

Kariesexkavation gibt es einen „Paradigmawechsel“?

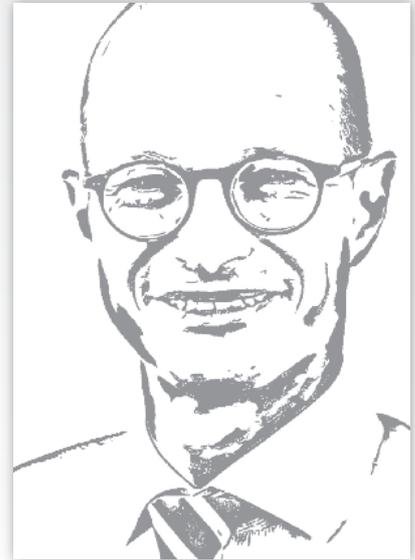
Über Jahrzehnte war „Lehrmeinung“, zumindest zum weitaus überwiegenden Teil, Karies vollständig zu exkavieren. Allerdings bestand immer das Problem, diese „Vollständigkeit“ objektiv und zuverlässig überprüfen zu können. Nachdem es lange Zeit keine nennenswerten bzw. verstärkten Forschungsanstrengungen gab, die mit der Kariesexkavation verbundenen Probleme zu lösen, ist während der letzten Jahre eine bemerkenswerte Aktivität in diesem Bereich zu verzeichnen. Man denke hierbei nur an neue Methoden zur Bestimmung von „Restkaries“ in der Kavität wie FACE, Metaanalysen zur unvollständigen Kariesexkavation oder zur schrittweisen Kariesentfernung und zur Versorgung initialkariöser Läsionen.

Eine kurze, sehr informative Übersicht gibt in diesem Zusammenhang der Praxisletter „Karies unvollständig exkavieren?“. Ab Seite 100 nehmen die beiden Autoren Bettina Wuttke und Prof. Dr. Hermann Lang Stellung zu den verschiedenen Konzepten der Kariesentfernung. Interessanterweise gibt es zu diesem zentralen Aspekt der Kariologie nur sehr wenige aussagekräftige klinische Studien. Allerdings weisen diese Studien



Prof. Dr. Werner Geurtsen

darauf hin, dass die unvollständige Kariesexkavation im Vergleich zur vollständigen Entfernung nicht vermehrt Komplikationen hervorruft. Voraussetzung dafür ist aber eine beständige und randdichte Restauration. Man darf gespannt sein, ob in den nächsten Jahren aufgrund weiterer prospektiver klinischer Studien eine eindeutige Aussage gemacht werden kann.



Prof. Dr. Guido Heydecke

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Werner Geurtsen

Prof. Dr. Guido Heydecke

PRAXIS / PRACTICE

Buchneuerscheinungen / New Publications

Buchneuerscheinungen

Søren Jepsen, Mariano Sanz, Bernd Stadlinger, Hendrik Terheyden

Kommunikation der Zellen: Orale und Systemische Gesundheit

Quintessenz, Berlin 2016, DVD, ISBN 978-3-86867-301-2, 98,00 Euro

Mit dem neuen computeranimierten 3D Wissenschaftsfilm „Orale und Systemische Gesundheit“ werden biologische

Prozesse erstmals auch außerhalb der Mundhöhle beschrieben, denn parodontale Infektionen sind invasiv und Bakterien können sich über den Blutstrom im gesamten Körper ausbreiten. Der Film erklärt und visualisiert wie eine Parodontitis zur Entstehung systemischer Erkrankungen wie Atherosklerose und Diabetes beitragen und deren Verlauf negativ beeinflussen kann.

Gliederung:

- Systemische Ausbreitung von Bakterien bei Parodontitis
- Auswirkung der Parodontitis auf das kardiovaskuläre System: Atherosklerose
- Auswirkung der Parodontitis auf den Glukosestoffwechsel: Diabetes Typ 2
- Zahnärztliche Therapie

Mehr Qualität

MEHR PREISVORTEIL

Mehr Ästhetik

Mehr Stabilität

Mehr Garantie

Mehr Service

Mehr Sicherheit

Mehr Vertrauen

70% Ersparnis*

Teleskopierende Brücke, 12-gliedrig

vollverblendet, 4 Teleskope, 8 Zwischenglieder, NEM



PREISBEISPIEL

1.338,- €

zzgl. MwSt.

*Sie können mit unserem Zahnersatz bis zu 70% BEL II/BEB Höchstpreisliste NRW gegenüber anderen Dentallabor-Rechnungen sparen.

