

8. November 2014: 4. Implantologischer Frühschoppen in Düsseldorf

Preisfrage: Was ist, wenn sich über den Dächern von Düsseldorf 350 Zahnärzte und Chirurgen treffen? Ganz klar, dann haben wieder die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischen Praxen Bonsmann & Diener, Kaupe & Wunderlich sowie Stroink und Kollegen zum alljährlichen, implantologischen Frühschoppen eingeladen.

Diese Veranstaltung hat sich mittlerweile so im dentalen „Fortbildungszirkus“ etabliert, sodass die Organisatoren leider einigen zu spät angemeldeten Interessenten absagen mussten – ausgebucht! Wie üblich bot die Stadtsparkasse Düsseldorf mit ihren Räumlichkeiten ein ausgezeichnetes Ambiente für eine facettenreiche Vortragsveranstaltung.

Den Anfang machte PD Dr. Marcus Oliver Klein aus der Praxis Dr. Dr. Stroink, der mit seinem Vortrag „Weniger ist Mär?“ einige gängige implantologische Thesen auf ihren Wahrheitsgehalt überprüfte. Er stellte dar, was man tun kann, um die Risiken im Zuge einer Implantation im atrophien, seitlichen Oberkiefer zu minimieren.

- „Wir brauchen nur zwei Implantate im Zahnlosen Oberkiefer“: Nach Studienlage ist dieses Konzept fragwürdig. Weniger als vier Implantate sollten hier keinesfalls geplant werden. Mit vier Fixturen ist dann auch nur an herausnehmbaren Zahnersatz zu denken. Laut Leitlinie müssen es für festsitzenden Zahnersatz im Oberkiefer sechs Implantate sein.
- „Mini-Implantate im Oberkiefer sind kein Problem“: Dagegen spricht die laut Studienlage sehr hohe Verlustrate von ca. 50% und zudem der enorme vertikale Knochenverlust im crestalen Implantatanteil.
- „Kurze Implantate im Oberkiefer sind kein Problem“: Das Konzept scheint nach aktueller Datenlage zu funktionieren. Jedoch immer nur nach Herstellerfreigabe indikationsbezogen verblockt. Im Unterkiefer ist die Versorgung mit kurzen Fixturen einfacher als im Oberkiefer.
- „Beim Sinuslift braucht man kein Füllmaterial“: Diese Methode kann als Minimalansatz durchaus Erfolg versprechen. Jedoch zeigt sich in der Praxis, dass eine Präparation der Schneiderschen Membran strikt nach mediopalatinal und die anschließende, lockere Auffüllung mit grobporigem Knochenersatzmaterial als Platzhalter die Methode mit der größten Vorhersagbarkeit darstellt.

Es war ein hochinformatives Referat, welches Mythen konkrete Studienergebnisse gegenüberstellte.

Dr. Raoul Rendchen berichtete anschließend davon, welche prothetische Konsequenzen die chirurgische Fehlplanung von Implantaten nach sich ziehen kann. Anhand diverser Fallbeispiele zeigte er mehrere haarsträubende Frontzahn-Failures, entstanden aus der „Augen-Zu-Und-Durch“-Haltung des Behandlers bei Nichtbeachtung einfachster implantatchirurgischer Grundregeln. Auch muss es tatsächlich nicht immer ein festsitzender Zahnersatz sein. Oftmals entscheiden sich Patienten lieber für eine herausnehmbare „teleskopierende Brücke“, wenn das Wort „Prothese“ vermieden werden soll. Ein Fall bereitete den Zuschauern besonders feuchte Hände, weil hier bei einer jungen Patientin im Grunde alles falsch gemacht worden war, was überhaupt nur falsch gemacht werden konnte. Bestürzend, welche Ausmaße unangemessene chirurgische Herangehensweisen haben können.

Mit dem Themenbereich "Bisphosphonatassoziierte Osteonekrosen" schloss sich Herr Dr. Carsten Mußhoff an. Wichtig war ihm die Differenzierung zur Osteomyelitis und zur Osteoradionekrose, die andere Ursachen haben. Ausschlaggebend für die Inzidenz der BPA-Osteonekrosen ist die Wirkpotenz der eingesetzten Medikamente. Ein Auftreten klinischer Anzeichen ist bei Patienten zu beobachten, die mit Bisphosphonaten gegen

