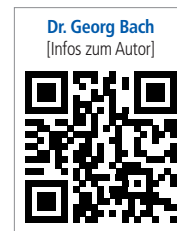


„Es liegt zweifellos das erfolgreichste Jahr in der gut 15-jährigen Geschichte des Freiburger Forums Implantologie (FFI) hinter uns!“ – Zufrieden konnte FFI-Gründer und -Vorsitzender Prof. Dr. Dr. Peter Stoll resümieren und fuhr fort: „Angefangen mit unserer tollen Jubiläumsveranstaltung im Zahnärztheaus Freiburg, bis hin zu den beiden Abschlussveranstaltungen – so viele Kolleginnen und Kollegen haben wir noch nie erreicht!“



„Zwei Fortbildungshighlights zum Abschluss eines erfolgreichen FFI-Studiengruppenjahres“

Dr. Verena Stoll, Dr. Georg Bach

Verbunden mit solchem Erfolg ist zweifellos auch eine gewisse Erwartungshaltung und so waren die Kolleginnen und Kollegen, die sich im Freiburger Forum Implantologie zusammengefunden haben, dann auch sehr gespannt, welche Referenten Peter Stoll für die beiden abschließenden Veranstaltungen gewinnen konnte.

Eins vorweg: Die das FFI-Fortbildungsjahr abschließenden Studiengruppensitzungen verliefen ebenso erfolgreich wie das restliche Jahr. Zwei hochkarätige Referenten zu sehr unterschiedlichen Themenbereichen der Implantologie zogen das Auditorium in der im idyllischen Attental gelegenen Stoll'schen Privatklinik KosMedics in ihren Bann.



Schwerpunktthema Röntgendiagnostik

Den Auftakt hierzu lieferte Priv.-Doz. Dr. Dirk Schulze, der zu „Dos and Don'ts in der Implantatdiagnostik mit der digitalen Volumentomografie (DVT)“ sprach. Prof. Dr. Dr. Peter Stoll wies in seinen einleitenden Worten auf den inzwischen immensen Stellenwert der Schnittbilddiagnostik mittels DVT hin, vergaß jedoch nicht zu betonen, dass klinische Erfahrung durch bildgebende Verfahren allein nicht kompensiert werden kann.

Diesen Ball konnte der Referent Priv.-Doz. Dr. Dirk Schulze aus Freiburg im Breisgau natürlich spielend aufnehmen. Ein nicht zu unterschätzender Faktor beim Einsatz der DVT sei trotz aller Vorteile die zu investierende Zeit, auch wenn typische Probleme der Projektionsradiografie wie das Maskieren oder auch Vortäuschen von Befunden in DVT-Untersuchungen nicht zu erwarten sind.

Was sagt die Literatur?

Die Notwendigkeit der Erfassung eines Schnittbilddatensatzes vor der Implantatinsertion lässt sich derzeit durch Studien noch nicht belegen, es wird jedoch zu-

nehmend vor allem juristisch der Eindruck erweckt, dass ohne die Akquisition einer DVT oder CT das Einbringen von Implantaten nicht lege artis sei. Dabei, so Schulze weiter, existierte eine Reihe von Problemen, die sich auch mittels DVT nicht schlüssig lösen lassen. So könne bei einer deutlichen Osteopenie die Visualisierung des Mandibularkanals erschwert oder gar unmöglich sein. Von lückenbegrenzenden Implantaten oder anderen sehr dichten Objekten gingen massive Artefakte aus, die die Evaluation eines möglichen Implantatlagers erheblich beeinträchtigen können. Noch wichtiger als die vorgenannten Artefakte sind dabei die Einflüsse von Patientenbewegungen während der Aufnahme, ein Umstand, der auch 16 Jahre nach Einführung der DVT nachhaltigen Einfluss auf die Qualität der akquirierten Datensätze hat.

Fazit – der Gewinn (für wen)?

Natürlich dient die DVT dem Informationsgewinn, so können neben dem reinen Volumen des Knochenlagers auch Rückschlüsse über die anatomische Beschaffenheit des Knochens als auch die ossäre Konsolidierung von Extraktionsalveolen gezogen werden. Eine klare Abfuhr er-

teilte Schulze derzeit existierenden Angeboten zur „Knochendichtemessung“ mittels DVT, diese sei eine reine Umrechnung von Absorptionswerten und liefere daher keine exakten Informationen über die tatsächliche Mikromorphologie.

