

Meine größten AHA Erlebnisse

Kurzbericht zur

242. Veranstaltung des GAK, Young Gak

vom 14.02.2020

Referenten

ZA Horst Dietrich, Winnenden: Funktionelle AHA Erlebnisse
Dr. Alf-Henry Magnusson, Stuttgart: Keramische AHA Erlebnisse
Dr. Theresa Kruse, Köln, kieferorthopädische AHA Erlebnisse
Dr. Christoph Bopp, Stuttgart: chirurgische AHA Erlebnisse
Dr. Wolfgang Gerner, Leinfelden: Endodontische AHA Erlebnisse

Eröffnung und Vorstellung der Referenten durch: Dr. Friederike Johanning
Berichterstatteerin: Dr. Fabiana Ziegler

1. Funktionelle AHA Erlebnisse (Horst Dietrich)

„Die Kieferrelationsbestimmung – Der Biss“

Zentrik:

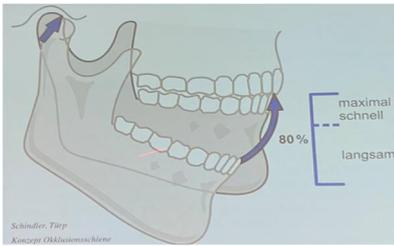
Ist die maximale Okklusion in zentrischer Kondylenposition (→ mittige obere Position der Kondylen an der dünnsten avaskulären Stelle des Diskus, nicht seitenverschoben, gleichbelastet, aus der heraus Öffnungs-, Schließ- und Seitwärtsbewegungen mühelos gemacht werden können
→ RKP = IKP

Die Definitionen für die zentrische Kondylenposition führen in der Nomenklatur zu Verunsicherungen und haben sich im Laufe der Zeit von posterior über kranial, nach ventro-kranial geändert!

Besser daher: Einen „Aufenthaltswahrscheinlichkeitsraum“ für die Kondylenposition zu definieren und diesen mit der Bissregistrierung zu übernehmen, dabei ist es beim gesunden Patienten egal, ob der Kondylus dann exakt in der oben definierten Lage steht.

Vorgehensweise mit **Ballistischer Technik**:

Mundöffnung so weit wie möglich → langsamer Mundschluss die ersten 80% → dann maximal schnell im letzten Zentimeter



Tipp:

Z.b für Bissregistrierung vor Herstellung einer Michiganschiene

→ **anteriorer Frontzahnjig**

mit Komposit palatinal an Ok 1er (evtl auf Tiefziehschiene), welcher als Deprogrammer fungiert (mit Sperrung) → dann zuerst Pat. auf den Jig ein paar Mal schnell zubeißen lassen und wenn er immer auf die selbe Stelle des Jigs trifft (Pat. kann „üben“ und ist entspannt) → Bissregistrat mit ballistischer Technik → Schiene innerhalb kürzester Zeit einsetzen, vor allem bei Myoschmerzen so schnell wie möglich ->beim Eingliedern und ersten Mal zubeißen lassen, auf die Pupillen achten: wenn die Pupillen mittig bleiben: richtige Position!

Wichtig dabei:

- Ruhe im Behandlungszimmer
- Lagerung des Patienten: Kompromiss: ca 30-40°, so dass Kopf noch höher als die Füße liegen
- Kopf niemals überstrecken
- Griff: Peter Thomas Griff (ohne Führung des UKs /Kinns), erst nach Einbiss ins Registrat → Dawson Griff um Unterkiefer zu halten und abdriften zu verhindern



„the glue is you“

typische Fehlerquellen:

-
Kein Kofferdam
keine suffiziente Kavitätenreinigung
mangelhafte Vorbereitung
Zeitdruck
mangelndes Fachwissen

Tipps:

- Abstrahlen der Keramikklebefläche mit Alu-Oxyd im Labor
- Kavitätenreinigung: Abstrahlen mit Alu-Oxyd im Mund (Rondoflex, 50um) bei konventioneller Kavitätenreinigung bleiben 50% der Dentinkanälchen verschlossen!
- Selektive Schmelzätzung und mindestens 30sec abspülen!
- Dentinhaftvermittler 30sec einmassieren und nur nicht zu stark verblasen, sonst kollabieren die Kollagene (Flurschaden) und es kommt zu typischen Hypersensitivitäten nach Eingliederung
- Polymerisationslampe axial und nah an den Zahn!
- Bei Veneer Präp: wichtigstes Credo: Schmelz erhalten und für Modellgenauigkeit und Kontrolle der Klebefuge; approximal den Kontakt öffnen (Tipp hierfür: diamantierter Metallstreifen)
- Eingliederung Veneer: mit Kofferdam (Tipp: Brinker Klammer), einzeln einsetzen



2. Kieferorthopädische AHA Erlebnisse (Dr. Theresa Kruse)

„Schief genug? Das richtige Timing für die Überweisung“

Frühbehandlung: interzeptive Behandlung im Milchgebiss/ frühen Wechselgebiss bei:

- Mundatmung (Ungleichgewicht zwischen Wangendruck und Zunge)
→ bei Kreuzbiss: KFO
→ bei vergrößerten Tonsillen: HNO
- seitlicher Kreuzbiss
- Klasse II, Overjet >3mm , inkompetenter Lippenschluss, dentales Trauma ums 2-fache erhöht!
- frontal offener Biss
- frontaler Kreuzbiss, einzelne Zähne nur wenn Zwangsbiss
- Bei viszeralem Schluckmuster nach 4. Lebensjahr → Überweisung zur Logopädie

->Es gibt eine Evidenz, dass ein früher Behandlungsbeginn die Manifestation von Asymmetrien verhindert!

