

ÖZK 2012 in Salzburg verspricht spannendes Programm

Österreichischer Zahnärztekongress und Symposium für Kinderzahnheilkunde – das ist Zahnheilkunde interdisziplinär.

SALZBURG – Durch die hervorragende Zusammenarbeit zwischen der ÖGZMK, den einzelnen Fachgesellschaften und der Landes Zahnärztekammer Salzburg ist es gelungen, ein für alle Kolleginnen und Kollegen interessantes, vielfältiges und qualitativ anspruchsvolles Programm zusammenzustellen. Erstmals wurde das Symposium für Kinderzahnheilkunde, das bekannterweise in Salzburg stattfindet, in den Österreichischen Zahnärztekongress integriert. Alle Tagungen finden vom 20. bis 22. September 2012 im Salzburg Congress statt. Zusätzlich wird von Donnerstag bis Samstag ein umfas-

sendes Aus- und Weiterbildungsprogramm für Praxismitarbeiterinnen angeboten.

Dr. Verena Bürkle, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (ÖGK), und Dr. Walter Keidel, Kongresspräsident, sprachen im Vorfeld des Kongresses mit den renommierten Referenten Dr. med. dent. Hubertus van Waes aus Zürich sowie mit Univ. Prof. DDr. Alexander Gaggl aus Salzburg. [DI](#)

Weitere Informationen zum Programm und der Anmeldung gibt es unter www.oezk-salzburg-2012.at



© Tobias Guttman

„Revaskularisation im jugendlichen bleibenden Gebiss“

Exklusiv im Interview: Dr. med. dent. Hubertus van Waes, Zürich, thematisiert Zahnschäden bei Kindern und Jugendlichen.

Die meisten Frontzahntraumata ereignen sich bei Kindern und Jugendlichen. Über die Therapie solcher Zahnschäden berichtet beim Österreichischen Zahnärztekongress in Salzburg der Leiter der Station für Kinderzahnmedizin und der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich sowie Leiter des Schulzahnärztlichen Dienstes der Stadt Zürich, Dr. med. dent. Hubertus van Waes.



Dr. med. dent. Hubertus van Waes

Dr. van Waes: Der wesentliche Fortschritt in den letzten Jahren bestand in der Einführung der Portlandzementderivate. Sie erleichtern sowohl bei Milchzähnen als auch bei bleibenden Zähnen die Vitalerhaltung der Pulpen ganz wesentlich. Formaldehydhaltige Präparate haben vollständig ausgedient, auch das Kalziumhydroxid verliert seinen Platz in der Kinderzahnmedizin.

Was kann man bei verlagerten Zähnen tun?

Dr. van Waes: Eine möglichst schnelle Reposition von durch Unfälle verlagerten Zähnen ist wesentlich. Bei Dislokationen, die zu einem

Tumore, Unfälle und Entzündungen führen häufig zu Beeinträchtigungen und Defekten des Gesichts. Als Therapie werden immer mehr Transplantate aus anderen Bereichen des Körpers eingesetzt, um die zum Beispiel im Rahmen einer Tumorentfernung entfernten Knochen, Muskulatur, Haut und Schleimhaut zu ersetzen. Diese Transplantate werden durch mikroskopische Operationsmethoden an Gefäße und Nerven angeschlossen (mikrochirurgischer Gewebettransfer) und können so dauerhaft und formbeständig in ihrer neuen Position überleben. Dadurch kann eine gute Durchblutung des transplantierten Gewebes sichergestellt werden. Aus zahnärztlicher Sicht ist zum Beispiel von Interesse, dass in transplantierte Kieferknochen nach einer gewissen Einheilzeit Zahnimplantate gesetzt werden können, als Basis für Kronen, Prothesen oder Brückenkonstruktionen.

Herr Dr. Walter Keidel: Herr Prof. Gaggl, woher stammen die Knochen, die zur Rekonstruktion der Kiefer transplantiert werden?

Prof. Gaggl: Die Knochen stammen aus unterschiedlichen Körperregionen, sie müssen dem Defekt entsprechend zur Wiedererlangung der Konturen geeignet sein. So werden beispielsweise Gelenkrekonstruktionen häufig aus Zehengelenken gemacht. Der Knochen stammt aber auch aus dem Unterschenkel, dem Oberschenkel oder der Hüfte, aus den Rippen oder Schulterblättern, dem Unterarm und Oberarm.

Können Sie das anhand eines Beispiels veranschaulichen?

