

Kurzer Blick auf unsere laufenden Bemühungen...

Wenn es uns gelingt, Zugang zu schaffen, dann heilen wir die apikale Ostitis auch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit aus. Alles andere würde schließlich jeder medizinischen Erfahrung widersprechen.

Autor: Dr. Dr. Rüdiger Osswald

Die Endodontitis ist unbestritten eine bakterielle Infektionskrankheit. Das anatomische Umfeld, in der dieser Infekt abläuft, ist seit mehr als 100 Jahren vollständig beschrieben. Vor diesem Hintergrund erstaunt, dass es trotz der mechanischen Hochrüstung der letzten 70 Jahre zu keinerlei Fortschritt bei den Behandlungsergebnissen gekommen ist.

In einer Metaanalyse der weltweit vorliegenden evidenzbasierten endodontologischen Studien kommen Kojima et al. in 2006 zu den Ergebnissen der Tabelle 1, die in 2008 von anderen Autoren noch einmal sehr eindrucksvoll bestätigt wurden:

Ein sehr deutlicher, unübersehbarer Abfall im Behandlungserfolg zwischen vitalen ohne und devitalen Zähnen mit apikaler Ostitis zieht sich dabei wie ein roter Faden durch alle Studien. Und der Unterschied ist statistisch immer hochsignifikant.

Wenn wir in unserer allgemein Zahnärztlichen Praxis bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis nach dem sogenannten Goldstandard behandeln und demnach schlechte Ergebnisse wie in Tabelle 1 erzielen würden, könnte wir derart umfangreichere prothetische Versorgungen, wie in den Abbildungen 1 bis 3 beispielhaft gezeigt, auf endodontisch behandel-

Akute Pulpitis, also vitaler , röntgenologisch apikal unauffälliger Zahn:	Misserfolgsquote um 10 % . Bei jedem 10. Zahn bildet sich im Verlauf weniger Jahre eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Ostitis aus.
Gangrän, also devitaler , röntgenologisch jedoch apikal noch unauffälliger Zahn:	Misserfolgsquote um 20 % . Bei jedem 5. Zahn bildet sich im Verlauf weniger Jahre eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Ostitis aus.
Gangrän, also devitaler Zahn mit röntgenologisch diagnostizierbarer apikaler Ostitis	Misserfolgsquote um 30 % . Bei mehr als jedem 4. Zahn heilt die apikale Ostitis unter der Therapie nach dem sogenannten Goldstandard nicht aus.
Revision von Zähnen mit röntgenologisch diagnostizierbarer apikaler Ostitis	Misserfolgsquote um 40 % . Bei mehr als jedem 3. Zahn heilt die apikale Ostitis unter der Therapie nach dem sogenannten Goldstandard nicht aus.

Tab. 1: Wissenschaftlich mit Evidenz belegte Erfolgsquoten bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis in Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung.

ten Zähnen gar nicht eingliedern. Denn der sicheren Voraussagbarkeit des Therapieerfolgs kommt bei der festsitzenden prothetischen Versorgung schließlich eine überragende Bedeutung zu. Wir könnten dann aus Angst, dass uns unsere Arbeit bei unkalkulierbarem Risiko um die Ohren fliegt, nachts nicht mehr ruhig schlafen.

Hier einige Beispiele aus unseren laufenden, sicher voraussagbar erfolgreichen Bemühungen um den endodontischen

Zahnerhalt, auch in deutlich fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung:

- Fall 2 (Abb. 4, 5 und 6)
- Fall 3 (Abb. 7, 8 und 9)
- Fall 4 (Abb. 10, 11 und 12)
- Fall 5 (Abb. 13, 14 und 15)
- Fall 6 (Abb. 16, 17 und 18)

Und um zu zeigen, dass es sich keineswegs um Sonntagsfälle handelt, zuletzt noch eine schöne Dublette:

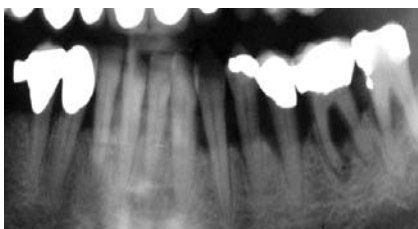


Bild 1: Ausgangsbefund vor prothetischer Versorgung in 2004

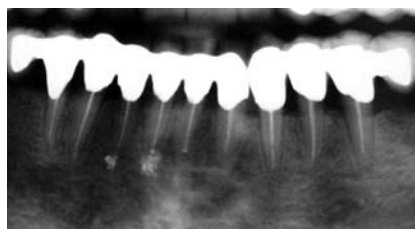


Bild 2: Verlaufskontrolle ein Jahr nach WF und prothetischer Versorgung



Bild 3: Klinische Situation bei vollständiger Beschwerdefreiheit im August 2009

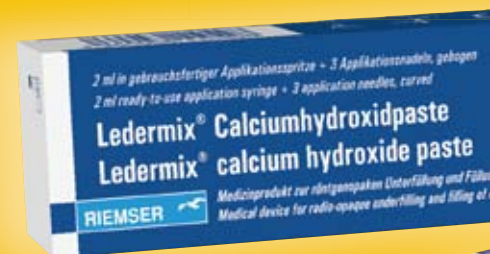
Schritt 2 in der Ledermix®-Behandlung:

Ledermix® Calciumhydroxidpaste

- gebrauchsfertig
- bequem zu applizieren
- röntgenopak
- *preiswert!*



2 ml in gebrauchsfertiger Applikationsspritze,
3 Applikationsnadeln und 1 Trockenschutzgefäß.



