

Dorothee Holsten

Paro-Schallspitzen: Gründliche Effekte wann und wie?

INTERVIEW Eine Universität kann nichts produzieren, die Industrie wiederum muss sich wissenschaftlich absichern. Für den konkreten Austausch suchen beide Seiten regelmäßig den Kontakt. Oberärztin Prof. Dr. Petra Schmage vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, testete die Paro-Schallspitzen SF10L/R, SF10T und SF11 (Komet Dental). Besonders deren Effizienz erstaunte sie. Deshalb rät sie zu einem kontrollierten Umgang für den rechtzeitigen Stopp.



Oberärztin Prof. Dr. Petra Schmage

hat es beim Messen der Taschen mit der PAR-Sonde ertastet. Wenn ich dabei schon merke, dass mir diese Blöcke Schwerarbeit bereiten werden, dann greife ich zur SF10L/R.

Bei solchen Patienten sind die Taschen mit einer erhöhten Sondierungstiefe entzündlich verändert und lassen sich leicht aufdehnen. Die Öse muss ja in die Tasche passen. Das klappt besonders gut an Molaren. Auch infraalveoläre Taschen im Approximalebereich sind sehr gut mit der SF10L/R zu erreichen.

Aus den oben genannten Gründen sehe ich die SF10L/R nicht indiziert, wenn ausschließlich weiche Beläge oder wenig mineralisierte bakterielle Auflagerungen vorzufinden sind, also

zum Beispiel bei Patienten mit einer aggressiven Parodontitis oder einer chronischen Parodontitis, die durch Risikofaktoren modifiziert ist. Auch in der parodontalen Nachsorge sind in der Regel die Konkremente nicht mehr so massiv vorhanden.

Ich finde, die SF10L/R ist wirklich ein Spezialinstrument für schwer entfernbare und stark anhaftende, mineralisierte Ablagerungen. Ich verwende die Instrumente nicht für das komplette Scaling und Root Planing, sondern kombiniere sie mit Ultraschallinstrumenten und Handküretten.

Welche Oberfläche hinterlässt die SF10, und wie effektiv haben Sie das Schallinstrument erlebt?

Die SF10 besitzt eine ungewöhnliche Ösenform. Wann sehen Sie die Paro-Schallspitze typischerweise indiziert? Bereits früher gab es manuelle, feilenartige Instrumente für das Debridement. Eine schabende Kante als Schallinstrument, das den Anstellwinkel fest vorgibt, ist allerdings neu. Als mir die SF10L (links gebogen) und die SF10R (rechts gebogen) vorlagen, überlegte ich mir natürlich, bei welchen parodontal erkrankten Patienten ich sie nun einsetze.

Grundsätzlich unterscheide ich, ob die Patienten erstmalig zur instrumentellen Parodontaltherapie vorstellig sind oder sich in der regelmäßigen unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) befinden, wobei bei der UPT ein substanzschonendes Vorgehen im Vordergrund steht. Die SF10L/R sehe ich bei der Erstbehandlung einer chronischen Parodontitis indiziert, wenn tatsächlich ausgeprägte Auflagerungen hartnäckiger Konkremente bestehen. Das sieht man ja oft bereits röntgenologisch oder



Abb. 1 bis 3: Markante Paro-Instrumente: die SF10R, SF10T und SF11.

Das Ergebnis der Wurzelreinigung mit der SF10L/R ist glatt und gründlich. Die abgerundete Spitze schützt vor Verletzungen der Weichgewebe, und das beidseitig scharfkantige Innenteil der Öse erzielt gute Oberflächenergebnisse. Wenn ich mit der Handkürette kontrolliere, kann ich in der Regel keine Konkremente mehr spüren und muss auch nicht per Hand nacharbeiten.

Nun kennt ein Zahnarzt ja den üblichen Zeitaufwand für die Entfernung harter Ablagerungen – hier setzt die SF10L/R neue Maßstäbe. Sie arbeitet so effektiv und zügig, dass der Zahnarzt eher lernen muss, sie zu kontrollieren. Es gilt, den richtigen Zeitpunkt für das Beenden der Behandlung zu finden, um nicht zu viel Zahnhartsubstanz abzutragen. Im Vergleich zu einer Handkürette ist das nämlich erstaunlich früh! Ich würde daher das Arbeiten mit diesem Schallinstrument, sofern möglich, unter Sichtkontrolle empfehlen.

Dazu muss man den Arbeitsmodus der Instrumente berücksichtigen: Schall-

instrumente oszillieren mit größerer Auslenkung als Ultraschall sowie mit einer elliptischen Schwingungsform. Zusammen mit der schneidenden Kante der Innenöse besteht das Potenzial zu höherem Substanzabtrag der Zahnwurzeloberfläche. Die Härte des Dentins unterscheidet sich taktil nicht von der der Konkremente, weshalb der Endpunkt nicht spürbar ist. Von daher ist Sorgfalt erforderlich: Kurze und drucklose Arbeitsphasen sollten sich mit visuellen beziehungsweise manuellen Kontrollen abwechseln.

