Herbsttagung GZMK Dresden 2022 – Kinderzahnheilkunde up to date

Die Herbsttagung der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dresden e. V. (GZMK) fand am 04.11.2022 traditionell im Boulevardtheater Dresden statt. Das Thema Kinderzahnheilkunde stieß bei den 228 angemeldeten Teilnehmern auf reges Interesse.

Fluoride in der Kariesprävention

Der Bedarf einer guten zahnärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinzahnärztlichen Praxis ist hoch. Insbesondere die hohe Prävalenz der frühkindlichen Karies ist bei den unter 6-jährigen Kindern nach wie vor ein großes Problem. Um dieser vorzubeugen, ging **Prof. Dr. med. dent. Nadine Schlüter** (Direktorin der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventivzahnmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover) im Eingangsvortrag auf Fluoride als bewährte Mittel in der Kariesprävention ein und stellte aktuelle Fluoridempfehlungen vor. Ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes wird die zweimal tägliche Zahnpflege mit einer reiskorngroßen Menge 1.000 ppm fluoridhaltiger Kinderzahnpasta empfohlen. Davon sollen vor allem Kinder mit einem hohen Kariesrisiko profitieren. Alternativ ist die zweimal tägliche Zahnpflege mit einer erbsengroßen Menge 500 ppm fluoridhaltigen Kinderzahnpasta möglich. Ab dem zweiten Geburtstag wird die zweimal tägliche Zahnreinigung mit einer erbsengroßen Menge 1.000 ppm fluoridhaltigen Kinderzahnpasta angeraten. Die Dosierungen stehen im Einklang mit den europäischen Empfehlungen der European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). Die Hersteller der Zahnpasten sind gefordert, Tubenöffnung und Viskosität der Produkte so anzupassen, dass eine reiskorn- bzw. erbsengroße Menge zuverlässig appliziert werden kann. Mit der Teilnahme des Kindes an familiären Mahlzeiten sollte fluoridhaltiges Speisesalz verwendet werden. In Phasen mit erhöhtem Kariesrisiko, z. B. bei Kindern und Jugendlichen mit festsitzender KFO-Apparatur, sind die temporäre häusliche Anwendung hochdosierter Fluorid-Zahnpasten (5.000 ppm), die Verwendung fluoridhaltiger Gele und Fluide sowie regelmäßige Fluoridlack-Applikationen beim Zahnarzt effektive Maßnahmen der Kariesvorbeugung.

Prof. Nadine Schlüter spricht über aktuelle Fluoridempfehlungen

Herausforderung MIH

Prof. Dr. med. dent. Jan Kühnisch (Oberarzt in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Ludwig-Maximilians-Universität München) sprach zum Thema „Herausforderungen und Therapie bei Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)". Bedingt durch die verringerte Schmelzmineralisation bestehen bei vielen betroffenen Kindern ausgeprägte Hypersensibilitäten der Sechsjahrmolaren, die zu einer reduzierten Kooperation bei zahnärztlichen Maßnahmen führen. Bei MIH-Zähnen ohne Schmelzeinbrüche können durch die häusliche Verwendung von Produkten mit Casein-phosphopeptid-haltigem amorphen Calciumphosphat (CPP-ACP), 8 % Arginin und Calciumcarbonat und Fluoriden Überempfindlichkeiten der Zähne reduziert werden. Sind aufgrund von Oberflächeneinbrüchen restaurative Maßnahmen erforderlich, ist eine State of the Art-Therapie bei fehlender Kooperation oft nicht möglich und ein vereinfachtes Management indiziert. Die Defektabdeckung kann im Sinne einer überbrückenden Therapie mit harzmodifizierten Glasionomerzementen oder konfektionierten Stahlkronen bei weitgehendem Verzicht auf Exkavation und Präparation der Zähne erfolgen. Definitive Therapieoptionen reichen von direkten zu indirekten adhäsiven Restaurationen. Bei destruierten MIH-Molaren sind die Extraktion und ein kieferorthopädischer Lückenschluss im Alter zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr nach einer erfolgten KFO-Anfangsdiagnostik möglich.

Wissenschaftliche Leiterin Dr. Susann Hertel und Prof. Jan Kühnisch bei der Beantwortung von Fragen aus dem Auditorium

Prof. Jörg Lisson zeigt Beispiele für eine kieferorthopädische Frühbehandlung bei Kindern

KFO – Der richtige Zeitpunkt für den Behandlungsbeginn

Die Frage, wann man ein Kind zur kieferorthopädischen Frühbehandlung überweisen sollte, hat **Univ.-Prof. Dr. med. dent. Jörg Lisson, M.Sc.** (Direktor der Klinik für Kieferorthopädie an der Universität des Saarlandes in Homburg (Saar)) in seinem Vortrag beantwortet. Er präsentierte kurzweilig, welche kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) einer Frühbehandlung bedürfen, und betonte dabei funktionelle Aspekte. In der 1. Dentition sind z. B. alle Formen des progenen Formenkreises, ein- oder beidseitiger Kreuzbiss und mandibuläre Retrognathie behandlungsbedürftig. Prof. Lisson zeigte auch auf, welche Fälle keine Indikation für eine KFO-Frühbehandlung darstellen, wie z. B. ein Frontzahnengstand im Unterkiefer in der 1. Wechselgebissphase.