- ▶ Direkte Pulpaüberkappung
- ▶ Indirekte Pulpaüberkappung
- ▶ Unterfüllen von Kavitäten
- ▶ Temporäre Füllung des Wurzelkanals

Zusammensetzung: Calciumhydroxid, Bariumsulfat, sterilisiertes Wasser.



www.RIEMSER.com

RIEMSER 

RIEMSER Arzneimittel AG
fon +49 (0) 38351 76-0
E-Mail: dental@riemser.de



Bild 4: Unmittelbar vor Revision im Juni 2007



Bild 5: Unmittelbar nach WF im November 2007



Bild 6: Verlaufskontrolle im Februar 2009

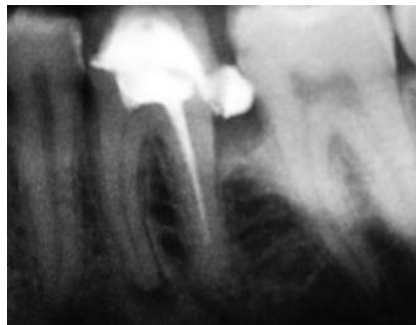


Bild 7: Unmittelbar vor Revision im Februar 2008



Bild 8: Unmittelbar nach WF im Mai 2008



Bild 9: Verlaufskontrolle im März 2009

▶ Fall 7 (Abb. 19, 20, 21 und 22)

Die Spezialisten für Endodontie begründen ihre schlechte Statistik mit dem Argument, dass ihre Ergebnisse durch ihre hohe Zahl von Revisionen belastet sind. Wir hingegen freuen uns ganz im Gegenteil über Revisionsfälle mit apikaler Ostitis, weil sie unsere Statistik verbessern. Mit Worten wie „nie“ oder „immer“ muss man in der Medizin naturgemäß vorsichtig umgehen. Shit happens. Aber wenn es uns gelingt, bei der Revision über den Wurzelkanal Zugang zum Knocheninfekt zu schaffen, gelingt es uns auch, diese apikale Ostitis in einem Prozentsatz auszuheilen, der sehr nahe bei 100 % liegt. Bei primären Behandlungsfällen, bei denen die Wurzelkanäle noch nicht abgefüllt sind, ist das naturgemäß noch wesentlich einfacher.

Dass wir solche Fälle voraussagbar erfolgreich lösen, ist weder ein Wunder, noch in unseren besonderen Fähigkeiten zu suchen. Alles andere als diese Ergebnisse wäre vielmehr erstaunlich, weil es ubiquitär gültigen medizinischen Lehrsätzen widersprechen würde: Denn nach der indikationsgerechten Behandlung einer bakteriellen Infektionskrankheit sollten die ursächlich verantwortlichen Bakterien sehr weitgehend eliminiert sein. Und wenn praktisch keine Bakterien mehr übrig sind, gibt es logischerweise auch keine bakterielle Infektionskrankheit mehr. Dann heilt auch der Knochen aus. Und dann exazerbiert auch nichts mehr. Wie und wodurch denn auch?

Abschließend noch eine kleine Anmerkung zum Disput zwischen den Kollegen Deppe und Gorski. Beide sind deshalb so weit aus-

