

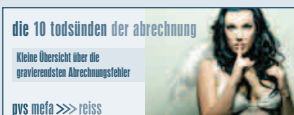
IDS-Rückblick

Die pvs-mefa war dieses Jahr das erste Mal auf der IDS 2011 über unseren Kooperationspartner ASTRA Tech Dental vertreten.

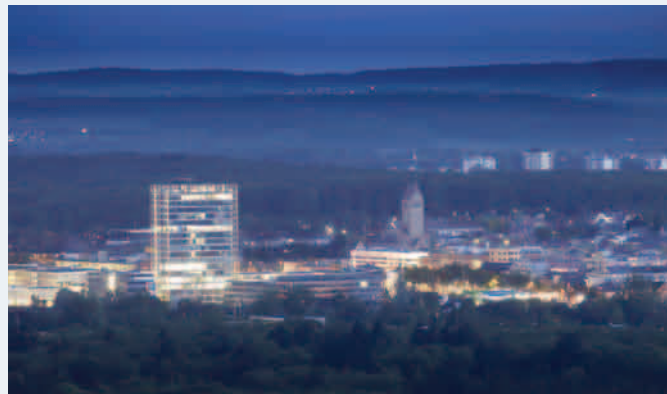
Unser Netzwerk an Kontakten zu Industrie, Kunden und Kooperationspartnern konnte in Köln weiter ausgebaut werden. Besonders gefreut hat uns der Besuch vieler unserer Kunden direkt vor Ort. Am Stand hatten wir ausnehmend viele interessante und produktive Gespräche.

Darüberhinaus waren wir in der ASTRA-Speakerscorner präsent und referierten u.a. über die „10 Todsünden in der Abrechnung“.

Da der Vortrag mit Begeisterung aufgenommen wurde, haben wir uns entschlossen, eine Zusammenfassung dieses Vortrags in gedruckter Form diesem Newsletter beizulegen.



Zum Vormerken: die nächste IDS in Köln findet vom **12. bis 16. März 2013** statt.



Singen bei Nacht

Solange es Menschen gibt,

wird es auch Fehler geben. Wo nicht gearbeitet wird, passieren auch keine Fehler, sagt man. Dahinter versteckt sich der Versuch, das Versagen moralisch zu entwerten und das Gewissen zu beruhigen. Das wäre als Einzelnes noch gar nicht weitreichend, denn hier sprechen wir ja von „kleinen“ Fehlern oder einem Lapsus, bei dem es sozusagen nur Sachschaden gab. Wenn es aber in größere Dimensionen vordringt und ethische, moralische, „menschliche“ Dimensionen betrifft, wird es mit der Gewissensregulierung schwieriger. Menschliches Versagen kommt dann als Erstes ins Spiel und auf der Hitliste der Erklärungsversuche steht aber ganz oben: „Das System hat versagt“.

Deshalb stellen wir nicht das System in den Mittelpunkt, sondern den Menschen.

Nur so können wir Fehler als Teil der Persönlichkeit annehmen. Und genau diese Eigenschaft birgt die Nähe und Menschlichkeit, die wir uns im Umgang mit unseren Mitarbeitern, Geschäftspartnern und vor allem Ihnen, erhalten wollen. In diesem Sinn freuen wir uns auf einen Dialog mit Ihnen, herzlichst

Manfred Reiss
Geschäftsführer

Michael Reiss
Geschäftsführer

pvs mefa seminarreihe

Spezialseminar zum Thema: „Implantologie“

Für das erste Halbjahr haben wir nur noch einen Seminartermin im Mai zur Verfügung:

Mi. 04.05.2011 in Frankfurt

Die Seminarreihe wird im Herbst 2011 zu weiteren aktuellen Themen fortgesetzt.

DAISY-Seminare

Die Daisy-Frühjahrsseminartour hat begonnen - mit vielen neuen, spannenden und brandaktuellen Themen. Sichern Sie sich noch heute Ihren Platz! Denken Sie daran, dass Sie einen pvs-mefa Reiss-Bonus haben: Sie als Kunde der pvs-mefa Reiss erhalten diese Seminare vergünstigt, wenn Sie über uns buchen!