Wie sollen die Schallspitzen mit Öse angelegt werden?

Ich lege sie so an, dass ihr Schaft parallel zur Zahnachse liegt. Dann führe ich sie mit leichter Hand, das heißt ohne Anpressdruck, sondern touchierend, tangential/horizontal an der Zahnoberfläche entlang. Ich gehe im Zwischenraum ein- bis zweimal intermittierend vor, zwischendurch taste ich mit der Handkürette. In diesen

Pausen, wenn kein Kühlwasser mehr fließt, kann ich auch die Sichtkontrolle durchführen, indem ich mit der stumpfen Instrumentenspitze die Tasche ganz sacht aufspreize. An der Zahn-/Wurzelfarbe lässt sich dann gut abschätzen, ob das typisch dunkle Graubraun der Konkremente schon verschwunden ist.

Grundsätzlich habe ich den Eindruck, dass sich die SF10L/R sehr gut der jeweiligen Zahngeometrie anpasst. Ich kann sie gerade im Molarenbereich perfekt von bukkal nach mesial beziehungsweise distal und oral nach mesial beziehungsweise distal führen.

Die SF10T ist eine schlanke Version der SF10L/R. Welche Indikationen können Sie mit dieser Schallspitze abdecken?

Den Einsatzbereich für dieses schmalere Instrument sehe ich bei Wurzeln mit kleinerem Radius, wie Frontzähnen, bei denen ein breiteres Instrument horizontal die Gingiva aufreißen würde. Weiterhin in Situationen, in