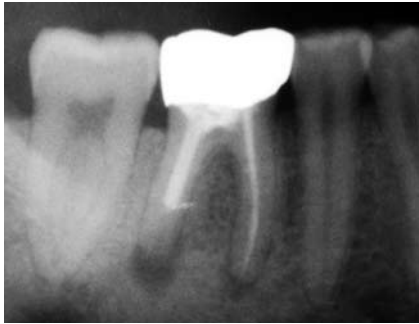


Bild 10: Unmittelbar vor Revision im Oktober 2006

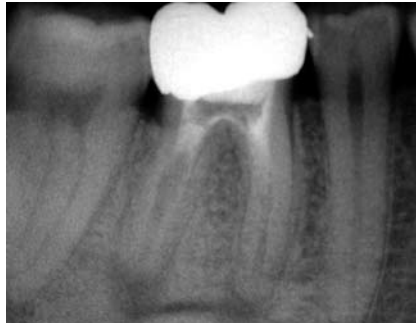


Bild 11: Mit Langzeit-Med unmittelbar vor WF im Juli 2007

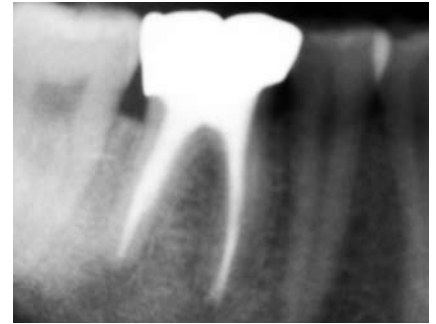


Bild 12: Verlaufskontrolle im März 2009



Bild 13: Ausgangsbefund im September 2007



Bild 14: Unmittelbar nach WF im Dezember 2007



Bild 15: Verlaufskontrolle im September 2008

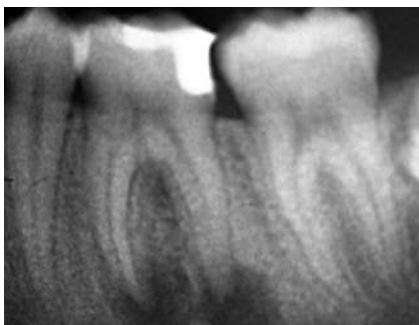


Bild 16: Ausgangsbefund im November 2005



Bild 17: Unmittelbar nach WF im Januar 2006



Bild 18: Verlaufskontrolle im Mai 2009

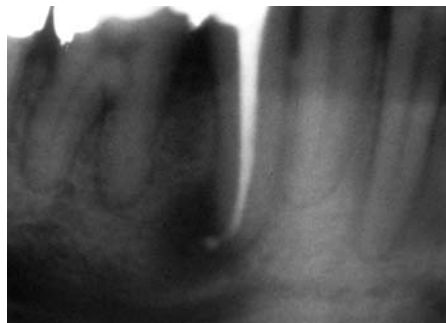
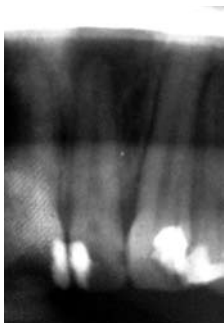


Bild 19 und 20: Ausgangsbefund vor WK bzw. vor Revision im Mai 2007



Bild 21 und 22: Verlaufskontrolle im Mai 2009

einander, weil ihren Einlassungen jeweils sehr unterschiedliche Fragestellungen zugrunde liegen. Kollege Gorski hebt – wie die erdrückende Mehrzahl der wissenschaftlich tätigen Kollegen – auf die gera-

de in Deutschland ohne jeden Zweifel sehr erfolgreiche Therapie beim Ersatz verlorener Zähne ab. Kollege Deppe bittet jedoch um Antwort auf eine völlig andere Frage, nämlich die, warum Zahnverlust als

Massenphänomen überhaupt eintritt. Deshalb fordert er die Wissenschaft auf, seine Ursachen zu beforschen, denen heute im Gegensatz zu früher nur noch ein Bruchteil der in der deutschen Zahnheilkunde zu

Kurstermine der Akademie für Praxisnahe Zahnheilkunde (APZ):

Tübingen, am 24. Oktober 2009

Doppelveranstaltung

Dr. Dr. Osswald: „Indikationsgerechte Endodontie“

Dr. med. Hüntgen: „Update Medizin für Zahnmediziner“

Weimar, am 14. November 2009

Dr. Dr. Osswald: „Indikationsgerechte Endodontie“

Informationen: www.apzonline.net



Dr. Dr. Rüdiger Osswald

Verfügung stehenden wissenschaftlichen Aufmerksamkeit gewidmet wird. Deppes These ist, dass man bei genauerem Hinschauen erkennen wird, dass die gescheiterte/unterlassene Wurzelkanalbehandlung und die gescheiterte/unterlassene Parodontalbehandlung in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle ursächlich verantwortlich zeichnen. Die Tabelle 1 belegt in meinen Augen deutlich, dass er den endodontischen Zahnerhalt betreffend mit dieser Einschät-

zung nicht sehr weit daneben liegen kann. Und wenn Kollege Gorski in seiner Antwort spöttelnd unterstellt, Herr Deppe glaube anscheinend, das nicht länger übersehbare endodontische Problem allein mit der Anwendung von ChKM lösen zu können, macht er schmerzhaft deutlich, wie wenig sich die Standespolitik in den letzten 70 Jahren mit grundlegenden zahnmedizinischen Fragestellungen beschäftigt hat, und wie überfällig diese Auseinandersetzung ist.

Weitere Informationen

Dr. Dr. Rüdiger Osswald

Fritz-Hommel-Weg 4

D-80805 München

Telefon: +49 (0)89 3618030

Telefax: +49 (0)89 36100294

E-Mail: ruediger.osswald@t-online.de

Internet: www.tarzahn.de

Anzeige

Le-Is