

Höchst informatives Update

APW-Select stellte Aktuelles zu Endodontologie, CMD und Schmerztherapie sowie Implantologie und Parodontologie vor

VON DR. PETRA HAHN

KÖNIGSWINTER – APW-Select bot Mitte März in traumhafter Lage zwischen Rhein und Draachenfels ein hochkarätiges Update in Endodontologie, Cranio-mandibulärer Dysfunktion und Schmerztherapie sowie Implantologie/Parodontologie.

Den Auftakt machte Dr. Marco Georgi Wiesbaden, mit der Darstellung einer modernen endodontologischen Behandlung. In Ergänzung zur klinischen Diagnostik gewinnen als bildgebende Verfahren neben den Röntgen zunehmend CT, DVT und MR an Bedeutung, da diese die komplexe Wurzelkanalanatomie wesentlich detaillierter zeigen können. Eine große Zugangs-

kavität und optimalerweise die Verwindung eines OP-Mikroskops verhindern das Übersehen von Kanälen.

Eine gute Aushärtung bis zum physiologischen Apex nach der Crown-down-Technik macht 80 Prozent des Behandlungserfolges aus. Zur Spülung empfehlen sich erwärmtes 5,25%iges NaOCl mit Ultraschallaktivierung sowie EDTA oder Essigsäure zur Entfernung des Smear Layers. Bei der angestrebten einzeitigen Behandlung wird die themoplastische Wurzelfüllung nach der Schilder-Technik durchgeführt. Die Gründe für Misserfolge aufgrund von persistierenden Infektionen sind überwiegend in übersehenen Kanälen zu sehen.

Daher stellt sich – im Gegensatz zur gängigen Praxis – primär die Indikation zu einer nicht-chirurgischen Revision.

Nur bei Vorliegen einer optimalen endodontischen Behandlung ist eine WSR notwendig, die heutzutage nach mikrochirurgischen Gesichtspunkten durchgeführt werden sollte. Dazu zählen ein entsprechendes Lappendesign, minimalinvasive Techniken und eine retrograde Ultraschallpräparation mit MTA-Füllung. Die eigentliche Resektion erfolgt 2–3 mm vom Apex unter einem Winkel von 0°, da bei schrägen Anschnitten aufgrund mehrerer exponierter Dentintubuli eine höhere Infektionsgefahr besteht.

Zahnärzte berichten FÜR KOLLEGEN

Am Samstagvormittag präsentierte PD Dr. Oliver Ahlers, Hamburg, den aktuellen Wissensstand zur CMD und Schmerztherapie. Ein Schwerpunkt lag auf der Indikation, Durchführung und Auswertung klinischer und instrumenteller Funktionsanalyse, da ohne vorherige fundierte Diagnostik keine Schienentherapie durchgeführt werden sollte. Enggegen früheren Praktiken sollte der Patient für den Gesichtsbogen und das als Zentriregisstrat empfohlene Dippendorfer Regisstrat in einer halb liegenden Position gelagert werden. Als therapeutische Maßnahmen empfehlen sie heute neben der Schienentherapie die Physiotherapie und tonusmindernde Maßnahmen (etwa progressive Muskelspannung

nach Jacobson) sowie die Kooperation mit Orthopädie und Psychosomatik.

Bei der medikamentösen Behandlung ist Ibuprofen als Analgetikum und Entzündungshemmer Mittel der Wahl; das Alternativpräparat Diclophenac weist eine höhere Nebenwirkungsrate auf. Bei der Schienentherapie wird zunächst über eine UK-Relaxierungsschiene mit planer Kaufläche und Front-lückzahn-Führung eine Äquilibration sowie die Lockerung der Muskulatur mit resultierender UK-Vorverlagerung erreicht. Im 2. Schritt erfolgt die additive Adjustierung zur Positionierungsschiene. Als Langzeitprovisoren sind laborgefertigte okklusale Kunststoffveneers in Repositionsstellung zu empfehlen, die ohne Präparation adhäsiv eingesetzt werden. Die Umsetzung in die definitive Restauration sollte in kleinen Abschnitten erfolgen.

Zum Abschluss trug Dr. Arndt Happe, Münster, zahlreiche Tipps zum Management von roter und weißer Ästhetik bei Implantation im Frontzahnbereich vor. Für das Weichgewebe ist zwingend eine knöcherne Unterstützung notwendig; deswegen muss bukal genug Knochen erhalten sein, um eine Weichgewebstrezeption zu verhindern.

Nach Extraktion kommt es – auch bei Sofortimplantation – innerhalb der ersten zwölf Monate zu einer Abnahme der Alveolarkammbreite um 50 Prozent, weil der Blindknochen zum Er-

halt einen alveolären Faserapparat benötigt. Im Rahmen der Socket Preservation wird bei Extraktion Bio-Oss-Collagen in die Alveole appliziert.

Bei Sofortimplantation sollte das Implantat mehr nach palatinal gesetzt werden. Vestibulär empfiehlt sich die Augmentation von Bio-Oss und autologem Knochen. Außerdem sollte auch immer ein möglichst gestieftes Bindegewebsstransplantat eingebracht werden, wobei bei einem dicken Gewebetyp eine bessere Ausgangssituation besteht als bei einem dünnen.

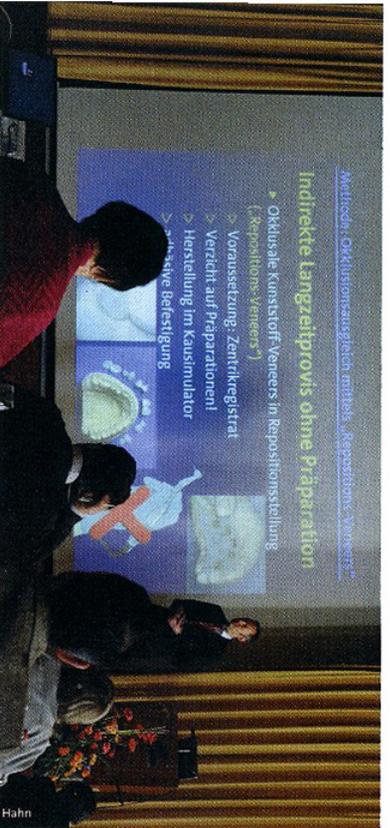
Slit-Finger-Technik

Bei der Freilegung können die Papillen mithilfe der Slit-Finger-Technik erhalten werden. Das Weichgewebe lässt sich gut durch die Provisoren ausformen. Bei den Abtormen ist heute Zirkon der Vorzug zu geben. Eine Verlagerung der Kraftübertragung mehr ins Implantatinnere wird durch ein Platform-Switching erreicht.

Fazit: Dieses höchst informative Wochenende bot vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse zahlreiche Tipps für den Praxisalltag.

BEWERTUNG DURCH DIE AUTORIN	
Relevanz	*****
Didaktik	*****
Technik	*****
Organisation	*****

Haben Sie Fragen an die Autorin? spectator@aezerverlag.de



Gehabtes Know-how vermittelten die Referenten – hier PD Dr. Oliver Ahlers – während der APW-Select-Veranstaltung in Königswinter.