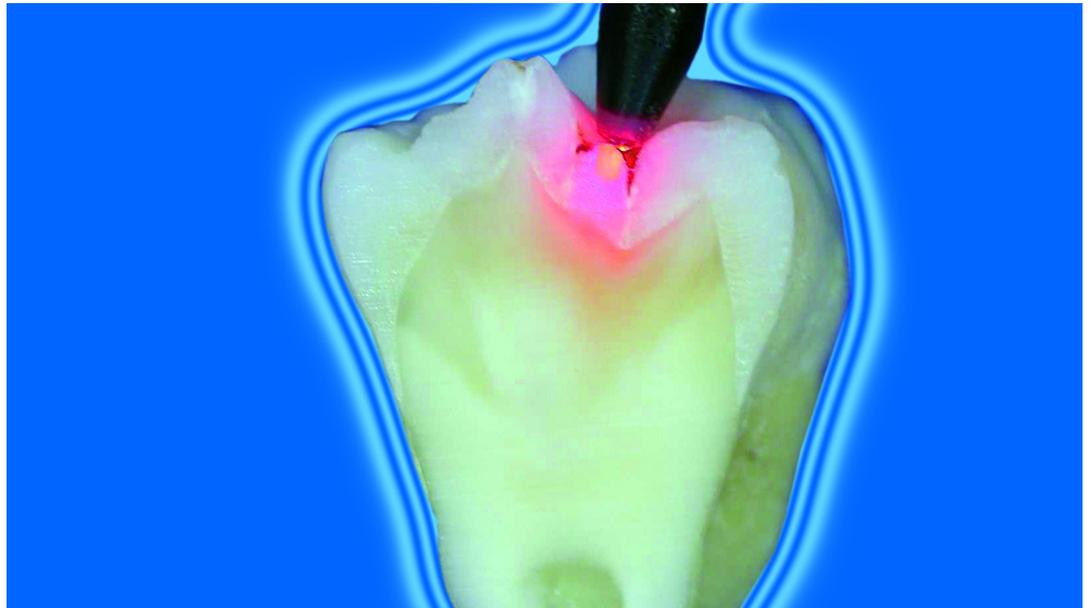


4
6
8
10
12
14
16
18
20
22
24
26
28
30
32
34
36
38
40
42
44
46
48
50
52
54
56
58
60
62
64
66
68
70
72
74
76
78
80
82
84
86
88
90
92
94
96
98
100
102
104
106
108
110
112
114
116
118
120
122
124
126
128
130



Hidden Caries auf der Spur

Über „Wege zur guten Diagnostik“ informierten vier Spezialisten in Ausgabe 1/2005. Es ging um Paro-Endo-Läsionen, um Erkrankungen der Mundschleimhaut, um die präimplantologische Diagnostik und um objektive Maßnahmen zur Kariesdiagnostik. Moderne Technologien, wie das Laserfluoreszenz-Verfahren, können helfen, die „Hidden Caries“ zu diagnostizieren. Für die Praxis ist es wichtig, Therapiekonzepte bzw. -prozesse zu haben. Ein solches Befund-Therapiekonzept „Hidden Caries“ hat der in eigener Praxis niedergelassene Zahnarzt und Prophylaxe-Experte Dr. Lutz Laurisch entwickelt.

Herr Dr. Laurisch, bemerken Sie eine Zunahme der Hidden Caries – der versteckten Karies?

Ja. Es wird auch immer schwieriger, diese zu diagnostizieren. Aufgrund des hohen Fluoridgehaltes des Zahnschmelzes ist es oft nicht möglich, eine „klassische“ Fissurenkaries wie früher durch eine Verfärbung des Höckerabhangs zu erkennen. Der Höckerabhang maskiert vielmehr das tatsächliche Geschehen. Mit der Sonde ist in der Regel ebenfalls eine sichere Diagnose der Fissurenkaries nicht möglich: Hinzu kommt, dass bei der klinischen Inspektion die Sonde ohnehin obsolet ist. Hier ist vielmehr der Luftbläser angezeigt in Verbindung mit einer Lupenvergrößerung. Denn nur der getrocknete Zahn ist klinisch ein-

wandfrei beurteilbar. Leider hilft auch das Röntgenbild nicht weiter: dieses gibt nämlich erst eine mehr oder weniger verlässliche Auskunft, wenn die Karies bereits bis ins Dentin fortgeschritten ist.

Welche diagnostischen Verfahren setzen Sie ein?

