

Spektakuläre Live-Operationen auf Schweizer Kiefergelenk-Symposium

Klinik, Radiologie, Therapie, Prävention und Live-OP: Mit einem eindrucksvollen Programm präsentierte Dr. Dr. Baltensperger sowie weitere Referenten praktische Tipps und neueste Forschungsergebnisse zu Beschwerden des Kausystems. Von med. dent. Roman Wieland.

WINTERTHUR – Nach dem erfolgreichen Symposium 2009 fand im März 2010 das 2. Symposium „Rund ums Kiefergelenk“ statt. Der Kurs stand unter dem wissenschaftlichen Patronat der European Association of Cranio-Maxillofacial Surgery (EACMFS). Etliche praxisorientierte Vorträgen zu verschiedenen Problemen des Kiefergelenks und Kausystems wurden mit spektakulären Live-Operationen am Kiefergelenk ergänzt.

Dreidimensionale histologische Betrachtung

Prof. Dr. Hans Ulrich Luder, vom Institut Orale Biologie des ZZMK der Universität Zürich, eröffnete das Symposium mit seinem Referat über die prä- und postnatale Entwicklung des Kiefergelenks aus histologischer Sichtweise. Er präsentierte nicht nur die aus den Lehrbüchern bereits bekannten Längs-, Quer- und Frontalschnitte, sondern auch jeweils parallel dazu gelegene Schnitte. Durch anschauliche Vergleiche erklärte Luder die einzelnen Befestigungsbänder des Kiefergelenks. Er machte zum Beispiel die Analogie zwischen der seitlichen Kapselverstärkung, mit seinem speziellen Kapselverlauf,



Abb. 1: Das erfolgreiche OP-Team der Praxisklinik Winterthur und Baden: Dres. Richard Lebeda, Thomas Bottler, Werner Engelke, Marc Baltensperger. – Abb. 2: Priv.-Doz. Dr. Werner Engelke und Dr. Dr. Richard Lebeda bei ihrer Live-OP am Kiefergelenk.

und den Befestigungsbändern von einem Militärhelm. Das Kiefergelenksköpfchen (= der Kopf) kann sich nach vorne und hinten frei bewegen, Seitwärtskräfte werden durch die lateralen Ligamente (= die Lederriemen vom Helm) aufgenommen. Die Funktionsweise von Kiefergelenkmuskeln wird üblicherweise durch vereinfachte Zeichnungen illustriert, Luder gelang es durch ausgewählte parallele Schnittbilder diese Funktionen eindrücklich am Originalpräparat zu präsentieren.

Mit einer Abfolge von histologischen Bildern führte er von der pränatalen Entwicklung, einer Zellverdichtung in der 9.–10. Fetalwoche, bis zum Ende des Wachstums im etwa 20. Lebensjahr. Das Kiefergelenk bildet sich in der Entwicklung als letztes Gelenk nach allen anderen Gelenken aus.

Bildgebung als Hilfsmittel zur korrekten Diagnose

Stellt sich der Patient mit Schmerzen oder anderen Problemen im Kiefergelenk vor,

hilft die moderne Bildgebung zur Diagnostizierung. Prof. Dr. Bernhard Schuknecht vom Medizinischen Institut für Radiologie in Zürich erläuterte, dass das Kiefergelenk diejenige menschliche Struktur sei, welche von den (Neuro-)Radiologen am wenigsten gut diagnostiziert werden könne. Mit der Computertomografie lassen sich die knöchernen Strukturen gut darstellen, weil aber das Kiefergelenk eine Knorpelscheibe enthält, eignet sich die Magnetresonanztomografie (MRT) besser, da sie auch Weichteile darstellt.

kommt unter anderem die Myoreflextherapie zur Anwendung. Hier setzt der Physiotherapeut, nach genauer Tast- und Funktionsanalyse der Muskulatur, ein gezieltes Reizmuster (manueller Druckanstieg am Muskel-, Sehnen- und Knochenübergang). Es kommt dann zur sofortigen Lösung der zu hohen Spannung in der Muskulatur und somit zur unmittelbaren Entlastung von Gelenken und Weichteilstrukturen, die ursprüngliche Beweglichkeit kann wieder hergestellt werden

ANZEIGE

Abrechnungscoaching

Mehr Wert erkennen.