Weitere Infos und aktuelle Termine unter www.daisy.de.

Unsere
Direktdurchwahlen
nur für Kunden:
07731 - 9901 - 88

Mo. bis Do.
08.15 - 12.30 Uhr
13.30 - 17.30 Uhr
Fr.
08.15 - 14.00 Uhr

Ein Fall aus der Poliklinik der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Nach 15 Jahren wieder „feste“ Zähne im Unterkiefer

Der Komplexe Fall

Der vorliegende Fall zeigt die erfolgreiche Rekonstruktion eines stark atrophierten Unterkiefers. Nach 15-jähriger Versorgung mit einer beidseits abgestützten Teleskopprothese gingen in den letzten 3 Jahren 3 von 4 Pfeilerzähnen durch kariöse und parodontale Prozesse verloren. Eine adäquate Stabilisierung der vorhandenen Teleskopprothese war nicht mehr möglich. Der atrophierte Knochen wurde durch intraoral entnommene Knochenblocktransplantate augmentiert. Nach 3-monatiger Einheilung konnten im Unterkiefer 6 Implantate inseriert werden. Gleichzeitig erfolgte die Implantation Regio 25 und 26 mit externem Sinuslift. Die prothetische Versorgung wurde 5 Monate nach der Implantation abgeschlossen.

Therapieentscheidung

Eine 66 jährige Patientin stellte sich im Juni 2009 in der Poliklinik der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung mit pulsierenden Beschwerden im 1. Quadranten vor. Es wurde an Zahn 14 eine endodontische Behandlung eingeleitet. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung wurde eine Panoramaschichtaufnahme angefertigt, um den allgemeinen Zustand der Zähne zu beurteilen. Der klinische und röntgenologische Befund zeigte eine kariöse Läsion Regio 25, sowie eine apikale Aufhellung Regio 12. Außerdem lag ein generalisierter horizontaler Knochenverlust vor. Eine weitere Behandlung lehnte die Patientin zu diesem Zeitpunkt ab.

Im September 2009 stellte sich die Patientin erneut vor. Grund war die Fraktur des Pfeilerzahnes 37. Dies führte zur Insuffizienz der vorhandenen Teleskopprothese, da von den ursprünglich 4 Pfeilerzähnen (Zähne 33, 37, 45 und 47) nur noch Zahn 45 funktionsfähig war. Nach der klinischen Untersuchung wurde der Zahn 25 aufgrund seiner kariösen Läsion als nicht erhaltungsfähig eingestuft. Man stand vor der Entscheidung im Ober- und im Unterkiefer einen neuen herausnehmbaren oder einen festsitzenden Zahnersatz anzufertigen. Für eine herausnehmbare Versorgung sprachen die deutlich kürzere Therapiedauer und die Vermeidung von augmentativen Maßnahmen. Nachteilig wäre im Oberkiefer ein eventuell notwendiger Transversalbügel gewesen. Ebenfalls hätten für eine Teleskopprothese intakte Brücken entfernt werden müssen um Pfeilerzähne zu gewinnen. Im Unterkiefer hätte man kariesfreie Frontzähne beschleifen und sich mit einer unilateralen Abstützung begnügen müssen.

Für einen implantatgetragenen Zahnersatz sprach der höhere Komfort und die günstigere Kaubelastung der Restzähne. Nachteilig waren notwendige Augmentationen und die längere Therapiedauer. In einem implantologischen Aufklärungsgespräch wurden die Vor- und Nachteile beider Therapiemöglichkeiten vermittelt. Der Patientenwunsch war eine Prothese zu vermeiden und wieder einen „festen Biss“ zu haben. Positiv beeinflusst wurde die Entscheidung durch die erfolgreiche Implantation Regio 15 und 17 im Jahr 2007.