Am Anfang steht die klinische Untersuchung des getrockneten Zahnes unter Verwendung von vergrößernden Sehhilfen. Ist eine Verfärbung vorhanden, so untersuchen wir die Tiefe der Verfärbung mit einer Laserfluoreszenzmethode. Die Konsequenzen einer solchen Methode sind bei uns altersabhängig: Wir wissen aus epidemiologischen Untersuchungen und aufgrund unserer Erfahrungen, dass die Alters-



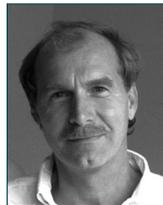
klasse der 12- bis 18-Jährigen mit einer besonders hohen Kariesprävalenz einhergeht. Dies bedeutet, dass in dieser Altersklasse – insbesondere auch aufgrund des sich verändernden Lebens- und Ernährungsverhaltens – mit einer Veränderung des Kariesrisikos und damit auch mit einer Veränderung der Kariesaktivität zu rechnen ist. In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass ein kritischer Laserfluoreszenzwert bei einem 15-Jährigen vollständig andere therapeutische Konsequenzen auslöst wie der gleiche Wert bei einem 30-Jährigen Patienten.

Wird ein Recall-Patient regelmäßig mit dem Laserfluoreszenz-Verfahren untersucht?

Nein, wir betreiben keine „Gießkannen-Prophylaxe“. Die wiederholte Messung ist abhängig vom Alter des Patienten und von den Veränderungen des Kariesrisikos. Dieses kann sich jedoch jederzeit verändern. Wir wissen, dass einschneidende Veränderungen in der Lebenssituation des Patienten Auswirkungen auf seine Mundgesundheit und damit auch auf sein Karies- und Parodontitisrisiko haben können. In solchen Fällen kommt es dann zu einer wiederholten Messung.

In Ihrer Praxis haben Sie ein eigenes „Hidden Caries – Befund-Therapiekonzept“. Auf welcher Basis haben Sie die Gruppeneinteilung der Befund-Werte festgelegt?

Die Werte basieren auf Untersuchungsergebnissen von Prof. Dr. Adrian Lussi von der Universität Bern und meinen eigenen Erfahrungen. Im Gegensatz zu den schon existierenden Therapieansätzen haben wir die Therapie für die tägliche Praxis etwas vereinfacht, so dass wir nur noch drei Diagnose-Therapiegruppen haben. Darüber hinaus haben wir das Schema altersgruppenabhängig gemacht. Aufgrund unserer Erfahrung wissen wir (insbesondere auch



Dr. Lutz Laurisch

ist seit 1977 in eigener Praxis in Korschenbroich tätig, seit 2000 in Sozietät mit Dr. Elfi Laurisch. Behandlungsschwerpunkt ist die orale Rehabilitation des Patienten durch eine umfassende präventiv orientierte Zahnheilkunde. Seit 1981 Entwicklung eines in den Praxisalltag integrierten Prophylaxekonzeptes, seit 1986 unter Einbeziehung von Speicheluntersuchungen. Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zu diesem Thema auf Tagungen und in Fachzeitschriften. Seit 1988 umfangreiche Praxiskurse für Zahnärzte und Helferinnen im Rahmen der „Prophylaxekurse in Korschenbroich“ zur Diagnostik und Therapie der individuellen Kariesgefährdung sowie zum präventiven Praxiskonzept. Von 1989 bis 1998 war Dr. Laurisch stellvertretender Vorsitzender der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK. Er ist stellvertretender Vorsitzender der Koordinierungsstelle für Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie Vorstandsmitglied der DGZMK.

mit der Restauration von „verfärbten“ Fissuren durch die „erweiterte Fissurenversiegelung“), dass in der Regel eine Verfärbung in der Fissur eines Molaren in der Altersklasse bis 18 Jahren eine umgehende minimalinvasive Restauration auslöst. Hierbei bevorzugen wir die kinetische Präparation (Rondoflex), da es mit dieser sehr einfach möglich ist, ausschließlich den verfärbten Fissurenanteil unter größtmöglicher Schonung der gesunden Zahnhartsubstanz zu entfernen. Anschließend erfolgt oft

Information aus der Industrie

Vor fünf Jahren gelang es dem Unternehmen KaVo, das Laserfluoreszenz-Verfahren für die zahnärztliche Praxis einsetzbar zu machen. Das DIAGNOdent-Gerät nutzt die innovative Technologie, um die Verfallsprodukte von Bakterien zu messen. Gesunde und erkrankte Zahnschubstanz haben eine unterschiedliche Fluoreszenz. Die ermittelten Werte lassen dann Rückschlüsse auf die Kariesaktivität zu. Haupteinsatz des Laserfluoreszenz-Verfahrens ist die Darstellung von Hidden Caries-Prozessen.



