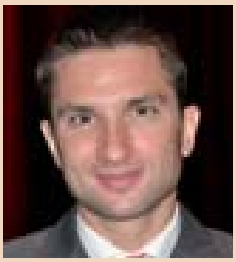
Dental Tribune Swiss Edition · Nr. 10/2011 · 7. Oktober 2011



*Dr. Norbert Cionca, SMD Genf*

*Prof. Giovanni Salvi, ZMK Bern*

*PD Dr. Roland Jung, ZZM Zürich*

*Dr. Anton Wetzel, St. Gallen*

*Dr. Gerald Mettraux, Bern*

*Fortsetzung von Seite 1*

schlecht sondiert werden kann und auch bei scheinbar gesundem periimplantärem Gewebe eine Periimplantitis vorliegen kann. Andererseits kann auch umgekehrt eine tiefe Sondierung unbedenklich sein. So legt Cionca den grössten Wert auf standardisierte Röntgenbilder als verlässliche Kontrolle der Gewebe. In der Zusammenschau seines Referates hebt er deshalb hervor, dass eine gute Planung, Auswahl des Implantatdesigns und nicht zuletzt die Chirurgie unter Beachtung der Tarnow-Regeln korrekt sein müssen, wenn nicht weitere Probleme geschaffen werden sollen.

## Meinungen und Tatsachen biologischer Komplikationen

Prof. Giovanni Salvi, ZMK Bern, befasste sich anschliessend mit den Meinungen und Tatsachen der biologischen Komplikationen. Wissenschaftlich definierte er vorweg, dass Meinungen subjektive Ansichten und Tatsachen nachweisliche Situationen sind. Für die Periimplantitis sind die Definitionen verschiedener Studien leider nicht deutlich. So kritisiert er, dass folgende Faktoren nicht als Periimplantitis angesehen werden dürfen: falsches chirurgisches Vorgehen bei der Insertion von Implantaten, bindegewebige Einheilung, nicht beachtete Risikofaktoren (etwa Raucher und Augmentationen mit gleichzeitiger Implantation), Zementüberschüsse und schlechte Mundhygiene. Für eine periimplantäre Mukositis ist nach Salvi der Biofilm anzusehen, der eine Mukositis bewirken kann. Laut einer Studie von Porras et al. (2007) ist diese aber durch nicht-chirurgische Therapie zu 100% reversibel. Als tatsächliche Risikofaktoren hält Salvi im Schlusswort fest: schlechte Mundhygiene, Tabakkonsum, Vorgeschichte Parodontitis und unregelmässige Betreuung.

## Verlässliche Methoden für den Praktiker

Auch PD Dr. Ronald Jung, ZZM Zürich, korrigierte gleich zu Beginn den vorgegebenen Titel seines Vortrags „Prävention beginnt bei der Chirurgie", zu „Prävention beginnt bei der Diagnostik und Risikoanalyse". Sein Referat begann schon bei der Therapieplanung, wobei er betonte, dass der erste chirurgische Schritt, die Zahnextraktion, erst vollzogen wird, wenn auch der Therapieplan gemacht ist. Diese Planung sollte Hart- und Weichgewebedefekte (keratinisierte Gingiva) einbeziehen, um nicht später mehrere Regenerationsschritte durchlaufen zu müssen. Wer Jungs Steckenpferd kennt, der weiss, dass er sich genau mit diesem Thema seit Längerem beschäftigt. Eine eigene Übersichtsstudie und seine Forschungstätigkeit belegen, dass mit der richtigen Alveolarkammprävention bis zu 50% des Gewebes erhalten werden kann. Für die spätere Implantation ein enormer Gewinn. So funktioniert es am besten: nach der (korrekten) Therapieplanung folgt die atraumatische Extraktion, Auffüllen der Alveole mit Knochenersatz und Abdecken der Alveole mit einem Transplantat oder Kollagenmatrix. Die bukkale Lamelle lässt sich zwar nicht gänzlich erhalten, aber der Abbau stark reduzieren.

## Risiko lässt sich kalkulieren – meistens

Dr. Anton Wetzel, Privatpraktiker aus St. Gallen, referierte anschliessend über Risikomanagement: Das Risiko (= gr.: Klippe, Gefahr) definiert sich als Ereignis mit der Möglichkeit negativer Auswirkung. Passend dazu lockerte er den theoretischen Teil mit Bildern von Segeltörns auf und machte somit die Vorstellung von Risiko auch lebhaft vorstellbar. Dennoch: das (Rest-)Risiko ist kalkulierbar, sobald Schadenshöhe und Eintrittswahrscheinlichkeit bekannt sind – bei Unwissenheit oder Ungewissheit hingegen nicht. Manchmal, entgegen der Erwartung, enthält jede Entscheidung ein Risikopotenzial, dem mit Risikomanagement begegnet werden sollte. Das heisst, das Risiko sollte identifiziert, bewertet und gesteuert bzw. kontrolliert werden.

