

Fakten-Feuerwerk in Frankfurt

Die zweite Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endodontie e. V. (DGEndo) wurde am 25. September 2003 vom Präsidenten Dr. Diemer in Frankfurt am Main eröffnet.

Die Hauptthematik der Jahrestagung war der Durchführung endodontischer Revisionen gewidmet.

PRIV.-DOZ. DR. MED. DENT. HABIL. DIETER PAHNCKE/ROSTOCK

Den Eröffnungsvortrag hielt Prof. Dr. M. Hülsmann über „Erfolg und Misserfolg in der endodontischen Revision“. Er schätzt den Revisionsbedarf endodontischer Behandlungen in Deutschland auf 60 % (Hülsmann) bis 66 % (Pontius). Es wird zwischen technischen und biologischen Gründen unterschieden, die Anlass für eine Revision der vorhandenen Wurzelkanalfüllung bieten. Be-

tere Wurzellängsfrakturen nicht ausgeschlossen. Hinsichtlich der Einhaltung der endodontischen Arbeitslänge verwies Hülsmann auf mehrere Studien insbesondere skandinavischer Autoren, die die besten Ergebnisse bei korrekter Einhaltung der Arbeitslänge, schlechtere bei Nichterreichen der apikalen Konstriktion und die schlechtesten Ergebnisse bei Überinstrumentierungen



Abb. 1: Der neue Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Endodontie. – Abb. 2: Blick in das, bis auf den letzten Platz gefüllte, Auditorium. – Abb. 3: In der Mittagspause konnten die Teilnehmer unter freiem Himmel Kräfte sammeln.

züglich der technischen Aspekte verwies Hülsmann darauf, dass eine vollständige Entfernung der alten Wurzelkanalfüllung nicht möglich erscheint.

Der Zugang zum Foramen apicis dentis ist mittels der Crown-down-Technik vorzunehmen, da hierbei nur wenig Debris in den periapikalen Bereich extrudiert wird. Die Entfernung vorhandener Stifte kann mit Spezialzangen und/oder Ultraschallinstrumenten durchgeführt werden. Bei genügender Geduld und einem Zeitaufwand von fünf bis 30 Minuten kann – bei vorhandener Behandlererfahrung – eine Erfolgsquote von über 90 % erzielt werden. Nach Literaturangaben scheint der Behandlungserfolg mit der Größe der periapikalen Aufhellung zu korrelieren (GROSSMANN 1968). Die Risiken der Revisionsbehandlung liegen vor allem darin, dass Perforationen der Kanalwand und Überpräparationen entstehen können. In dem Bemühen, die vorhandene Wurzelfüllung oder das eventuell vorhandene frakturierte Instrument zu entfernen, können erneute Instrumentenfrakturen auftreten oder der Kanal zu intensiv ausgeschachtet werden. Als Resultat sind dadurch spä-

und Überfüllungen gefunden hatten. Sie werden als intraoperative Zwischenfälle bei Revisionen am häufigsten beschrieben. Weiteren Einfluss auf den Erfolg endodontischer Revisionen scheint die technische Qualität der WKF und die Größe der präoperativ vorhandenen periapikalen Läsion zu haben.

Abschließend nahm der Referent einen Vergleich zwischen orthograde und chirurgischer Revision vor und kam auf Grund von Literaturauswertungen zu der Feststellung, dass bei kurzer Beobachtungszeit die chirurgischen Maßnahmen eine höhere Erfolgsrate aufwiesen, längerfristige Beobachtungen jedoch zu gleichwertigen Ergebnissen führten. Andere Studien bestätigen die für chirurgische und orthograde Revisionen gleichwertigen Ergebnisse, wobei eine kombinierte Behandlung die höchste Erfolgsquote aufweist (FRIEDMANN 1998).

Für die Indikation zur Revision diskutierte Hülsmann die oft vorhandene Diskrepanz zwischen der vom Behandler eingeschätzten Notwendigkeit zur Revision und der Zufriedenheit des Patienten mit der relativen Gesundheit des betroffenen Zahnes.