Klinischer Befund

Der allgemeinmedizinische Befund war unauffällig. Der zahnärztliche Befund zeigte eine Karies an Zahn 25 sowie eine tiefe Fraktur des Zahnes 37. Die Sondierungstiefen lagen zwischen 3-5 mm. Nicht wurzelbehandelte Zähne reagierten beim CO₂-Sensibilitätstest positiv. Die Lockerungsgrade waren im Bereich von 0 und 1. Die Mundhygiene war ungenügend. Zahnlose Areale im Unterkiefer waren sehr schmal (Abb. 1).

Röntgenologischer Befund

Die Auswertung der Zahnfilme und einer Panoramaschichtaufnahme zeigten Wurzelfüllungen und zum Teil Stiftversorgungen an den Zähnen 12, 21, 22 und 45. Die Karies Regio 25 wurde röntgenologisch bestätigt. Zahn 12 und Zahn 45 zeigten außerdem eine apikale Aufhellungen. Ferner lag ein generalisierter horizontaler Knochenabbau vor. Die Knochenhöhe Regio 26 war reduziert (Abb. 2).



Abb. 1: Die klinische Ausgangssituation im Unterkiefer: Massive Atrophie im Bereich der zahnlosen Kieferabschnitte

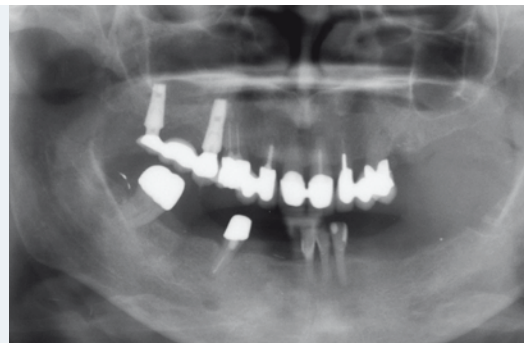


Abb. 2: OPG vom Juni 2009: Apikale Parodontitis Regio 12 und kariöser Zahn 25

Diagnose:

Aus den vorliegenden Befunden ergaben sich die folgenden Diagnosen:

- 12 apikale Parodontitis
- Zahne 25 und 37 nicht erhaltungsfähig
- Zahn 45 fragliche Erhaltungsfähigkeit
- Horizontale Kieferatrophie Regio 26
- Laterale Kieferatrophie Regio 33-36, 42-44 und 46
- Generalisierte chronische Parodontitis

Präimplantologische Therapie:

Professionelle Zahnreinigung, einschließlich Mundhygieneinstruktion und die Entfernung des Zahnes 37 in Lokalanästhesie erfolgte am 19.10.2009. Die vorhandene Prothese wurde mit weichbleibendem Unterfütterungsmaterial an die neue Situation adaptiert. Am 17.11.2009 wurde Zahn 25 im Rahmen der Parodontaltherapie extrahiert. Die Patientin wurde aufgrund der anfänglich schlechten Mundhygiene in ein Recallprogramm mit einem 3-monatigen Intervall aufgenommen.

Augmentative Phase:

Am 03.12.2009 wurde die Augmentation im Unterkiefer in Lokalanästhesie durchgeführt. Der Kieferkamm Regio 33-39 wurde dargestellt (Abb. 3). Region 37-39 wurde ein 3 cm großes Blocktransplantat mit Piezo-Technik entnommen. Das Transplantat wurde extraoral für die Regio 33-36 mittels Handstück, Trennscheiben und Rosenbohrer angepasst. Mit 3 Osseosyntheseschrauben (Länge 7-11 mm, Durchmesser 1,0 mm; Firma Martin) wurde das Transplantat am originären Knochen fixiert, wobei die spongiöse Seite nach vestibulär gerichtet wurde (Abb. 4). Die Bohrungen am Transplantat erfolgten mit einem 0,8 mm Vorbohrer (Firma Martin). Regio 49 wurden ebenfalls 2 Knochenblocktransplantate mit Piezo-Technik entnommen. Sie wurden Regio 42-44 mit jeweils einer Osseosyntheseschraube fixiert (Abb. 5). Um alle Transplantate wurde Knochenersatzmaterial (Bio Oss/Geistlich) gelagert. Zur Mobilisation und spannungsfreien Adaptation wurde der Mukoperiostlappen gespalten. Die Wunde wurde mit nicht resorbierbarer Naht (Supramid 5/0) verschlossen. Abschließend erfolgte eine Röntgenkontrolle. Um eine störungsfreie Einheilung des Augmentates zu gewährleisten, wurde die Prothesenbasis ausgeschliffen und neu adaptiert.

