

KIEFERORTHOPÄDIE NACHRICHTEN

Die Zeitung von Kieferorthopäden für Kieferorthopäden I www.kn-aktuell.de

Nr. 10 | Oktober 2011 | 9. Jahrgang | ISSN: 1612–2577 | PVSt: 62133 | Einzelpreis 8,-€

KN Aktuell

Friktionseigenschaften

Prof. Dr. Dipl.-Phys. Christoph Peter Bourauel und Co-Autoren stellen ihre Ergebnisse zu Reibungsuntersuchungen an selbstligierenden Brackets in der Lingualtechnik vor.

Wissenschaft & Praxis >> Seite 11

2-Bogen-Technik

Wie eine gute Kontrolle der Zahnbewegungen in der lingualen und/oder labialen Multibandtechnik realisiert werden kann, demonstriert Dr. Jakob

Wissenschaft & Praxis >> Seite 19

Haferkamps Expertentipp

Bei vielen KFO-Praxen geht sofort die rote Lampe an, wenn von Qualitätsmanagement die Rede ist. So hat sich aufgrund von Unkenntnis oft bereits ein Feindbild entwickelt. Praxismanagement-Experte Wolfgang Haferkamp bringt Licht ins Dunkel.

Praxismanagement → Seite 22

DGKFO-Jahrestagung

Mit rund 2.000 Teilnehmern fand Ende September die 84. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie in Dresden statt.

> **Events ▶ Seite 23**

Cervical Vertebral Maturation (CVM)

Wird diese radiologische Methode zum Goldstandard in der Kieferorthopädie, um das mandibuläre Wachstum zu bestimmen? Ein Beitrag von Dr. Tom Verhofstadt.

Bei der Cervical Vertebral Maturation-Methode (CVM) handelt es sich um ein radiologisches Instrument in der Kieferorthopädie, mit dessen Hilfe das individuelle skelettale Wachstum bestimmt und der richtige Zeitpunkt für den Beginn einer KFO Them einer KFO-Therapie festgelegt werden kann. Jeder (Fach-)Zahnarzt hat sicherlich schon festgestellt,

dass das Alter von Kindern oft nicht mit dem skelettalen Wachstum zusammenhängt.11,19 In der modernen Zahnmedizin ist dies jedoch von großer Bedeutung. So besteht eine weitverbreitete Fehlannahme darin, dass der Wachstumsschub mit der zweiten Wechselphase in Zusammenhang gebracht wird. Die Wachstumsphasen lassen sich mittels lateraler kephalometrischer Aufnahmen nachweisen, sodass der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Behandlung bestimmt werden kann.

Das skelettale Wachstum lässt sich mithilfe von Röntgenaufnahmen bestimmen. Hierfür existieren heute zwei gängige Methoden:

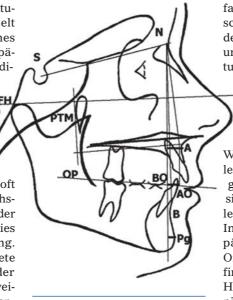


Abb. 1: Kephalometrische Abmessungspunkte.

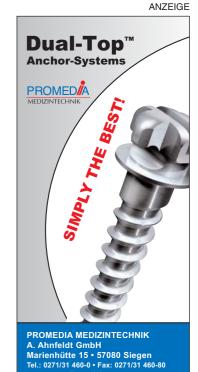
Die erste stellt das sogenannte SMA-System (Skeletal Maturity Assessment) dar. Sie wurde von Fishman entwickelt, basierend auf der Beobachtung sechs anatomischer Punkte lokalisiert am Daumen, Mittelfinger, Pink und Radius. Fishman verglich diese Prozesse mit dem puberalen mandibulären Wachstumsschub und

fand enge Zusammenhänge zwischen dem Ossifikationsprozess der Hand bzw. der Handgelenke und dem mandibulären Wachstumsstadium.11,12

Handröntgenaufnahmen haben sich in der Kieferorthopädie als zuverlässiges Instrument zum Abschätzen des Zeitpunktes des puberalen Wachstumsschubs erwiesen. Allerdings gibt es auch Vorbehalte gegenüber dieser Methode, da sie mit einer zusätzlichen Strahlenbelastung verbunden ist.8 In den britischen kieferortho-

pädischen Richtlinien (British Orthodontic Society Guidelines) findet sich die Feststellung, dass Handröntgenaufnahmen gar nicht indiziert sind, um den Beginn des puberalen Wachstumsschubs vorherzusagen.20 Diese Aussage zielt ohne Zweifel auf die heute vorhandenen Alternativen ab, wie sie vor allem durch die Beurteilung des skelettalen Alters anhand der Halswirbelkörper gegeben sind.10

Im Jahre 1972 stellte Lamparski fest, dass ein Zusammenhang zwischen der Halswirbelform und



dem skelettalen Alter besteht.23 Anhand dieser Erkenntnisse entwickelten Hassel und Farman (1995), Franchi (2000) und Baccetti (2002) eine zweite klinisch praktikable Methode, um den günstigsten Moment einer funktionellen kieferorthopädischen Behandlung zu bestimmen.3,13,18

>> Seite 4

"Das Ziel der Korrektur macht den Unterschied"

Im Rahmen des diesjährigen AAO-Kongresses referierte Prof. Dr. Tiziano Baccetti über die "Dentofaziale Orthopädie in fünf Dimensionen". Dabei widmete er sich dem richtigen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns sowie der sogenannten Responsiveness des Patienten als vierte und fünfte Dimension einer Behandlungsplanung. KN traf ihn in Chicago zum Interview.

Mit welcher Apparatur arbeiten Sie bei Klasse II- und Klasse III-Patienten am liebsten?

Hinsichtlich funktioneller Apparaturen zur Behandlung von Klasse II-Malokklusionen arbeite ich definitiv am liebsten mit der TwinBlock-Apparatur. Das ist diejenige Apparatur, die wir am besten untersucht haben und

mit der sich speziell in der Pubertät die besten skelettalen Ergebnisse erzielen lassen.

Die TwinBlock-Apparatur ist besonders in England extensiv eingesetzt worden. Wir haben diese Apparatur vor vielen Jahren kennengelernt, als wir mit Dr. Bill Clark und dann mit Dr. Forbes Leishman in Neuseeland und eng mit meinen Freunden Kevin O'Brien und Jonathan Sandler in England zusammengearbeitet haben. In all unseren Studien hat sich der TwinBlock als sehr effektiv und effizient erwiesen. So dauert es etwa ein Jahr, um von einer Klasse II-Situation zu einer Klasse I zu gelangen, wobei das Verfahren eine über 60% skelettale Wirkung bietet.

Das Schöne beim TwinBlock ist die Möglichkeit, die Apparatur bei

>> Seite 8