In einem gemeinsamen Auftritt präsentierten die Kollegen Drs. J. Diemer, Th. Clauder, H. Walsch und W. Richter ihre gemeinsamen Ansichten zur „Entscheidungsfindung in der endodontischen Revision“. Die vier Vortragenden berichteten über Fälle aus ihren Praxen, in denen sie endodontische Revisionen vorgenommen hatten. Eine klare Gliederung des Behandlungsablaufs erleichtert die Entscheidungsfindung, welche Maßnahmen für den betreffenden Patienten unter besonderer Berücksichtigung seiner speziellen Situation durchgeführt werden müssen.

Als Voraussetzung zur Behandlung muss Folgendes uneingeschränkt gegeben sein:

1. Positive Einstellung des Patienten zum Zahnerhalt
2. Bereitschaft, Zeit und Geld für die Behandlung zu investieren
3. Kompetenz des Behandlers mit notwendiger Erfahrung und technischen Möglichkeiten, die Behandlung vorzunehmen

dontalspalt, seit Jahren stationäre röntgenologische Situation). Sollte die Entscheidung zur Durchführung einer Revision fallen, so ist zunächst die orthograde Revision zur Entfernung von im Wurzelkanal vorhandenen Keimen angezeigt, bevor im Anschluss eine mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion erfolgen kann.

Aus Zürich angereist war Prof. R. Nair. „Wer die Prinzipien der Entstehung von Krankheiten erkennt, ist in der Lage, sie zu heilen.“ Von diesem Standpunkt aus versuchte Nair mit seinem Vortrag „Understanding failures is the key for decision making and success in endodontics“ die Ursachen für Fehlschläge bei der endodontischen Behandlung zu finden und hinterfragte ihre Ursachen.

Mit einem Feuerwerk an Fakten und eigenen Erfahrungen berichtete Frau Priv.-Doz. C. Barthel über „Die richtige Desinfektion, Spüllösung und medikamentöse Einlage“. In einer einleitenden mikrobiologischen Betrachtung der Situation im infizierten Wurzelkanal stellte sie die überwiegend vorhandenen Keime und Problem-

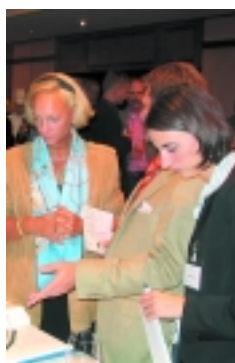


Abb. 4: Reges Interesse an der Dentalausstellung. – Abb. 5: Dr. Cliff Ruddle im Gespräch mit Dr. Wolf Richter, Dr. Helmut Walsch und Prof. Dr. Michael Baumann. – Abb. 6: Rede und Antwort stand Prof. Dr. Michael Baumann den Kongressteilnehmern.

4. Durch die Diagnostik (mit Spezialinstrumenten, Färbung; verschiedene Röntgen-Projektionstechniken) werden Extraktionsgründe (Längsfrakturen, Paro-Endo-Läsionen, Paro-Läsionen, tiefgreifende Karies) definiert.

Bei der Entscheidung zum Zahnerhalt sollten auch Kriterien zum Wiederaufbau des Zahnes und dessen Langzeitprognose beachtet werden. Besonderes Augenmerk ist auf die Stressbelastung durch Okklusion und Para-funktionen zu legen.

Endodontisch zu behandelnde Zähne sollten einen Ferrule-Effekt (auch durch chirurgische Kronenverlängerung) ermöglichen. Bei nicht restaurativ zu versorgenden Zähnen kann durch rechtzeitige Extraktion das Knochenlager weitgehend erhalten und eine Implantatversorgung mit guter Aussicht auf Erfolg angeschlossen werden.