Einen besonderen Stellenwert räumt der Referent der Beurteilung der Kieferhöhlen vor einem geplanten externen Sinuslift ein. Diese Untersuchung sollte tatsächlich verpflichtend durchgeführt werden, da anhand von Panoramaschichtaufnahmen eine suffiziente Beurteilung der Kieferhöhlen nicht erfolgen kann.

Eine Frage der Belastung?

Abschließend wies Priv.-Doz. Schulze auf veränderte Akquisitionsprotokolle hin, die spätestens zur IDS 2015 von vielen Firmen vorgestellt würden. Ob sogenannte Low-Dose-Protokolle zu einer für die Planung von Implantaten ausreichenden Bildqualität führen, werde derzeit untersucht. Sollte sich dies bestätigen, so würde auch mit einer effektiven Dosis in der Größenordnung von ca. drei Panoramaschichtaufnahmen für die Akquisition einer DVT von Ober- und Unterkiefer zu rechnen sein.

Schwerpunktthema Implantation im parodontal geschädigten Gebiss

Mit Dr. Torsten Kamm konnte der rühri-ge FFI-Studiengruppenleiter zur letzten Veranstaltung im Jahresreigen einen sehr erfahrenen Implantologen gewinnen, der mit seinem Thema auch bei widrigem Wetter nochmals sehr viele interessierte Kolleginnen und Kollegen in den idyllischen Schwarzwaldweiler Attental führte. Kamm legte den Schwerpunkt seiner Ausführungen klar auf das Herausarbeiten von „take home messages“ – zweifellos stand die Praxisorientierung im Fokus seiner Ausführungen.

Was muss generell bei einer Implantation beachtet werden?

Zunächst, so Kamm, gelten auch hier die bekannten Regeln für die Implantation, d.h. es sollten ein Mindestabstand zum Zahn (1,5, besser mehr als 2mm) und

zwischen den Implantaten (mind. 3 mm) eingehalten werden. Des Weiteren ist auf eine optimale Kontaktpunktgestaltung zu achten. Der Kontaktpunkt sollte zwischen 3 und 4 mm oberhalb des Knochens liegen und flächig gestaltet werden. Eine Beachtung dieser Regel führt zu einem hohen Maß an Voraussagbarkeit des späteren Behandlungsergebnisses.

Klappt es auch im parodontal geschädigten Gebiss?

Im zweiten Kapitel seiner Ausführungen ging Kamm auf die Implantation in einem Gebiss, das früher einer apikalen Parodontitis an einem Zahn aufwies, ein. Hierbei, so der Referent, sei festzustellen, dass die Erfolgsquote mit der im ausgeheilten Knochen gleichzusetzen ist. Es gelten für die Sofortimplantation folgende Regeln: Die Implantate sollte nach palatinal versetzt und tiefer inseriert werden. Es ist auf eine ausreichende Primärstabilität zu achten. Ab einem ISQ Wert von 65 kann ein Implantat sofortbelastet werden. Im Frontzahnbereich sollte zusätzlich eine Weichteilaufbau mittels BGT erfolgen. „Tapered Implantate“ sieht der Referent bei der Sofortimplantation im Vorteil, da sie in der Alveole eine höhere Primärstabilität aufweisen.

Implantation bei einer marginalen Parodontitis

Klare Worte des Referenten: „Hier sollte immer eine erfolgreiche Parodontaltherapie durchgeführt werden, bevor implantiert wird!“ Ferner sollte nur im Ausnahmefall und bei ausreichend Knochenangebot sofortimplantiert werden. Im Frontzahnbereich sollte in diesem Fall auf eine Sofortimplantation verzichtet werden, da das Ergebnis nicht vorher-sagbar ist. Generell sollte hier risiko-ärmer implantiert und längere Einheiten verwendet werden, da die Rege-neration langsamer verläuft.

Kontakt

Dr. Georg Bach

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
doc.bach@t-online.de

20 JAHRE ERFAHRUNG

einfach und effektiv



Implantatsysteme & Knochenersatzmaterial



auf der
IDS ab € 20,-

10.–14. 3. 2015

IDS
2015

Halle 3.2, Stand G018

LASAK GmbH

Českobrodská 1047/46 • 190 01 Prag 9 – Hloubětín
Tschechische Republik • Tel.: +420 224 315 663
Fax: +420 224 319 716 • E-Mail: export@lasak.cz
www.lasak.com