Reizen Sie die Leistungsfähigkeit Ihrer Praxis wirklich aus? Haben Sie alle umsatzkritischen Faktoren sicher im Griff? Eine Analyse zeigt die wahren Potenziale und Spielräume Ihrer Praxis. **Kock&Voeste** optimiert nicht nur die Fallwerte und Behandlungsstrukturen, die Leistungserfassung und -abrechnung – wir begleiten Sie auch bei der Realisierung neuer, erfolgreicher Konzepte.

Jetzt buchen unter:
www.kockundvoeste.de
oder 030/318669-0

Kock & Voeste
Existenzsicherung für die Heilberufe GmbH



conwendt.de

Spektakuläre Live-Operationen

Drei Operationen wurden live übertragen. Gezeigt wurden zwei Repositionen verlagertes Knorpelscheiben sowie eine Knochenentfernung aus dem Kiefergelenksköpfchen. Bei der spektakulärsten Operation, der Knochenentfernung aus dem Kiefergelenksköpfchen, wurde mittels eines Trepanbohrers ein Teil der Spongiosa des Kiefergelenksköpfchens entfernt. Damit wird versucht, bei dem noch jugendlichen Patienten, das übermäßige Wachstum des Unterkiefers zu hemmen. Mit dieser Hohlbohrung bleibt der Knorpel der Gelenkoberfläche unangetastet und intakt. Das entnommene Knochenmaterial aus dem Hohlbohrer wird dem Pathologen zur histologischen Überprüfung übermittelt. Mittels einer hochprofessionellen Übertragung, bestehend aus mehreren Robotervideokameras und einem Regieteam, fühlte man sich wie im Operationssaal. Beste Sicht auf das Operationsfeld und direkte Fragemöglichkeit an den Operateur ließen die anwesenden Gäste fasziniert an den Operationen teilnehmen.

Physiotherapie vor Chirurgie

Vor einem chirurgischen Eingriff, sowie als integraler Bestandteil nach einer Operation dient die Physiotherapie. Lydia Schweizer, Physiotherapeutin in der Praxis in Winterthur, präsentierte die Zusammenhänge zwischen der gesamten Körperhaltung und Myoarthropathien des Kausystems (MAP). Obwohl das Kiefergelenk ein hängendes Gelenk ist, kann eine Körperstellungsabnormalität Schmerzen im Kiefergelenk hervorrufen: Wird der Kopf zu weit vorne positioniert, versuchen die Muskeln des Unterkiefers diesen zurückzuziehen, das ganze Gewicht verlagert sich so auf das Kiefergelenk. Oftmals gibt es dann auch Projektionsschmerzen, typisches Beispiel ist der Muskelschmerz des M. pterygoideus medialis, welcher ausstrahlt und Ohrschmerzen verursacht. Als Therapie

Prothetischer Ersatz des Kiefergelenks

Wenn konservativ das Kiefergelenk nicht mehr zu retten ist, folgt die Operation. Dr. Dr. Marc Baltensperger präsentierte die verschiedenen Möglichkeiten der operativen Eingriffe. In aufsteigender Reihenfolge der Invasivität unterschied er: 1. Gelenkspülung/Gelenkspiegelung (Lavage/Arthroskopie), 2. Arthroplastik am Gelenkdiskus mit Rekonstruktion/Fixierung/Entfernung des Diskus, 3. Arthroplastik am Kondylus (Condylar shaving, hohe Kondylektomie), 4. Operativer Gelenkersatz.

Ein prothetischer Gelenkersatz kann autogen (z.B. Rippentransplantat) oder alloplastisch (künstliche Gelenkprothese) gemacht werden, wobei das Rippentransplantat wegen der sich vom Unterkiefer unterscheidenden Knochenstruktur nur beim Erwachsenen möglich ist. Seit einem Jahr werden in Winterthur künstliche Kiefergelenkprothesen implantiert. Anhand eines Patientenbeispiels illustrierte er die Implantation eines solchen Ersatzes. Indikationen für eine Kiefergelenkprothese sind Kiefergelenksankylosen, schwere destruierte therapieresistente Arthritis sowie die Revision nach erfolgloser Kiefergelenk-Operation. Kontraindikationen sind u.a. aktive und chronische Gelenksinfektionen, Kinder und Jugendliche, ungenügendes Knochenangebot sowie Bruxismus. Longitudinalstudien zeigen, dass Kiefergelenkprothesen sehr wirksam sind: Weniger Schmerzen, größere Mundöffnung sowie höhere Patientenzufriedenheit. Sechs Jahre nach einer solchen Operation würden sich 100% der Patienten wieder einer Behandlung unterziehen. Es ist jedoch auch mit einer Komplikationsrate von 6 bis 7 Prozent beim Ersatz des Kiefergelenks zu rechnen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kiefergesichtschirurgie.ch.