Implantologische Phase:

Am 04.03.2010 fand die Implantation im Ober- und Unterkiefer in Lokalanästhesie statt. Nach Darstellung der eingehheilten Transplantate (Abb. 6 und 7) wurden die Osseosyntheseschrauben entfernt. Im Unterkiefer wurden 6 Astra Osseo Speed Implantate inseriert (Regio 33, 42, 44 und 46 Ø 4,0 mm, Regio 35 und 36 Ø 4,5 mm; jeweils 11 mm Länge). Regio 46 musste zeitgleich zur Implantation ein Bonesplit durchgeführt werden. Regio 25 und 26 wurden 2 Astra Osseo Speed Implantate (jeweils 4,5 mm Ø und 11 mm Länge) simultan mit einem externerem Sinuslift (Augmentation mit Bio Oss) Regio 26 inseriert. Alle Implantate heilten subgingival ein (Abb 8).

Die Freilegung aller 8 Implantate erfolgte am 05.07.2010 in Lokalanästhesie

Prothetische Phase

1. Vier Wochen nach Freilegung erfolgte eine offene Abformung mit einem individuellen Abdrucklöffel.
2. Nach zwei Tagen wurde die Kieferrelation bestimmt. Zur Verschlüsselung wurde Okklufast verwendet.
3. Nach einer Woche wurden die Abutments einprobiert. Zu diesem Termin erfolgte die Kontrolle der vom Zahntechniker festgelegten marginalen Begrenzung der Restauration. Um ein eventuelles Sichtbarwerden des Abutments im ästhetisch relevanten Bereich zu verhindern sollte diese Grenze mesial, distal und vestibulär 2 mm unter Gingivaniveau liegen. Oral ist aus hygienischen Gründen eine paragingivale Begrenzung zu bevorzugen. Die Abutments wurden vom Zahntechniker mit Einkerbungen versehen, um Rotationsstabilität der späteren Kronen zu gewährleisten und eine eindeutige Platzierung bei der Zementierung zu ermöglichen. Zur exakten Registrierung der Okklusion wurde über die Abutments ein Bissregistrat mit Pattern Resin hergestellt.
4. Zwei Wochen nach Abdrucknahme wurde das NEM-Gerüst einprobiert. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde Zahn 45 extrahiert um die Retention des Zahnersatzes möglichst bis unmittelbar vor Einsatz der definitiven Konstruktion zu gewähren.
5. Eine Woche nach der Gerüsteinprobe wurde die fertige Versorgung eingesetzt. Die Halteschrauben der Abutments wurden mittels Ratsche mit 20 bzw. 25 N/cm angezogen und nach 5 Minuten nachgezogen. Die Kanäle der Abutments wurden mit Schaumstoffpellet und Komposit verschlossen. Okklusion und



Abb. 3: Intraoperative Situation vom 03.12.2009: Schmäler Kieferabschnitt Regio 33-36, sowie Spenderregion 37-39



Abb. 4: Fixiertes Knochenblocktransplantat Regio 33-36



Abb. 5: Knochenblocktransplantate mit Bio Oss Regio 42-44

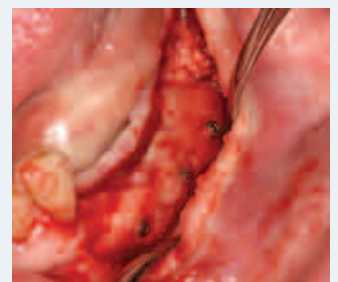


Abb. 6: Intraoperative Situation nach 3 Monaten: Eingehheiltes und gut durchblutetes Transplantat Regio 33-36