Für die Praxis bedeutet dies:

- Das gesamte Team muss gut ausgebildet sein,
- Hygienemassnahmen einhalten,
- Materialien und Arbeitsweisen müssen geeignet sein,
- die nachhaltige Betreuung der Patienten muss ein gutes Langzeitresultat bewirken,
- jeder sollte eine Haftpflichtversicherung für den Fall der Fälle abschliessen.

Bei jeder Planung stellt sich Wetzel letztlich die Frage, ob er für sich selbst die gleiche Entscheidung träfe und bedenkt stets, dass kleine Rekonstruktionen zu kleinen Problemen und grosse Rekonstruktionen zu grossen Komplikationen führen können. Auch von ihm zitierte Studien plädieren für Zähne anstatt voreiliger Implantate, wie schon einige Redner vor ihm.

## Der Laser kann mehr, als man denkt

Einen absolut interessanten Einblick in die Laseranwendung in seiner Berner Privatpraxis bot Dr. Gerald Mettraux.

Seit vielen Jahren arbeitet er mit allen gängigen Lasersystemen: Für die Unterstützung der Wundheilung den auf Pigmente wirkenden Diodenlaser (Wellenlänge 670/810 nm), den Erbiumlaser (2'940 nm) für Hartgewebe und den $CO_2$-Laser (10,6 µm) für die Chirurgie.

In der Implantologie haben für Mettraux sämtliche Systeme ihre Indikation, besonders in der Behandlung der Periimplantitis. Die Datenlage ist zwar immer noch relativ dünn, da Studien als Vergleich zur mechanisch-chirurgischen Therapie schwer zu designen sind. Die Bilder und Erfolge von Mettraux sprechen allerdings sehr für sich.

## Früher ging es auch ohne DVT

Ausgehend davon, dass früher Implantate ebenfalls zuverlässig und erfolgreich gesetzt werden konnten, stellt sich die Frage, ob und wann ein DVT gemacht werden soll. Für Dr. Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Basel, ist die Einführung des 3-D-Röntgens ein Markstein in der Radiologie. Nebst dem Grundsatz, mit möglichst wenig Strahlung zum Ziel zu kommen (ALARA), muss für jeden Fall individuell entschieden werden, welches Röntgenbild optimal ist. Dr. Dagassan-Berndt präsentierte verschiedene Studien, die zeigten, wann welche Röntgentechnik am besten abschneidet:

- Knochenvolumen: Bone sounding ist gleich gut wie ein DVT

**Richtigstellung**

In Dental Tribune Nr. 9 wurde auf Seite 13 im Beitrag „Austausch einer Modellgussprothese durch einen implantatgetragenen Ersatz" die Abb. 8 vertauscht. Anstatt des Fotos mit der Krone bei der Einprobe sollte die exakte Positionierung der Krone gezeigt werden. Hier die korrekte Abbildung.

ANZEIGE

DENTAL 2012

BERN JUNI 14 | 15 | 16

3 Tage Mittelpunkt für Dentalprofis

- Die grösste Dentalmesse der Schweiz auf über 12 400 m²
- Gleichzeitiger SSO-Kongress im selben Gebäude
- Standort Bern: zentrale Lage für die gesamte Schweiz und das nahe Ausland
- Unkomplizierte Anreise aus der ganzen Schweiz und international
- In Zusammenarbeit mit den führenden und wichtigen Verbänden der Schweizer Dentalwelt
- Anmeldung und Informationen auf der Webseite www.dental2012.ch

asd Patronat: Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche

SSO Hauptpartner: Schweizerische Zahnärztegesellschaft SSO

Partner: Verband Zahntechnischer Laboratorien der Schweiz, VZLS

SVDA Partner: Schweizer Verband der Dentalassistentinnen

Swiss Dental Hygienists Partner: Berufsverband für Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker

Medien Partner: Dental Tribune, ZWP online

*Dr. Dorothea Dagassan-Berndt, UZM Basel*

– Knochenqualität: DVT lässt keine 100 % Beurteilung zu
– Topografie: Bei korrekter Herstellung reicht OPT sehr gut aus.

Dr. Dagassan-Berndt betonte, dass die Sicherheitsabstände nicht nur wegen anatomischer Feinheiten eingehalten werden müssen, sondern auch, weil zum Beispiel die Herstellung eines OPTs automatisch Verzerrungen von bis zu 1,25 mm aufweist. Mit einem Mess-Röntgenbild, möglichst nahe der zu operierenden Stelle, lässt sich die höchste Genauigkeit erreichen. Das Einzelzahn-Röntgenbild ist in puncto Verzerrungen sehr genau und dem OPT überlegen. Dr. Dagassan-Berndt findet, dass für die postoperative Kontrolle Einzelzahn-Röntgenbilder das Mittel der Wahl sind. Sind mehrere Stellen zu kontrollieren, dann ist aus Sicht der Strahlendosis das OPT geeigneter.