Der Mehrwert für Ihre Praxis

Als Komplettanbieter für zahntechnische Lösungen beliefern wir seit über 29 Jahren renommierte Zahnarztpraxen in ganz Deutschland. Ästhetischer Zahnersatz zum smarten Preis – so geht Zahnersatz heute.

www.permadental.de | Freecall 0800/7 37 62 33

permadental  **semperdent**
Modern Dental Group

Margaret J. Fehrenbach, Susan W. Herring

Illustrated Anatomy of the Head and Neck

Saunders Verlag, Philadelphia 2016, 5th revised edition, ISBN 978-0-323-39634-9, 352 Seiten, 79,95 Euro

Known for its top-notch artwork and readable writing style, Illustrated Anatomy of the Head and Neck, 5th

Edition, provides dental assisting and dental hygiene students with complete coverage of head and neck anatomy, plus detailed discussions of the temporomandibular joint and its role in dental health, the anatomy of local anesthesia, and the spread of dental infection. Chapters are organized by anatomical systems of study and include expanded review

questions that help prepare you for classroom and board examinations. Combine this new edition with its companion title, Illustrated Dental Embryology, Histology, and Anatomy, and you will have a solid foundation of basic scientific knowledge that ties to everyday clinical dental practice.

PRAXIS / PRACTICE

Zeitschriftenreferat / Abstract

Prävalenz von Periimplantitis

Derks J, Schaller D, Hakansson J, Wennström JL, Tomasi C, Berglundh T: Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: prevalence of peri-implantitis. J Dent Res 2016; 95: 43–49

Die bisherige Literatur weist Inkonsistenzen in den Fallzahlen, den Bezugsgrößen, den primären Einflussfaktoren und der Falldefinition der Prävalenzstudien zur Periimplantitis auf.

Ziel dieser Studie war die Beschreibung der Prävalenz von Periimplantitis innerhalb einer großen, randomisiert ausgewählten Patientenkohorte aus dem Register der Schwedischen Sozialversicherungsagentur.

Eingeschlossen wurden 588 Patienten mit 2.277 Implantaten, denen vor 9 Jahren implantatgetragene Restaurationen eingegliedert wurden. An dieser Patientenkohorte wurden folgende Parameter erhoben: (1) Implantatrestauration durch Generalist oder Spezialist eingegliedert, (2) Implantatlänge, -durchmesser und Implantationszeitpunkt, (3) Augmentationen, (4) Kiefer und Position, (5) Hersteller (Astra Tech, Nobel Biocare, Straumann, weitere), (6) Implantatoberfläche, (7) Restaurationstyp, (8) Recallintervall nach Eingliederung der Restauration. Die Patienten wurden nach parodontal gesund, parodontal erkrankt (BOP an ≥ 2 Zähnen, AL ≥ 2 mm und ST ≥ 6 mm) und zahn-

los kategorisiert. Zur 9-Jahres-Untersuchung wurden BOP, ST und die Zugänglichkeit der Implantate für häusliche Mundhygienehilfsmittel dokumentiert. Der Knochenverlust wurde anhand radiologischer Kontrollen in 427 Fällen durch einen Vergleich zwischen Baseline (12 Monate nach Eingliederung der Restauration) und Nachuntersuchungszeitpunkt erhoben. Des Weiteren wurde der Abstand vom Kronenrand zum krestalen Knochen vermessen. Es wurde unterschieden zwischen: (a) gesunden periimplantären Geweben: kein BOP, (b) Mukositis: BOP ohne erkennbaren Knochenabbau (KA), (c) Periimplantitis: BOP und erkennbarer KA ($> 0,5$ mm). Das Ausmaß wurde bei Patienten mit > 1 Implantat bestimmt.

Es lag ein BOP bei 77,7 % der Patienten und 60,9 % aller Implantate vor, die ST ≥ 6 mm lagen bei 31,2 % der Patienten und 16,9 % der Implantate vor. 78 % der Implantate waren der häuslichen Mundhygiene zugänglich. Der durchschnittliche KA lag bei $0,63 \pm 0,74$ mm auf Patientenlevel und bei $0,72 \pm 1,15$ mm auf Implantatlevel. 322 (20,4 %) der Implantate wiesen ei-

nen KA > 1 mm und 157 (9,9 %) > 2 mm auf. Bei 98 (23,0 %) von 427 Patienten mit Baseline-Parodontalbild lagen parodontal gesunde Gewebe vor, bei 137 (32,0 %) lag eine Mukositis und bei 192 (45,0 %) lag eine Periimplantitis vor. Bei 62 (14,5 %) der Patienten wurde eine moderate/schwere Periimplantitis festgestellt. Die Schwere wurde mit einem durchschnittlichen KA von 29,4 % der Implantatlänge angegeben. Als Risikofaktoren für eine Periimplantitis wurden eine vorliegende Parodontitis (4,1 \times), Patienten mit ≥ 4 Implantaten (15,1 \times), Versorgung durch Generalisten (4,3 \times), verschiedene Implantathersteller, Implantate im Unterkiefer (2,0 \times) und eine Distanz $\leq 1,5$ mm des Kronenrandes zum krestalen Knochen (2,3 \times) identifiziert.

Aufgrund der in der Literatur unterschiedlichen Definition von Periimplantitis sind die Ergebnisse nur bedingt mit anderen Studien vergleichbar, was eine einheitliche Periimplantitisdefinition, neben der offensichtlich notwendigen Entwicklung therapeutischer Ansätze, umso wichtiger erscheinen lässt. 

Dr. Hari Petsos,
Frankfurt/Main