Bei der Vorstellung der Behandlungsfälle verwiesen die Autoren darauf, dass in einigen Überweisungsfällen gar keine Therapie notwendig war (durchgezeichneter Paro-

keime bei Revisionsbehandlungen (E. faecalis, Candida sp.) anhand einer umfangreichen Literaturübersicht vor. Im Anschluss berichtete Dr. C. Bargholz über „Die Anwendung von MTA in der endodontischen Revision“. Er gab in seinem Vortrag einen Überblick über den Einsatz von MTA unter den Bedingungen einer ausschließlich endodontisch ausgerichteten Praxis. Nach einer Beschreibung des Materials hinsichtlich seiner Verarbeitungsfähigkeit (Vergleich mit Portlandzement), der Notwendigkeit des Einsatzes von Spezialinstrumenten (Applikations-Pistole), stellte er den Hauptanwendungsbereich in seiner Praxis – die Therapie von Perforationen durch Stiftbohrungen – anhand klinischer Beispiele vor. Der letzte Vortrag des Tages wurde von Dr. O. Pontius zum Thema „Stiftaufbauten, wann und wie?“ gehalten. Er wies darauf hin, dass die Erfolgsrate endodontisch behandelter Zähne weitgehend durch die anschließende Restauration mit beeinflusst wird. Durch den Einsatz der Adäsivtechnik ist es heute in vielen Fällen möglich, die Zähne ohne den Einsatz von Stiften wiederherzustellen und gleichzeitig ein Maximum an Zahnhartsubstanz zu

erhalten. Nach eigenen Ergebnissen (Master's Thesis) ist die Versorgung ohne Stiftaufbau und ohne Krone bezüglich der Frakturgefahr allen anderen Versorgungsformen überlegen. Die Indikation zum Stiftaufbau wird vom Autor nur für Sonderfälle (weiter Wurzelkanal mit Parodontitis apicalis) und dann gesehen, wenn er zur Retention der Krone notwendig wird. Keinesfalls trägt ein Stift zur Stabilisierung des Zahnes bei. Muss ein Stift eingesetzt werden, so ist seine Form entsprechend der klinischen Situation auszuwählen. Entscheidendes Kriterium sollte auch hierbei die Schonung der Zahnhartsubstanz sein. Bei den Materialien der Stifte wählt Pontius zwischen Komposit, Quarzfaser- und Zirkoniumstiften nach empirischen Entscheidungskriterien. Es ist dem Autor wichtig, weite Lumina auszufüllen und nur bei sehr geringen umgebenden Hartsubstanzschichten die Wurzel zu stabilisieren. Nach Durchsicht der Literatur verteilen zylindrisch geformte Stifte die angreifenden (Scher-)Kräfte am besten; ein erzielter Ferrule-Effekt scheint jedoch höheren Einfluss auf die Stabilität zu haben und ist daher in jedem Fall anzustreben. Aus der Sicht einer Überweiserpraxis wird darauf verwiesen, dass der Aufbau der klinischen Krone und/oder eine Stiftinsertion direkt nach der endodontischen Versorgung vom Spezialisten vorgenommen werden sollte, um den Primärbehandler

nicht zu zwingen, den Wurzelkanal erneut eröffnen zu müssen.

Abschließend verwies auch Pontius auf das Implantat als mögliche Alternative zur endodontischen Versorgung und unterstrich die Notwendigkeit der rechtzeitigen Extraktion zum Erhalt des Knochenlagers.

Zum Tagesausklang versammelten sich im Anschluss an den letzten Vortrag alle Teilnehmer nochmals im Foyer des Kongresszentrums, um bei der Get-together-Party mit Freunden, Kollegen und – wie schon in den Tagungspausen – mit den Ausstellern des Dentalhandels über Neues und Interessantes zu sprechen, Erfahrungen auszutauschen und es sich bei einem Glas Wein oder Bier und einigen Snacks gut gehen zu lassen.

Korrespondenzadresse:

*Priv.-Doz. Dr. med. dent. habil. Dieter Pahncke
Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Tel.: 03 81/4 94 65 30
Fax: 03 81/4 94 65 09*

Autorenrichtlinien Endodontie Journal

Das Endodontie Journal als offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V. – DGEndo (Internet: www.dg-endo.de) ist ein Forum für nationale und internationale Themen.