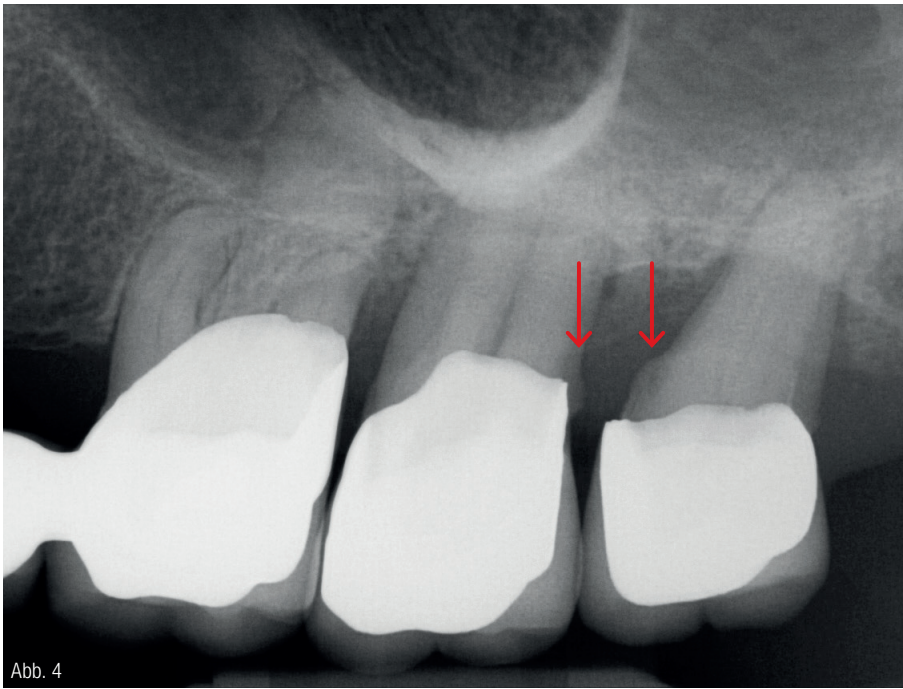


Abb. 4

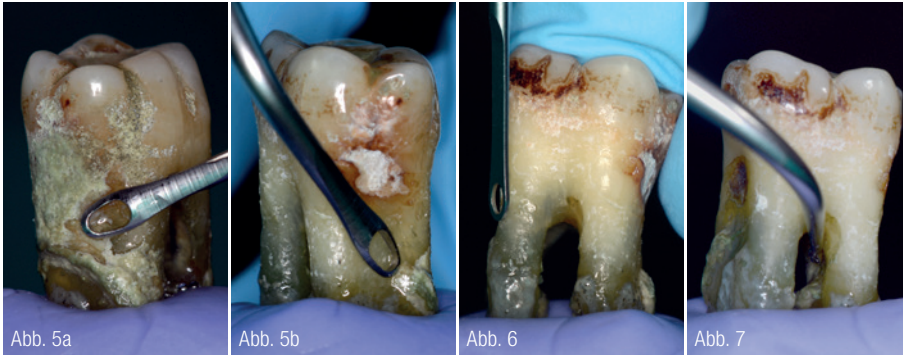


Abb. 5a

Abb. 5b

Abb. 6

Abb. 7

Abb. 4: Röntgenologisch sichtbare subgingivale Konkrementablagerung (siehe Markierung), zu deren Entfernung der Einsatz der SF10L/R-Instrumente indiziert wäre. *Die Abbildungen 5 bis 7 zeigen exemplarisch am extrahierten Zahn den Einsatz der beschriebenen Instrumente.* **Abb. 5a:** Die Innenkante der SF10L/R-Öse entfernt rasch ausgedehnte Auflagerungen mineralisierter Beläge. **Abb. 5b:** Die Instrumentenform erlaubt, eine konkave Wurzelmorphologie nachzuziehen. **Abb. 6:** Vorsicht ist mit der SF10T bei einer konvexen Wurzelanatomie geboten. **Abb. 7:** Mit der SF11 lassen sich nicht nur die Furkationseingangsbereiche reinigen, sondern auch die unterhalb der Furkation gelegenen Wurzelinnenflächen mit ihren Kurvaturen erreichen.

denen die Zähne eng nebeneinander stehen oder durch die Konturierung der Kronenränder die Interdentalräume schlecht zugänglich sind. Tiefer gelegene Wurzeloberflächen können dank der schlanken Gestaltung des Arbeitsteiles auch bei geringem Platzangebot gut erreicht werden. Allerdings erhöhten aus meiner Sicht die paddelartige Form der SF10T und ihre Einsatzmöglichkeit in unübersichtlicheren Bereichen das Risiko, die tangentialen Arbeitsweise nicht einzuhalten, die untere Kante des Instrumentes versehentlich gegen die Wurzel zu drücken oder eine konkave Wurzelform nicht zu bemerken und durch die Auflage Kerben zu erzeugen. Bereiche wie die proximale Girlandenform der Schmelz-Zement-Grenze und den Furkationsbereich kann ich also mit der SF10T nicht erreichen. Dann greife ich unter anderem zur SF11 mit Knospenform.

Warum bietet sich für die Behandlung einer durch die Parodontitis verursachten Furkationsbeteiligung grundsätzlich eine Knospe an?

Ich benutze seit jeher gerne knospenförmige, diamantierte Schallinstrumente für die Erstbehandlung der Furkation. Der Grund: Die hier vorliegende Wurzelmorphologie mit Rillen, Einziehungen und Verschmelzungen ist weder für häusliche Mundhygienemittel, wie die Solo-/Einbüschelbürste, noch für professionelle Reinigung mittels Ultraschallspitze oder Kürette zugänglich. Ich forme diese Strukturen mit der Knospe vorsichtig aus und gestalte sie so rund, damit die anschließenden Prophylaxebehandlungen auch in diesem diffizilen Bereich effektiv greifen können.

Die SF11 ähnelt der Knospenform und ist ebenfalls schallgetrieben. Anstelle der Diamantierung ist die SF11 sechsfach verzahnt. Durch eine Diamantie-

rung ist naturgemäß ein Substanzabtrag zu erwarten, während durch die verzahnte Form Konkreme „abgeschlagen“ werden können. Daher ist auf eine kontrollierte, minimalinvasive Arbeitsweise mit wenig Druck zu achten. Auf jeden Fall muss ein Verkleben in der Furkation vermieden werden. Auch hier hatte ich den Eindruck, dass diese Schallspitze unglaublich effektiv und schnell arbeitet. Deshalb darf sie nur sehr gezielt bei vorhandenen, fest anhaftenden Konkrementen mit einer guten Portion Sensitivität und Konzentration eingesetzt werden. Es gilt, die richtige Indikation zu bestimmen und rechtzeitig aufzuhören. Die beiden Schallinstrumente in Kombination führen in rasant kurzer Zeit zu sehr guten Ergebnissen.

Kontrolle über die Instrumentenspitze ist auch immer eine Frage der adäquaten Leistungsstufe?

Wir arbeiten mit dem Komet Schallhandstück SF1LM. Die SF10L/R setze ich kurzfristig in Leistungsstufe 2, sonst wie die SF10T und SF 11 nur in Stufe 1 ein. Ich achte auf eine drucklose Arbeitsweise. Grundsätzlich ist auf eine ausreichende Kühlung des Arbeitsteils zu achten. Das stelle ich mit einer Durchflussmenge von 50 ml/min sicher.

Vielen Dank für das Gespräch.



Komet Dental
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG
Infos zum Unternehmen

INFORMATION

Prof. Dr. Petra Schmage
UKE Hamburg-Eppendorf
Abteilung für Zahnerhaltung und
Präventive Zahnheilkunde
Martinistraße 52
20146 Hamburg
Tel.: 040 7410-52282
schmage@uke.de
www.uke.de