

Editorial

Neue Materialien ergänzen klassische Behandlungsmethoden

Ein Zahn, der aufgrund tiefer Läsionen oder eines Traumas beschädigt ist, wurde bisher in mehreren unterschiedlichen Schritten restauriert: Nach der endodontischen Therapie wurde ein Stiffaufbau vorgenommen. Anschließend wurde der Zahn für die Insertion der Krone präpariert. Dabei handelte es sich normalerweise um eine Vollkrone aus Gold, Keramikverblendmaterial oder einem der neueren Materialien, die heute zur Verfügung stehen. Um einen Fassreifeneffekt zu erzielen, mussten die Präparationsränder immer auf gesunder Zahnhartsubstanz liegen.

Damit die Zahnschubstanz für eine entsprechende Restauration ausreicht, musste häufig ein Parodontaleingriff erfolgen. So werden die nötigen Weichgewebedimensionen für eine gesunde biologische Breite und nach der Restauration der Fassreifeneffekt gesichert. Üblicherweise bedeutete dies, dass der Alveolarknochen umgeformt werden musste, um zwischen dem Alveolarkamm und dem geplanten Restaurationsrand einen Abstand von 4 bis 5 mm zu haben. Eine solche Therapie konnte sich für die langfristige parodontale Abstützung des behandelten Zahns als problematisch erweisen. Bei mehrwurzeligen Zähnen konnten im Furkationsbereich Probleme auftreten oder das definitive Behandlungsergebnis war nicht zufriedenstellend.

Die adhäsive restaurative Therapie hat diese klassische Vorgehensweise verändert. Es muss weniger Alveolarknochen entfernt werden, die Ästhetik kann besser erhalten werden und die biologischen und physischen Auswirkungen der Behandlung auf den Patienten sind geringer.

Mit den adhäsiven Techniken kann ein stark beeinträchtigter Zahn ohne Stiffaufbau prognostizierbar restauriert werden. In vielen Fällen ist auch keine endodontologische Intervention erforderlich. Die Zahnpräparation ist weniger aggressiv, und wo immer dies möglich ist, wird der Zahn nur partiell versorgt.

Zwischen dem Alveolarkamm und dem geplanten Restaurationrand ist eine biologische Breite von nur 2,5 mm erforderlich. Da der Zahn viel konservativer präpariert wird und die Präparation nicht so weit apikal erfolgt, muss der Alveolarkamm nur sehr geringfügig reduziert werden. Das bedeutet auch eine bessere parodontale Abstützung nach der Behandlung und eine geringere Beeinträchtigung der Furkation.

In dem Artikel, den die Autoren gemeinsam mit Dr. Stefano Bottacchiari vorlegen (Seite 115 dieser Ausgabe), wird eine umfassende Therapie rasch und effizient durchgeführt.

Wir haben in den letzten Jahren auf diese Weise mehr als 2500 Zähne mit adhäsiv befestigten Inlays und Onlays behandelt. Durch eine solche Behandlung wird die Parodontalgesundheit optimiert, die Zahnhartsubstanz bleibt weitgehend erhalten, eine endodontologische Therapie ist nur selten erforderlich und die Langzeitprognose der Zähne ist optimal.

Uns muss vor allem immer der Patient wichtig sein, der in unsere Praxis kommt und uns vertraut. Dieses Vertrauen müssen alle unsere Entscheidungen rechtfertigen. Eine Therapie sollte so einfach, atraumatisch und prognostizierbar sein, wie nur irgend möglich. Die Behandlungszeiten müssen verkürzt und die therapeutischen Ziele erreicht werden, ohne dass der Patient unnötig traumatisiert wird. Der Stress und die Unannehmlichkeiten für den Patienten müssen minimiert und die therapeutischen Ergebnisse stetig verbessert werden. Wenn wir die Fortschritte in der Zahnmedizin in unser Können für die Behandlung integrieren, können wir diese Ziele zuverlässig erreichen.

Sergio De Paoli, MD, DDS
Paul Fugazzotto, DDS