

WURZELKANALBEHANDLUNG

Guttapercha im Wurzelkanal – wie entfernt man sie am besten?

| Wie entfernt man Guttapercha am geschicktesten aus dem Wurzelkanal? Eine aktuelle Studie untersuchte verschiedene Herangehensweisen (je zweimal manuell versus rotierend) und maß den Erfolg anhand der benötigten Zeit und den Guttapercha-Resten, die im Wurzelkanal verblieben. |

Folgende Techniken kamen zum Einsatz:

- H-Feile und Xylol,
- H-Feile und System B® (Sybron Endo),
- ProTaper Universal Retreatment® (Dentsply Maillefer) und
- D-RaCe Retreatment® (FKG Dentaire).

Die Arbeit mit rotierenden Instrumenten ging den Zahnmedizinern in dieser Studie im Vergleich zur manuellen Technik schneller von der Hand. Tatsächlich verblieben auch weniger Guttapercha-Reste im Kanal als bei der manuellen (Wieder-)Aufbereitung. Bei den rotierenden Instrumenten lag D-RaCe Retreatment® mit einem geringeren Zeitaufwand der Behandlung vor dem ProTaper Universal Retreatment®-System. Unterschiede hinsichtlich der verbliebenen Guttapercha-Reste gab es jedoch nicht. Die manuelle (Wieder-)Aufbereitung des Wurzelkanals mit H-Feile und Xylol gelang schneller als mit H-Feile und System B® und hinterließ weniger Guttapercha.

Die Wissenschaftler wiesen darüber hinaus darauf hin, dass die Guttapercha-Reste im Röntgenbild nicht zu erkennen waren. Daher seien zur Kontrolle der vollständigen Entfernung weitere Überprüfungen empfehlenswert.

QUELLE

- Colaco AS et al. Comparative Evaluation of the Efficiency of Manual and Rotary Guttapercha Removal Techniques. J Endod 2015; online am 9. September 2015.

**Rotierende
Instrumente:
Schneller und
effektiver**



IHR PLUS IM NETZ
Literatur online!

ADHÄSIV-APPLIKATION

Haftverbund zwischen Komposit und Dentin: Was bringt die Schallanwendung?

| Bisherige Studien zeigen, dass die Schallanwendung bei der Adhäsiv-Applikation zur Verbesserung des Haftverbundes zwischen Komposit und Dentin führen kann. Doch kommen diese Effekte auch beim adhäsiven Verbund von Glasfaserstiften im Wurzelkanal zum Tragen? |

In Materialtests an der Universität Dresden wurden ausgewählte Adhäsive konventionell oder mit Schall appliziert und die Stärke des adhäsiven Verbunds gemessen. Die Schallapplikation von Adhäsiven im Wurzelkanal zeigte

**Kein Vorteil im
Haftverbund mit
Glasfaserstiften**

Schallanwendung
brachte keinen
signifikanten
Unterschied

hierbei keinen Vorteil im Haftverbund von Glasfaserstiften am Wurzelkanaldentin gegenüber der konventionellen Befestigung.

Unter Verwendung der Adhäsive Optibond XTR®, Futurabond M®, Futurabond U®, Futurabond DC® und Universal Bond® erfolgte die Stiftinsertion im Vergleich mit und ohne schallaktivierter Adhäsivapplikation. Dazu wurde der Wurzelkanal unter intermittierender Spülung mit 3 % NaOCl maschinell aufbereitet und das Stiftbett auf 2,0 mm erweitert. Nach Phosphorsäureätzung des Kanals wurde der silanisierte Glasfaserstift mittels Adhäsiv und Rebilda DC inseriert.

FAZIT | Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Stärke des adhäsiven Verbunds zwischen den Gruppen mit und ohne schallaktivierter Adhäsivapplikation festgestellt werden. Alle Gruppen ergaben eine Abnahme des Haftverbunds von koronal nach apikal, der adhäsive Verbund von Optibond XTR® zeigte sich koronal signifikant stärker als der von Futurabond M®, unabhängig von der Schallanwendung.

QUELLE

- Schmidt D et al. Auswirkung von Schallapplikation auf den adhäsiven Verbund im Wurzelkanal. VOCO Dental Challenge, Cuxhaven 25. September 2015.

FREILEGUNGSMETHODEN

Einfacher ohne Nachteil: Minimal traumatische Methode zur Freilegung von Implantaten

| Eine spezielle minimal traumatische Freilegungsmethode zur Implantatfreilegung vereinfacht das chirurgische Prozedere, ohne dass in der Folge Nachteile für Ästhetik und Funktion der jeweiligen Implantatversorgung zu erwarten sind. Dr. Frank Broeseler, niedergelassen in einer Praxisgemeinschaft für Parodontologie in Aachen, schildert seine Erfahrungen. |

Keine Lappen-
bildung, keine Naht
erforderlich

Die Freilegung wurde mit einem dafür zusammengestellten Instrumentensatz (sechs chirurgische Handinstrumente der Fa. Stoma, Emmingen-Liptingen) vorgenommen. Wesentlich an der Methode ist, dass keine Lappenbildung um das osseointegrierte Implantat erfolgt und aufgrund des minimalinvasiven Vorgehens kein Wundverschluss durch Naht erforderlich ist. Am Ende der chirurgischen Intervention wurden die Implantate mit Healing-Abutments aus dem Sortiment des Implantat-Herstellers temporär versorgt.

57 Implantate wurden bei 32 Patienten im Verlauf des Jahres 2013 nach der beschriebenen Methode freigelegt. Die subgingivale Einheilzeit betrug zuvor mindestens zehn Wochen. Nach mindestens 20-tägiger Wundheilungszeit wurde eine Open-Tray-Abformung über die Implantate genommen. Die prothetische Versorgung wurde per individuell gestaltetem Abutment und indivi-