



**Abb. 3-16** Durch chronisches Erbrechen bedingte großflächige Schmelz-Dentin-Erosionen an den Palatinalflächen bei 31-jähriger Bulimia-nervosa-Patientin (seit 5 Jahren erkrankt)



**Abb. 3-17** Vestibuläre Erosionen durch hohen diätetischen Säurekonsum (Fruchtsaft)

Von anderen Zahnhartsubstanzdefekten, wie kariösen Läsionen, Abrasions- und Attritionsdefekten, lassen sich die Erosionen durch ihre charakteristische Form leicht abgrenzen (Abb. 3-18 a, b): So ist der bis ins Dentin reichende Erosionsdefekt typischerweise durch eine schmale Zone noch weitgehend intakten Schmelzes entlang dem Gingivalsaum gekennzeichnet und hat eine glatte, muldenförmige Oberfläche. Die für eine Attrition typischen scharfkantig begrenzten Schliffacetten, die sich mit den korrespondierenden Zahnflächen der Antagonisten zur Deckung bringen lassen, fehlen bei einer Erosion. Charakteristisch für den säurebedingten Zahnhartsubstanzdefekt ist weiterhin, dass Füllungen im Bereich der geschädigten Zahnhartsubstanz scharfkantig über die umgebende Zahnsubstanz hinausragen, weil sie im Gegensatz zu dieser durch die Säure nicht angegriffen werden.

Die Farbe des freiliegenden Dentins an den palatinalen Erosionsdefekten lässt außerdem Rückschlüsse darauf zu, ob es sich um eine aktiv-progrediente oder eine ruhend-latente Erosion handelt, das heißt, ob die Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch an einer bulimischen Essstörung mit Erbrechen leiden oder nicht. Die Dentinoberfläche der ruhend-latenten Erosionen ist durch Farbstoffeinlagerung ausnahmslos mehr oder weniger stark verfärbt, wogegen die Dentinoberfläche der aktiv-



**Abb. 3-18** Typische Morphologie säurebedingter Zahnhartsubstanzschäden (Erosionen) an den Palatinalflächen bulimischer Patienten.

**a, b** Zervikaler Schmelzwulst, schüsselförmige glatte Oberfläche ohne Schliffacetten. **b** Übererodierte Zahnhartsubstanz hinausragende Füllungen.



progredienten Erosionen keinerlei Verfärbungen aufweist (Scheutzel u. Meermann 1994).

Zwischen dem Schweregrad der durch chronisches Erbrechen bedingten Erosionen und der Krankheitsdauer besteht bei den Patienten mit bulimischer Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ein statistisch signifikanter Zusammenhang, sodass der Zahnarzt daraus Rückschlüsse auf die Dauer der Essstörung ziehen kann (Scheutzel u. Meermann 1991, 1994).

Daneben wird der Schweregrad der Erosionen auch durch das Mundhygieneverhalten nach dem Erbrechen merkbar beeinflusst. So weisen bei jeweils gleicher Krankheitsdauer diejenigen Bulimie-Patienten, die regelmäßig nach dem Erbrechen die Zähne putzen, signifikant stärkere Erosionen auf als diejenigen Patienten, die nur den Mund ausspülen oder gar keine Mundhygiene betreiben (Scheutzel u. Meermann 1991, 1994). Diese Beobachtung steht im Einklang mit den Ergebnissen von Jaeggi und Lussi (1999) sowie Attin et al. (2000), die festgestellt haben, dass der Substanzverlust durch Zahnbürstenabrasion beim erosiv veränderten Schmelz um bis zum 10-fachen gegenüber gesundem Schmelz erhöht ist, was durch Warten vor dem Bürsten signifikant reduziert werden kann. Daneben konnte in einigen In-vitro-Versuchen (Friedrich