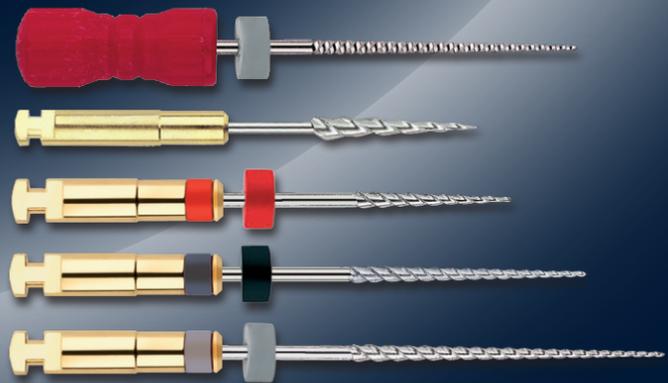
Der vollständige Originalbeitrag ist in der Dental Tribune Schweiz Nr. 4/2010 erschienen.



AUFBEREITUNGEN UND REVISION IN EINEM SET!

Das „Schneiden und Spänen“ des Dentins, bei einer **Wurzelkanalaufbereitung** und das Herausbohren von Wurzelfüllmaterialien bei einer **Revision**, stellen unterschiedliche Anforderungen an die Wurzelkanalinstrumente. Daher hat MICRO-MEGA® für Sie unterschiedliche Instrumente und verschiedene Protokolle für diese Anwendungen entwickelt.

NEUHEIT!
REVO-S™
+
R-ENDO®



Revo-S™

Revolutioniert die Endodontie mit nur 3 Instrumenten!

- Sein asymmetrischer Querschnitt führt zu einer schlangenartigen Bewegung im Wurzelkanal!
- Verminderte Belastung des Instrumentes: erhöhte Bruchstabilität.
- Besserer Abtransport von Dentinspänen: wirkungsvollere Reinigung.

	L 21 mm	L 25 oder 29 mm	
	6%	4%	6%
Nr. 25	SC1	SC2	SU
Nr. 30			AS30
Nr. 35			AS35
Nr. 40			AS40

www.revo-s.com

R-Endo®

Revision mit nur einem Set!

- Wurzelkanäle ausräumen und aufbereiten in einem Arbeitsgang.
- Schnelligkeit: nur 4 NiTi Instrumente (Re, R1, R2, R3).
- Sicherheit: inaktive Spitzen der Instrumente.

	15 mm	17 mm	19 mm	23 mm	25 mm
4%		Rm		R3	RS
6%			R2		
8%	R1				
12%	Re				

SONDERANGEBOT

Revo-S™ + R-Endo® Kit

543€



MIT NEUEM R-ENDO TRAY!



Revo-S™ + R-Endo® Kit Classics

- 1 Revo-S™ Tray
- 1 R-Endo® Tray
- 1 Plak. à 6 Instr. Rm
- 1 Plak. à 4 Instr. ENDOFLARE®
- 2 Plak. à 3 Instr. R-Endo® R1 R2 R3
- 2 Plak. à 3 Instr. Revo-S™ SC1 SC2 SU
- 1 Plak. à 3 Instr. Revo-S™ AS 30 35 40
- 1 Winkelstück AX'S Endo® 04

Classics Ref. 51400077

Revo-S™ + R-Endo® Kit InGeT®

- 1 Revo-S™ Tray
- 1 R-Endo® Tray
- 1 Plak. à 6 Instr. Rm
- 1 Plak. à 4 Instr. ENDOFLARE®
- 2 Plak. à 5 Instr. R-Endo® Re R1 R2 R3 Rs
- 2 Plak. à 3 Instr. Revo-S™ SC1 SC2 SU
- 1 Plak. à 3 Instr. Revo-S™ AS 30 35 40
- 1 Winkelstück InGeT® 04

InGeT® Ref. 51400078

WIRD FORTGESETZT...



MEGA+ REVOS ETH ENDOFLARE



MICRO-MEGA®
Dentalvertrieb GmbH & Co. KG
Tel.: +49 (0)6081 4439 0
Fax: +33 (0)6081 4439 25
info.de@micro-mega.com
www.micro-mega.com

U n s e r e E r f i n d u n g e n , I h r E r f o l g !

Angebote sind bis zum 30. Juni 2010 gültig. Nicht vertragliche Fotos.

JC-AUGE ■ www.jcauge.com