Osteoporose, aber auch gegen Knochenmetastasen, Prostata-CA, Mamma-CA und auch Bronchial-CA therapiert werden. Typische klinische Befunde sind dann die wie ausgestanzt wirkende Gingiva und die deutlich erkennbar exponierten Osteonekrosen. Wichtig bei der Therapie sind ausnahmslos eine schonende, komplette Resektion des Defekts und eine sichere, dichte, gut vaskularisierte Deckung. Dazu eine IV-Antibiose und oftmals ein stationärer Aufenthalt. Laut Mußhoff sei jedem Onkologen empfohlen, vor Einsatz der Medikation eine Überweisung des Patienten zum Hauszahnarzt vorzunehmen: „Vorheriger Zahnstatus empfohlen.“ In der Verantwortung des Zahnarztes liegt es dann, engmaschig zu kontrollieren, evtl. Druckstellen am Zahnersatz zu vermeiden und alles zu tun, um Verletzungen und Beeinträchtigungen der Gingiva zu vermeiden. Kurzum: Dem Patienten eine aufmerksame Prophylaxe in engem Recall zu bieten. Denn BPA-Osteonekrosen können nur nach intraoralen Verletzungen, Parodontopathien oder Druckstellen entstehen. Dr. Mußhoff gelang der Balanceakt zwischen „Studienlage“ und klinischen Fällen ausgezeichnet. Er verlor nie die Aufmerksamkeit seiner Zuhörer und stieß eine rege Anschlussdiskussion zum Thema an.

Mit gewohnter Routine stellte Herr Prof. Dr. Stefan Haßfeld aus Dortmund ein Thema vor, welches für viele Zahnärzte von großer rechtlicher Relevanz ist: In welchen Fälle ist eine DVT- / 3D-Diagnostik indiziert und wann nicht. Dass es hierzu aufgrund der Bandbreite an diagnostischen Optionen keine Studien gibt, macht die Sache nicht einfacher. Der scheinbare Grundsatz „bei 3-dimensionalen Problemen immer 3-dimensional diagnostizieren“ ist mit allergrößter Vorsicht zu genießen. Zudem sind DVT-Aufnahmen auch fehlerbehaftet. Bei schablonengestützter Implantation sind teilweise Abweichungen am Implantatapex von bis zu 2 mm zu beobachten. Haßfeld wies immer wieder darauf hin, dass das Verhältnis vom Maß der Strahlenexposition zur klinischen Relevanz der radiologischen Diagnostik passen muss. Interessant ist allerdings, dass eine Leitlinie in den USA tendenziell empfiehlt, bei implantologischen Eingriffen immer eine DVT-Aufnahme zu erstellen.

Prof. Dr. Michael Augthun aus Mülheim berichtete über seine Erfahrung mit der Behandlung von Komplikationen nach implantatprothetischer Versorgung. Herausnehmbarer Zahnersatz scheint ganz allgemein komplikationsanfälliger zu sein als festsitzende Suprakonstruktionen. Bei auftretenden Schwierigkeiten stellt sich die Frage, ob es sich dann um systembedingte oder eher „hausgemachte“ Probleme handelt. Zu den größten Fehlerquellen zählen unter anderem mechanisch kompromittierte Implantat-Abutment-Verbindungen und auch eine unphysiologische Belastung. Weitere schwerwiegende Probleme sind Dezementierungen, Frakturen von Suprastrukturen und auch Schraubenlockerungen oder -brüche. Zur Fehlervermeidung ist die Wahl des richtigen Abutmentmaterials maßgebend. Bei Coverdentures spielt zudem die richtige Ausrichtung der jeweiligen Attachements eine wesentliche Rolle. Durch korrekte Planung im Vorfeld und sorgfältige Behandlung lassen sich viele Fehler bereits im Vorfeld vermeiden. Eine Korrektur von Misserfolgen ist oft mit hohem Zeit- Material- und Kostenaufwand verbunden.

Der besondere Vortrag der Veranstaltung wurde von Herrn Torsten Sträter geboten. So berichtete der bekannte Dortmunder Comedian von seinen bemerkenswerten Versuchen, ein äußerst individuelles Diätprogramm durchzuhalten und von diversen Erlebnissen bei Comedy-Gipfeln in Deutschland und der Schweiz. Die Teilnehmer dankten ihm seinen Auftritt mit großer Anteilnahme an seinem bedauernswerten Schicksal, viel Gelächter und reichlich Applaus.

Herr Dr. Dr. Stroink wies zum Abschluss alle Interessenten auf den bevorstehenden PISTE-Kongress hin (Professional Imaging, Surgery and Technique), der vom 24. – 28. Februar 2015 in St. Anton am Arlberg stattfinden wird. Alle Informationen zum Geschehen vor Ort und zur Anmeldung sind online unter www.piste-arlberg.de zu finden.

Wer in NRW zum Ende eines jeden Jahres eine zahnärztlich-implantologische Veranstaltung mit Format besuchen möchte, der sollte sich den implantologischen Frühschoppen unbedingt

schon jetzt vormerken. Man wird selten ein so kompaktes Format finden, welches in kurzer Zeit ein breites Update aktueller Themen liefert und das zugleich noch so unterhaltend ist. Am 14.11.2015 ist es wieder so weit. Interessierten Zahnärzten wird empfohlen, sich rechtzeitig bei den beteiligten Praxen anzumelden.

Peter Marke