Die Behandlung von Kindern erleichtern

Praktische Tipps für die erfolgreiche Kinderbehandlung in der allgemeinzahnärztlichen Praxis vermittelte **Dr. Ulrike Uhlmann** (angestellte Zahnärztin, Praxis Dr. Fischer in Zwenkau). Im Hinblick auf Kariesdiagnostik im Milchgebiss sprach sie sich gemäß der Empfehlung der EAPD für die Anfertigung von Bissflügelaufnahmen bei Kindern ab fünf Jahren, bei Milchzahnengstand bereits ab vier Jahren aus. Sie konstatierte drei Gründe für Misserfolge bei der Kinderbehandlung:

1. Fehlen von Schmerzfreiheit bei der Behandlung
2. Falsches „Schonen" der Pulpa
3. Ungeeignete Materialien

Durch Verwendung von Oberflächenanästhesie und langsamer Injektion können eine ausreichende Schmerzfreiheit für die Kinder und somit gute Behandlungsbedingungen erreicht werden. Aufgrund der Milchzahnanatomie mit ausgedehnten Dentintubuli führt eine Caries profunda-Therapie häufig zu Misserfolg. Als vitalerhaltende Maßnahme sollte stattdessen die Pulpotomie und anschließende Versorgung des Zahnes mit einer konfektionierten Stahlkrone durchgeführt werden. Hat ein Kind jedoch bereits spontane, reizunabhängige bzw. nächtliche Zahnschmerzen, liegt eine irreversible Pulpitis vor und der Zahnerhalt ist in der Regel nicht möglich.

Dr. Ulrike Uhlmann betont die Behandlung von Kindern als gesamtzahnärztliche Aufgabe

Diagnose Zahntrauma: Richtig reagieren rettet Zähne

Zum Abschluss sprach **Dr. med. dent. Susann Hertel** (Poliklinik für Zahnerhaltung, Bereich Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden) zum Thema Erstversorgung nach Zahntrauma im jugendlich bleibenden Gebiss und ging insbesondere auf die Empfehlungen der im März 2022 aktualisierten Version der S2k Leitlinie zur Therapie des dentalen Traumas ein. Die Dokumentation von Zahnunfällen ist durch einen neuen Befundbogen interaktiv möglich (*www.dgzmk.de*). Bei einer komplizierten Kronenfraktur ist die partielle Pulpotomie der direkten Überkappung als vitalerhaltende Maßnahme vorzuziehen. Bei der Wahl des Überkappungsmaterials gibt es interessanterweise keinen Unterschied hinsichtlich der Erfolgsrate zwischen Kalziumhydroxid und hydraulischen Kalziumsilikatzementen, wobei ein bakterienendichter Verschluss Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellt. Die Primärversorgung bei Kronen-Wurzelfrakturen umfasst die adhäsive Befestigung des gelockerten Zahnfragments, um Beschwerdefreiheit und Zeit für eine ausführliche Diagnostik zu gewinnen. Bei Dislokationsverletzungen sollten die Zähne repositioniert und flexibel mit einem Titan-Trauma-Splint (TTS) geschient werden. Die Schienungsdauer sollte möglichst kurz gehalten werden. Ein avulsierter bleibender Zahn muss in einer Zahnrettungsbox gelagert werden, um das Überleben der parodontalen Ligamentzellen auf der Wurzeloberfläche und damit die Wiedereinheilung zu ermöglichen. Eine systemische Gabe von Doxycyclin bei ausgedehnten Dislokationsverletzungen wird aufgrund fehlender klinischer Daten nicht empfohlen. Die Indikation für eine systemische Antibiotikagabe kann bei umfangreichen Begleitverletzungen der Weichgewebe großzügiger gestellt werden und sollte vom behandelnden Zahnarzt nach der individuellen klinischen Situation beurteilt werden.

Dr. med. dent. Susann Hertel
Poliklinik für Zahnerhaltung
mit Bereich Kinderzahnheilkunde
Wissenschaftliche Leitung der
GZMK Tagung

Nächste Herbsttagung: 28.10.2023
„Implantatprothetik – so viel wie nötig, so wenig wie möglich"