Prof. Gaggl: Zum Beispiel werden bei einem Patienten mit einem Tumor am Kiefer Teile des Unterkiefers entfernt. Der Defekt wird mit einem Knochen aus dem Beckenbereich überbrückt, die Gefäße werden im Hals angeschlossen. Damit gewinnt man nicht nur Unterkieferkontur, sondern auch eine Basis für ein Implantat, auf das dann eine

Krone oder Brückenkonstruktion gesetzt werden kann. Zweites Beispiel: eine Defektverletzung im Oberkiefer bzw. Frontalzahnbereich, etwa nach einem Unfall. Bei diesem Patienten ist jedoch eine freie Transplantation aufgrund der schlechten Heilungssituation oder des komplexen Defektes nicht möglich. Daher werden zum Beispiel aus dem Oberschenkelbereich Transplantate entnommen und in den Defekt eingebaut. Die Gefäße werden über Schleimhautzugänge angeschlossen, sodass man eine zusätzliche Narbe umgehen kann. Das muss dann vier Monate lang einheilen, dann können Zahnimplantate gesetzt werden, die abermals vier Monate einheilen, bevor Brückenkonstruktionen oder Kronen darauf gesetzt werden können. Was eine gute Ästhetik und Kaufunktion ergibt.

Sind die Ergebnisse zufriedenstellend?

Prof. Gaggl: Ja, die Ergebnisse sind gut, wobei ich festhalten muss, dass große Defekte oft leichter zu versorgen sind als kleine. Ich muss auch sagen, dass es eher selten vorkommt, dass man nach einer Rekonstruktion gar nichts mehr sieht. Aber es gelingt immer häufiger, Patienten so zu versorgen, dass sie im täglichen Leben möglichst unauffällig bleiben, was die Ästhetik betrifft.

Ist es richtig, dass nach einer Rekonstruktion ein entnommenes Knochenstück fehlt?

Prof. Gaggl: Es fehlt natürlich dort, wo es entnommen wurde. Doch der Körper hat eine gewisse Regenerationskraft und die Fähigkeit zum Defektausgleich, auch wenn es danach nicht mehr ganz so ist wie vorher. Wichtig ist daher, dass es kein Belastungsproblem ergibt, etwa im Bereich des Oberschenkels, von

dem ein Knochenstück entnommen wurde.

Was muss man außer der Belastung bzw. der Statik noch alles beachten?

Prof. Gaggl: Eine Schwierigkeit liegt sicher darin, dass wir im Klein- und Kleinstgefäßbereich arbeiten, wo es auf Bruchteile von Millimetern ankommt und wo mikroskopische Anschlüsse getätigt werden, damit ein Blutkreislauf hergestellt wird und das Gewebe wieder lebendig ist und auch bleibt.

Sind das Eingriffe, die in einer Klinik gemacht werden?

Prof. Gaggl: Ja, so etwas ist in einer Zahnarztpraxis oder bei einem niedergelassenen Kieferchirurgen nicht möglich. Denn dazu benötigt man eine Narkose und gute Überwachungsmöglichkeiten.

Warum lohnt es sich für Zahnärzte, sich beim Zahnärztekongress im September mit diesen Dingen zu beschäftigen?

Prof. Gaggl: In eine Praxis kommen häufig Patienten mit schweren Problemen, die nicht beim Zahnarzt, sondern in einer Klinik gelöst werden können. Darum ist wichtig, dass Zahnärzte über die Möglichkeiten der Spezialkliniken Bescheid wissen und dort auch nachfragen können, ob der Patient mit seinem speziellen Problem dort behandelt werden kann. Ich will also beim Zahnärztekongress die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen informieren und sensibilisieren, was im mikrovaskulären Bereich alles möglich ist.

Vielen Dank für das Interview! [DI](#)

Univ. Prof. DDr. Alexander Gaggl referiert zu dieser Thematik am 21. September 2012.



Univ. Prof. DDr. Alexander Gaggl



© Schiocco340

Dr. van Waes: Am häufigsten sind Sturzverletzungen ursächlich für Zahnschäden. Das Behandlungsspektrum vor allem für jugendliche Zähne hat sich erweitert. Bei devitalen Zähnen im jungen bleibenden Gebiss besteht neuerdings die Möglichkeit einer Revitalisierung.

Welche Neuigkeiten gibt es in Sachen endodontischer Behandlung bei Jugendlichen?

Abriss des Gefäß-Nervenstrangs führen, ist zudem die möglichst zeitnahe endodontische Behandlung für die Prognose der Zähne entscheidend.

Vielen Dank für das Interview! [DI](#)

Das Symposium für Kinderzahnheilkunde beginnt am Freitag, 21. September 2012, mit dem Vortrag von Dr. Hubertus van Waes zu dieser Thematik.