



Dr. Norbert Conca, SMD Genf

Fortsetzung von Seite 1
schlecht sondiert werden kann und auch bei scheinbar gesundem peri-implantärem Gewebe eine Perimplantitis vorliegen kann. Andererseits kann auch umgekehrt eine tiefe Sondierung unbedenklich sein. So legt Conca dem 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 Tarow-Regeln korrekt sein müssen, wenn nicht weitere Probleme geschaffen werden sollen.



Prof. Giovanni Salvi, ZMK Bern

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 Perimplantitis sind die Definitionen verschiedener Studien leider nicht deutlich. So kritisiert er, dass folgende Faktoren nicht als Perimplantitis angesehen werden dürfen: falsches chirurgisches Vorgehen bei der Insertion von Implantaten, bindungsgewebige Eichelung, nicht beachtete Risikofaktoren (etwa Raucher und



PD Dr. Roland Jung, ZSM Zürich

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. Abtätigliche Risikofaktoren hält Salvi im Schlusswort fest: schlechte Mundhygiene, Tabakkonsum, Vorgeschichte Parodontitis und unzureichende Betreuung.

Verlässliche Methoden für den Praktiker

Auch PD Dr. Ronald Jung, ZSM Zürich, korrigierte gleich zu Beginn



Dr. Anton Wetzler, St. Gallen

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 Zahneintragung, erst vollzogen wird, wenn auch der Therapieplan gemacht ist. Diese Planung sollte Hart- und Weichgewebele-fiche (keratinisierte Gingiva) einbeziehen, um nicht später mehrere Regenerations-schritte durchlaufen zu müssen. Wer Junge Steckepfend kennt, der weiss, dass er sich genau mit diesem Thema seit Längem beschäftigt. Eine eigene Übersichtstabelle und seine Forschungsstätigkeit belegen, dass mit der richtigen Alveolarkompromittierung 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.



Dr. Gerald Mettraux, Bern

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 Zahneintragung, erst vollzogen wird, wenn auch der Therapieplan gemacht ist. Diese Planung sollte Hart- und Weichgewebele-fiche (keratinisierte Gingiva) einbeziehen, um nicht später mehrere Regenerations-schritte durchlaufen zu müssen. Wer Junge Steckepfend kennt, der weiss, dass er sich genau mit diesem Thema seit Längem beschäftigt. Eine eigene Übersichtstabelle und seine Forschungsstätigkeit belegen, dass mit der richtigen Alveolarkompromittierung 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.

Der Laser kann mehr, als man denkt

Einen absolut interessanten Einblick in die Laseranwendung 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 670/810nm), den Erbiumlaser (2'940nm) für Hartgewebe und den CO₂-Laser (10,6µm) für die Chirurgie.

In der Implantologie haben für Mettraux sämtliche Systeme ihre Indikation, besonders in der Behandlung der Perimplantitis. Die Dosis-lage 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.

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



Medien Partner:



Risiko lässt sich kalkulieren – meistens

Dr. Anton Wetzler, 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 Segelbooten 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. Maschmal, entgegen der Erwartung, enthält jede Entscheidung ein Risikopotenzial, denn 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 nachgelagerte Betreuung der Patienten muss ein gutes Langzeitergebnis bewirken,
- jeder sollte eine Haftpflichtversicherung für den Fall der Fälle abschliessen.

Bei jeder Planung stellt sich Wetzler letztlich die Frage, ob er für sich selbst die gleiche Entscheidung trafe

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 Meilenstein in der Radiologie. Nebst dem Grundriss, 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:

- Knochenomax: 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 verwechselt. Anstatt des Fotos mit der Krone bei der Einprobeprobe ist die exakte Positionierung der Krone gezeigt worden. Hier die korrekte Abbildung.





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 Hyper-Zyklus

PD Michael Bornstein, ZMK Bern, nicht die momentane Position des DVT auf dem ersten steil ansteigenden Abschnitt des Hyper-Zyklus, das volle Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft (siehe Grafik: Hyper-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,
– überall vorhandene pathologische Veränderungen,
– Vermeidung von Komplikationen und Schädigungen vitaler Strukturen



PD Dr. Bornstein plädiert für seinen Vortrag des „Hyper-Zyklus nach Gartner“ (Gärtner, www.wikipedia.org)

– und genauer (re) in Implantatpositionierung.

Entlich gibt es Richtlinien, wie/war/wann ein DVT gemacht werden soll, ausserdem einertes Koschbuch mit Guidelines: www.sdentest.ch

Drei Systeme zur schallenggeführten Implantologie

Drei Systeme, drei Vorträge und drei Referenten. Für Fortsetzung auf Seite 5 L

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.

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
Buchman Medien AG
Wissensstrasse 20/FF
CH-5043 Oberrohrli
Tel.: 071 951 99 04
Fax: 071 951 99 06
www.dental-tribune.ch

Verlagleitung/Koordinatorin
Susanne Buchmann

redaktion@buchmann-medien.ch

Abonnements

Clara Im

c.im@buchmann-medien.ch

Chaufachaktion

Johannes Buchmann

lechner@buchmann-medien.ch

Redaktionsassistentin

Isabelle Imhof

LAYOUT

Martina Abicht

m.abicht@dent-tribune.com

Fachredaktion

Rajkhat und Hans Moninger

moninger@dent-tribune.com

Dental Tribune Swiss Edition erscheint in Li-

aus und mit Genehmigung der Dental Tri-

bune International GmbH. Dental Tribune ist

ein Marken- und Verlagsunternehmen der Dental

Tri-bune International GmbH. Die Zeitung und die enthaltenen Bei-

träge sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung

des Verlages und der Dental Tribune International GmbH

verboten und strafbar.

Copyright

Dental Tribune International GmbH

Verlagsanmeldung

St. - CH

inkl. MwSt. und Versandkosten

Print-Mitarbeiter

Dr. med. dent. Frederic Hermann,

Cooperateur Experte der Implantologie DGO,

Diplôme de l'ECI

Dr. med. dent. SGO

Berndeiche Schulwege-Zürich

med. dent. Roman Wölfel

Medizinischer Berater

Dr. med. H. U. Imhof

Über unentgeltlich abgesetzte Manuskripte

und Leserbriefe, Fotos und Zeichnungen

brauchen wir uns, können dafür aber dennoch

keine Haftung übernehmen. Einverstanden erkläre-

n Sie sich durch Unterschriften, dass die Redak-

tion Leserbriefe kürzen darf, wenn dadurch

der Inhalt nicht unklar wird.

Die Beiträge in der Rubrik „Industry News“

basieren auf den Angaben der Hersteller. Für

irrtümliche Informationen Gewähr oder Haftung

übernehmen werden. Die Inhalte von Anzei-

gen oder publizistischen Sonderdrucken be-

finden sich ausserhalb der Verantwortung der

Redaktion.