Dabei wird ein weites Spektrum von wissenschaftlichen Artikeln bis hin zu Rechtsfragen und Case Reports berücksichtigt.

Interessierte Autoren senden ihre Manuskripte bitte gemäß der nachstehend beschriebenen Richtlinien an den Chefredakteur

Dr. Karl Behr
Bahnhofstraße 10, 82223 Eichenau

oder an den Direktor des wissenschaftlichen Beirates

Univ.-Prof. Dr. Michael A. Baumann
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Kerpener Straße 32, 50931 Köln.

Richtlinien

Das Manuskript sollte in zweifacher Ausfertigung plus elektronischer Datei (bevorzugt in WORD – bitte Version angeben – für Windows oder Macintosh) eingereicht werden. Dabei ist ein eineinhalbzeiliger Abstand und Blocksatz zu wählen. Der Text besteht üblicherweise aus Titelseite mit

Curriculum vitae und Porträt, Zusammenfassung, Haupttext, Literaturverzeichnis, Legenden der Abbildungen und/oder Tabellen. Dabei sollte ein Umfang von fünf bis acht Manuskriptseiten nicht überschritten werden.

Titelseite

- Titel der Publikation
- Autor(en): Vorname(n), Name(n), akademische(r) Grad(e), Anschrift(en)
- drei bis fünf Schlüsselwörter
- Korrespondenzadresse des Hauptautors: Name, akademischer Grad, Position, Anschrift, Telefon/Fax/ E-Mail-Adresse
- Sichtvermerk des Abteilungsleiters im Anschreiben und auf der Titelseite

Curriculum vitae

Kurzlebenslauf mit drei bis fünf Zeilen der wichtigsten Daten, aktuelles Porträt.

Zusammenfassung

Auf einer neuen Seite muss ein Abstract mit 600 bis 800 Zeichen den Inhalt des Artikels schlüssig zusammenfassen. Eine englische Übersetzung muss beigelegt sein.

Haupttext

Der zentrale Textteil orientiert sich bei wissenschaftlichen Artikeln an der bekannten Gliederung. Bei abweichenden

Manuskripttypen ist eine adäquate und übersichtliche Form notwendig. Der Zeilenabstand ist eineinhalbzeilig und die Schriftgröße üblicherweise 12 pt Arial oder Times Roman. Im Text gibt es verschiedene Zitiermodi. Einzelne oder zwei Autoren werden mit Namen zitiert: Kim (1997) oder Kim & Rubinstein (2000). Bei drei oder mehr Autoren formuliert man Kim et al. (2000).

Angabe der Quelle im fließenden Text nur bei großer Bedeutung des Zitierten. Angabe der Quelle in Klammern ist zu bevorzugen (Kim et al. 2000, Stabholz 2002). Angabe der Ziffer aus dem Literaturverzeichnis ist bei mehreren Nennungen möglich und sinnvoll (8, 9, 12 und 20).

Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis ist alphabetisch zu ordnen und fortlaufend zu nummerieren. Autoren, der Titel und die bibliographischen Daten sind vollständig anzugeben. Es sollten im Regelfall höchstens 20 Literaturstellen angegeben werden.

Bei Zeitschriften gelten die international üblichen Abkürzungen. Beispiele:

Barbakow F, Lutz F, Toth L: Materialien und Techniken bei Wurzelkanalbehandlungen in der Schweiz – eine Standortbestimmung. Schweiz Monatsschr Zahnmed 105: 1265 (1995).

Barkhordar RA, Bui T, Watanabe L: An evaluation of the sealing ability of calcium hydroxide sealers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 68: 88 (1989).

Bücher werden folgendermaßen zitiert:

Beer R, Baumann MA: Endodontologie. Band 7, Thieme Stuttgart 1997.
Cohen S, Burns RC: Pathways of the pulp. 7th edition, Mosby London 1998.