Abb. 7: Transplantate nach 3 Monaten: Deutliche Knochenverbreiterung Regio 42-44 mit inserierten Implantaten Regio 42 und 44

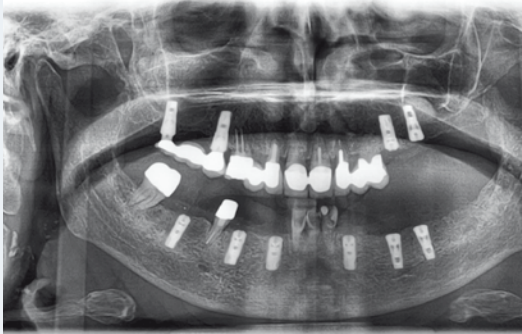


Abb. 8: Postoperative Röntgenkontrolle vom 04.03.2010: Implantation Regio 33, 35, 36, 42, 44, 46, 25, 26 und externer Sinuslift Regio 26

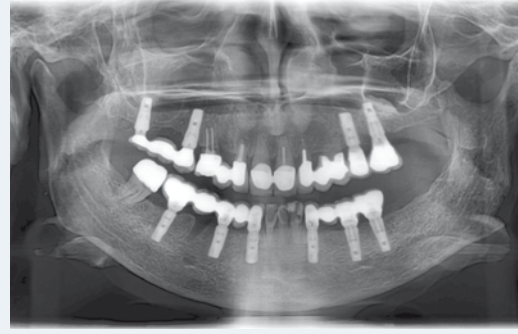


Abb. 9: Röntgenkontrolle nach Eingliederung des Zahnersatzes

Artikulation wurden überprüft. Es waren nur minimale Korrekturen der Okklusion nötig. Der neue Zahnersatz (Abb. 10) wurde dauerhaft mit Temp Bond eingesetzt. Die abschließende Röntgenkontrollaufnahme (Abb. 9) zeigte einen spaltfreien Sitz der Kronen und Brücken auf den Implantaten. Nach Eingliederung der Arbeit erfolgte eine Mundhygieneinstruktion.

Auf Wunsch der Patientin wurde an den Zähnen 31, 32 und 41 ein Home Bleaching durchgeführt sowie die alten Füllungen durch ästhetische Frontzahnaufbauten ausgetauscht. Mit der Behandlung der apikalen Parodontitis Regio 12 wurde im Oktober 2010 begonnen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Korsch, M.A., Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 Dr. Anna Smaczny
 Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
 Sophienstr. 39 a, 76133 Karlsruhe
 e-Mail: michael_korsch@azfk.de



Abb. 10: Klinische Situation der Unterkieferversorgung



Abb. 11: Ein zufriedenes Patientenlächeln

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Zahn-
 ärzteblattes Baden-Württemberg.



IMPLANTAG 2011

Am **28.5.2011** findet im **CCD Düsseldorf** der **IMPLANTAG** statt, ein Fortbildungsangebot von Astra Tech, das medizinisches wie ökonomisches Wissen für den Einstieg in die Implantologie vermittelt. Der ganztägige IMPLANTAG richtet sich an Zahnärzte, Zahntechniker und medizinische Fachangestellte und bietet neben Vorträgen im Plenum separate Workshops für die jeweiligen Berufsgruppen. Die Praxisnähe steht dabei im Vordergrund. Auch die effiziente Berechnung erbrachter Leistungen wird thematisiert (Vortrag A. Pedersen, Singen). Begehrte sind die Hands On-Übungen, bei denen eine erste Implantatinserterion am Kunststoffkiefer vorgenommen wird.

Information und Anmeldung: www.implantag.de