Hauptbehandlung: Beginn 2. WG Phase (mind. erster bleibender Zahn in der Stützzone)

- Klasse II
- lateraler Kreuzbiss
- progener Formenkreis: frontaler Kopf- oder Kreuzbiss
- frontal offener Biss
- starker Platzmangel
- Bukkal-/ Lingualokklusion
- Aplasien oder Zahnverlust
- Durchbruchstörungen, Retention oder Verlagerung (ausgenommen der 8er)
- Tiefbiss mit traumatischem Einbiss
- starke Kontaktpunktabweichung eines Incisivis vom idealen Zahnbogen (starker Engstand, typ UK Front)

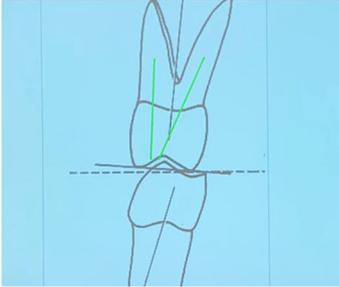
4. Endodontische AHA Erlebnisse (Dr. Wolfgang Gerner)

„Wurzelkanäle -vom Suchen und Finden“

Tipps

- Trepanation

- ca 1 Bohrerlänge tief
- im Röntgen orientieren, wie hoch das Pulpenkavum liegt und wo die Kanäle in mesio-distaler Ebene liegen; für oro-vestib. Lage der Kanäle: möglichst weit mesial und bukkal bleiben (bei OK und UK Molaren), Stück für Stück Überhänge entfernen

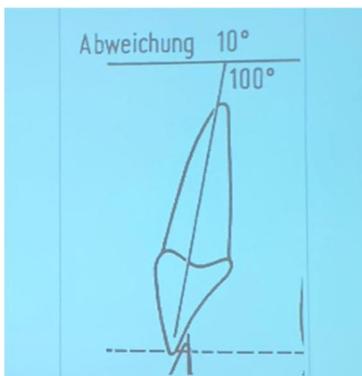


- Dentikel

- typ: Bernsteinfarbe
- mit Rosenbohrer abtragen, darunter normale Kanäleingänge

- OK Frontzähne

- Neigung der Zähne beachten, die Treppe touchiert die Inzisalkante
 - Kanal liegt immer palatinaler als man denkt
 - circumferential filing wichtig: vestib und pal, da Kanal sehr oval
- Front Tele/präparierte Zähne → möglich auch von vestibulär zu trepan



- Farbunterschiede

- hellgelb: primäres Dentin; neues Dentin: meist dunkler
- Landkarte am Pulpakammerboden mit dunklen Wachstumslinien, die die Kanäleingänge verbinden

5. Chirurgische AHA Erlebnisse (Dr. Christoph Bopp)

„entspannt Operieren – Komplikationsmanagement beim Entfernen schwieriger Zähne“

Tipps

- UK Molar:

- nach bukkal luxieren, sich dabei Zeit lassen, um Einblutung in PA Spalt zu ermöglichen
- Wurzeln trennen und dann vom Trennspace aus nach mesial bewegen (Schonung bukkaler Lamelle), dann mit Prämolarenzange leicht rotieren und Wechsel mit Bein Hebel

- tief frakturiertem Zahn

- orovestib. trennen, Schonung bukkaler Lamelle
- mit Lindemann kleinen Hebelspace herstellen, dann Bein Hebel
- Osteotomie mesial und distal der Wurzel

- bei apikaler Parodontitis

- penible Entfernung des apikalen Gewebes, in Front-/4er Bereich: mikrochirurgischer scharfer Löffel!

- OK 8er:

- mit gebogenem Zungenspatel das Weichgewebe vor Freilegung abhalten um ein Abrutschen ins Spatium masseterico-mandibularis zu vermeiden

- UK 8er:

- niemals distal des 7er in Fissurenverlängerung schneiden, sondern nach distobukkal (Schonung N. Lingualis)
- nach Aufklappen: vestib. UK Rand mit Langenbeck darstellen und hier abhalten

- Germektomie:

- im UK: sekundäre Wundheilung mit Aureomycinstreifen oder Vaseline mit Adaptationsnaht (alle 3 Tage wechseln, nach 14 Tagen entfernen)

- Hyp-/Anästhesie nach X:

- bei Nervdurchtrennung : sofortige Überweisung Fachklinik
- bei Druckschädigung: Nachkontrolle nach 1-2 Wochen, ggf. überweisen