## Das DVT im Hype-Zyklus

PD Michael Bornstein, ZMK Bern, sieht die momentane Position des DVT auf dem ersten steil ansteigenden Abschnitt des Hype-Zyklus, das volle Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft (siehe Grafik: Hype Zyklus n. Gartner). Aufgrund der etwa 10-Mal geringeren Strahlenbelastung als ein CT, zieht PD Bornstein das DVT eindeutig vor. Weil aber ein DVT in etwa die gleiche Strahlenbelastung wie 100 Einzelzahn-Aufnahmen aufweist, soll es als eine unterstützende Methode verwendet werden:

– Bei Unklarheiten über Lage und Ausdehnung wichtiger anatomischer Strukturen,
– allfällig vorhandene pathologische Veränderungen,
– Vermeidung von Komplikationen und Schädigungen vitaler Strukturen

*PD Dr. Bornstein präsentierte zu seinem Vortrag den „Hype-Zyklus nach Gartner" (©Idotter, www.Wikipedia.org)*

– und genaue(re)n Implantatpositionierung.

Endlich gibt es Richtlinien, wie/wo/wann ein DVT gemacht werden soll, sozusagen ein erstes Kochbuch mit Guidelines: www.sedentexct.eu

## Drei Systeme zur schablonengeführten Implantologie

Drei Systeme, drei Vorträge und drei Referenten. Für

*Fortsetzung auf Seite 5 ▸*

ANZEIGE

ZERAMEX®T

natürlich • metallfrei • zweiteilig

Besuchen Sie uns an der Zirkontagung am 12. November an der Uni Bern.

ZERAMEX®T geht neue Wege in der ästhetischen Zahnmedizin. Aufbauend auf Bewährtem setzen wir neues Wissen stetig und konsequent um. ZERAMEX®T orientiert sich voll und ganz an der Natur: weiss, metallfrei und absolut inert.

ZERAMEX®T – das ideale Fundament um höchste Ästhetik und Funktionalität zu erreichen und Ihren Patienten ein strahlendes, natürliches Lächeln zu schenken. Wir beraten Sie gerne umfassend.

swiss made

Telefon Schweiz, 044 388 36 36
Telefon Deutschland, 07621 1612 749
www.dentalpoint-implants.com

DENTALPOINT
Swiss Implant Solutions

DENTAL TRIBUNE

**IMPRESSUM**

Erscheint im Verlag

**Eschmann Medien AG**
Wiesentalstrasse 20/PF
CH-9242 Oberuzwil
Tel.: 071 951 99 04
Fax: 071 951 99 06
www.dental-tribune.ch

**Verlagsleitung/Koordination**
Susanne Eschmann
s.eschmann@eschmann-medien.ch

**Abonnements**
Claire Joss
c.joss@eschmann-medien.ch

**Chefredaktion**
Johannes Eschmann
j.eschmann@eschmann-medien.ch

**Redaktionsassistenz**
Jeannette Enders

**Layout**
Matthias Abicht
m.abicht@dental-tribune.com

**Fachkorrektorat**
Ingrid und Hans Motschmann
motschmann@oemus-media.de

Dental Tribune Swiss Edition erscheint in Lizenz und mit Genehmigung der Dental Tribune International GmbH. Dental Tribune ist eine Marke der Dental Tribune International GmbH. Die Zeitung und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages und der Dental Tribune International GmbH unzulässig und strafbar.

**Copyright**
Dental Tribune International GmbH

**Jahresabonnement**
51,– CHF
inkl. MwSt. und Versandkosten

**Freie Mitarbeit**
Dr. med. dent. Frederic Hermann, Geprüfter Experte der Implantologie DGOI, Diplomate des ICOI
Dr. med. dent. SSO Bendicht Scheidegger-Ziörjen
med. dent. Roman Wieland

**Medizinischer Berater:**
Dr. med. H. U. Jelitto

Über unverlangt eingesandte Manuskripte und Leserbriefe, Fotos und Zeichnungen freuen wir uns, können dafür aber dennoch keine Haftung übernehmen. Einsender erklären sich damit einverstanden, dass die Redaktion Leserbriefe kürzen darf, wenn dadurch deren Sinn nicht entstellt wird.

Die Beiträge in der Rubrik „Industry News" basieren auf den Angaben der Hersteller. Für deren Inhalt kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Die Inhalte von Anzeigen oder gekennzeichneten Sonderteilen befinden sich ausserhalb der Verantwortung der Redaktion.