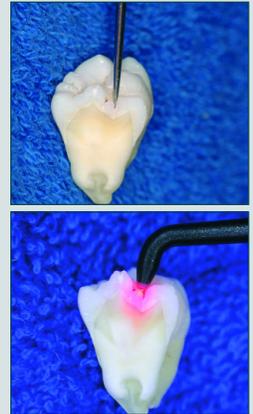
**KaVo auf der IDS:
Halle 14.1, Gang H/J/K.
Stand 10-11, 18-21, 30-31**



Information

Nur 20 Prozent der Zähne mit versteckter Karies werden in der täglichen Praxis als solche erkannt (Lussi et al. 2001). Klassische Methoden wie Inspektion und Röntgen bieten nur eine begrenzte diagnostische Sicherheit (Knittel et al. 2000). Der kariöse Prozess entwickelt sich bei der hidden caries unter einem stabilen „Schmelzdeckel“, so dass sie bei der Untersuchung mit der Sonde allein nicht erkennbar ist. Darunter bleiben sogar

bereits weit fortgeschrittene kariöse Prozesse unentdeckt. Die klinische Diagnostik der versteckten Karies (Hidden Caries) ist erschwert. Moderne Technologien, wie das Laserfluoreszenz-Verfahren, bei dem die Verfallsprodukte der Bakterien gemessen werden, welche dann wiederum Rückschlüsse auf die Kariesaktivität gestatten, (willst Du das jetzt so formulieren?) können einen wichtigen Beitrag in der Kariesdiagnostik leisten.



Lesetipp: Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann über Kariesdiagnostik im Dental Magazin 1/2005, S. 37. DM-Leser können den Beitrag kostenfrei anfordern: redaktion@dentalmagazin.de

noch eine Desinfektion der so entstandenen „Kavität“ mit Ozon.

Ist Ihr eigenes „Hidden Caries – Befund-Therapiekonzept“ auf jede Praxis übertragbar?

Eigentlich ja, vorausgesetzt, man besitzt die dazu erforderlichen Geräte und das präventive Praxis- und

Betreuungskonzept, um das Gedankengut auch entsprechend umzusetzen. Dass dies alles nicht ohne entsprechend geschulte und motivierte Mitarbeiter geht – und zwar nicht nur in der Prophylaxe – versteht sich von selbst.

Vielen Dank für das Interview.



Das vollständige Befund-Therapie-Konzept „Hidden Caries“ nach Dr. Lutz Laurisch können Leser des Dental Magazins kostenfrei im Internet herunterladen: www.dentalmagazin.de oder www.zahnheilkunde.de.

Hidden Caries: Befund-Therapie-Konzept (nach Dr. Lutz Laurisch)			
Befundung mit Diagnostent (Fa. KaVo). Vor der Messung erfolgt professionelle Reinigung des Zahnes (mittels Nylonbürste und fluoridhaltiger Paste) und anschließende Trocknung			
Befund (Anzeigewert)	Alter	Therapie der Fissur	Ergänzende präventive Therapie
< 13	5 - 13	<ul style="list-style-type: none"> • Fissurenversiegelung • Ev. lokale antibakterielle Maßnahmen (Ceribac, Vivadent oder EC-40, ...) • Recall alle 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle auf Approximalkaries • Bestimmung und Therapie des individuellen Kariesrisikos (ICRT) • Basisprophylaxe
	> 13	<ul style="list-style-type: none"> • Recall und regelmäßige Kontrolle der Fissur mit Diagnostent alle 12 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung des allgemeinen Kariesrisikos • Ev. antibakterielle Maßnahmen der Kaufläche (CHX, Clozin)
14 - 20	5 - 13	<ul style="list-style-type: none"> • Entfernung von Verfärbungen und minimalinvasiv Eröffnung der Fissur (Pondofen, Kavon oder Kavon Seal (Ankerzahnleiste)) • Desinfizierung der erweiterten Fissur (z.B. Ozon, CHX) • Erweiterte Fissurenversiegelung (z.B. Tetric-Bond, Ultra-Seal) • Recall alle 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Postoperative Kontrolle, Esshygiene • Kontrolle auf Approximalkaries • Bestimmung und Therapie des individuellen Kariesrisikos (z.B. ICRT) • Interziprophylaxe
	> 13	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Fissurenmorphologie und Fissurensanierung aller Zähne ev. Abstrich aus der Fissur zur qualitativen und quantitativen Bestimmung der Besiedelung • ergänzende Befundung mit ICP-Kontrolle (Zahnfilm, Bitflügel) • Bei geringem Kariesrisiko und guter Fissurenmorphologie: <ul style="list-style-type: none"> • Antibakterielle Therapie (CHX Lack, EC-40 oder Ceribac) • Fissurierungskonzept • Kontrolle und Therapie des Kariesrisikos und Verlaufskontrolle der Fissur • Recall alle 6 - 12 Monate • Bei hohem Kariesrisiko und übermäßiger Fissurenmorphologie bzw. Besiedelung der Kaufläche mit strep. Mutans: <ul style="list-style-type: none"> • minimalinvasive Restauration wie Altersklasse 6 - 20 • Recall alle 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle auf Approximalkaries • Bestimmung und Therapie des individuellen Kariesrisikos (z.B. ICRT, Vivadent) ggf. erweiterte Diagnostik • Interziprophylaxe
		<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzungsbefundung mit ICP-Kontrolle (Zahnfilm, Esshygiene) • Entfernung von Verfärbungen und minimalinvasiv Eröffnung der Fissur (Pondofen, Kavon Seal (Ankerzahnleiste)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle auf Approximalkaries • Bestimmung und Therapie des individuellen Kariesrisikos (z.B. ICRT)