Patientin davon abhielten eine konventionelle Kompositrestauration zu legen, habe ich unter Punkt 3 erläutert.

9.) Eine degenerative Wirkung der Versorgung kann ich nicht erkennen. Die Restauration versteht sich auch nicht als „Prothese“, sondern als eine Art modifizierte „Maryland-Brücke“.

10.) Ich hoffe, dass ich mit meinen obigen Ausführungen genügend Details zum Verständnis der Behandlung zur Verfügung stellen konnte.

Abschließend möchte ich anmerken, dass diese Art der Versorgung sicherlich keine Standard-

therapie ist, sondern eine individuelle Lösung des Problems der „schwarzen Dreiecke“ im Frontzahnbereich. Die gezeigte Behandlung wurde vor zehn Jahren durchgeführt. Fortschritte in der Zahnmedizin beeinflussen unsere Denkweise und natürlich auch unsere Therapiewege. Ich hätte es mir sehr gewünscht, persönlich zu diesem Fall angesprochen zu werden ohne den Umweg zu den o. a. Institutionen. DZZ

S. Gerhardt-Szép,
Frankfurt/Main



Abbildung 5 Lateralaufnahme mit eingegliedertem Restauration.

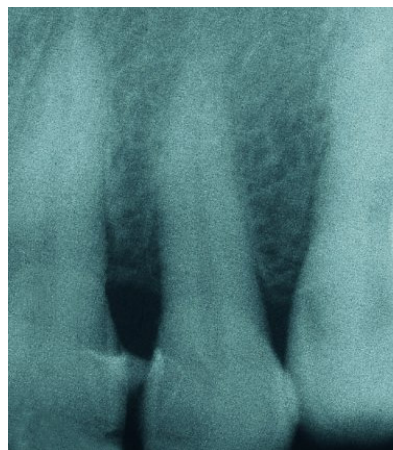


Abbildung 6 Zehnjahres-Kontrolle (Röntgenaufnahme vom 29.04.2009).

(Abb. 1-6: S. Gerhardt-Szép)