Gutmann JL, Witherspoon DE: Obturation of the cleaned and shaped root canal system. In: Cohen S, Burns RC (eds.): Pathways of the pulp. Mosby London 1998. S. 258–361 (1998).

Bildlegenden/Tabellentexte

Durchnummeriert mit kurzen (maximal zwei Textzeilen) prägnanten Beschreibungen. Abbildungsnummern sind in arabischen Ziffern (Abb. 1, Abb. 2, ...), Tabellennummern mit lateinischen Ziffern (Tab. I, Tab. II, ...) aufzuführen.

Abbildungen oder Tabellen/Grafiken

Eine hochwertige Wiedergabe von Abbildungen oder Tabellen/Grafiken setzt qualitativ hochwertige Vorlagen voraus (Dias, Fotoabzüge). Elektronische Dateien müssen eine Auflösung von 350 dpi aufweisen und sollten elektronisch bevorzugt als TIF- oder JPEG-Datei geliefert werden.

Der Redaktionsschluss ist jeweils ein Monat vor Erscheinen des Journals, d.h., bei vier Ausgaben im Jahre 2004 am 26. Januar, 23. April, 1. August und 1. November.

Das Manuskript kann auch elektronisch eingereicht werden unter:

dr.behr@t-online.de oder
Michael.Baumann@medizin.uni-koeln.de

Aufruf zur Einreichung von Fachbeiträgen

Wir möchten, dass im Endodontie Journal verstärkt Fachbeiträge mit interessanten Falldiskussionen aus der täglichen Praxis veröffentlicht werden. Das Journal soll noch mehr als bisher zum aktuellen Diskussionsforum für Einsteiger wie auch Spezialisten der Endodontie werden. Bitte reichen Sie Ihre Beiträge (max. vier Manuskriptseiten, bis zu 15 Abbildungen) zu den ein-

zelnen Schwerpunktthemen ein. Sie erleichtern die Arbeit der Redaktion, wenn Sie Ihre Artikel möglichst zwei Wochen vor Redaktionsschluss vorlegen. Beachten Sie bitte auch unbedingt die rechts abgedruckten Autorenrichtlinien. Bei Fragen steht Ihnen die Redaktion, Frau Katja Kupfer, unter Telefon 03 41/4 84 74-3 25, gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge.

Autorenrichtlinien:

- Textstruktur:** Headline, max. 5 Zeilen Vorspann, Einleitung, Haupttext, Zusammenfassung, Literaturverzeichnis, Korrespondenzadresse
- Textumfang:** max. 4 Manuskriptseiten, 1,5-zeilig beschrieben
- Textformate:** Word-Dokument per E-Mail: **kupfer@oemus-media.de**, CD oder auf Diskette an: **Oemus Media AG Katja Kupfer Holbeinstr. 29 04229 Leipzig**
- Bildumfang:** max. 15 Abbildungen
- Bildformate:** Dia, Fotoabzug oder Datensatz (6,5 cm Breite, 350 dpi Auflösung, TIFF, JPEG, kupfer@oemus-media.de, ISDN Leon.-Karte 03 41/4 84 74-1 40)
- Abbildungslegenden:** max. 2 Zeilen je Abbildung

Ausgabe	Erscheinungs-termin	Redaktions-schluss	Spezialthemen
1/2004	März	26. Januar	Postendodontische Versorgung Marktübersicht: Anbieter und Produkte
2/2004	Juni	23. April	Wurzelkanalfüllungen Marktübersicht: Füllungsmaterialien
3/2004	September	1. August	Anästhesie und Schmerzen Marktübersicht: Anästhetika
4/2004	Dezember	1. November	Wurzelkanalbehandlung bei Kindern Marktübersicht: Motoren und Winkelstücke

Name: _____ Tel.: _____ Titel meines Artikels: _____
 Straße _____ Fax: _____
 PLZ/Ort _____ E-Mail: _____