

# Abrasion, Erosion, Attrition: Was nun? Was tun? Ein Fallexperiment

**Autorin** Dr. medic. stom. (RO) Diana Svoboda, M.Sc., M.Sc.



Abb. 8

**Abb. 1a und b**\_ Anfangsbefund: abradierte Frontzähne im Ober- und Unterkiefer mit keilförmigen Defekten und Rezessionen an 14 und 15; besonders ausgeprägt die Abrasionen im Oberkiefer (Zustand nach Bleaching).

**Abb. 2a und b**\_ Frontal offener Biss mit abradierten Schneidekanten und Schmelzabplatzungen an 13.

**Abb. 3a und b**\_ Okklusale Ansicht beider Kiefer mit Restlücke zwischen 13 und 14 und Lückenschließung an 34.

**Abb. 8**\_ Follow-up nach sechs Monaten.

**Immer öfter werden wir** in der Praxis mit dem pathologischen Verlust der Zahnschubstanz konfrontiert. Dabei ist die Anzahl der jungen Patienten deutlich gestiegen. Es ist sehr wichtig, die Ursache früh genug zu erkennen und zu behandeln, um so spätere kostspielige und invasive Therapien zu vermeiden.

Der Verlust von gesunder Zahnschubstanz kann als Folge einer Erosion (Demineralisierung der Zähne ohne Beteiligung von Mikroorganismen), Attrition (durch physiologischen oder pathologischen okklusalen Kontakt der Zähne zueinander), Abrasion (durch mechanische Prozesse, Bruxismus), Demastikation (durch Nahrungszerkleinerung und Abrasivität der Nahrung) oder Abfraktion (keilförmige Defekte) auftreten. Selten kommt es vor, dass Zahnschubstanzverlust nur eine Ursache hat. Die Praxis zeigt, dass sehr oft mehrere

Faktoren für den Zahnverlust verantwortlich sind. Der Patient kommt in die Sprechstunde mit dem Wunsch, die verloren gegangene Zahnschubstanz aus ästhetischen oder funktionellen Gründen wieder aufzubauen. Nach Abklärung der Ursachen bleibt es zu überlegen, welche therapeutischen Maßnahmen getroffen werden müssen.

## Patientenfall

Ein 22-jähriger Patient stellte sich in unserer Klinik vor, unzufrieden mit dem Aussehen seiner Frontzähne, da die Schneidekanten abradiert waren (Abb. 1). Ebenfalls klagte er über nächtliches Knirschen.

Orientiert an den Okklusionsprinzipien sieht die konventionelle Therapie eine prothetische Behandlung vor. Aber im Anfangsstadium ist nicht immer eine Korrektur der Unterkieferposition, der Vertikaldimension oder der Okklusion notwendig. In diesen Fällen erscheint die konventionelle Therapie als invasiv und wird oft von den Patienten infrage gestellt.

Der Erfolg der teuren konventionellen Therapie hängt von der Prämisse ab, dass der Patient diszipliniert eine Okklusionsschiene trägt. Eine Variable die wir als Behandler nicht einkalkulieren können.

Die deutlich verbesserten adhäsiven Techniken haben in vielen Indikationen die konventionellen Therapien ersetzt. Sie erlauben und ermöglichen minimalinva-



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 3a



Abb. 3b