

10. Internationales Wintersymposium 2015 der DGOI in Zuers/Arlberg

Themenvielfalt kennzeichnet das Internationale Wintersymposium der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) in Zuers/Arlberg, das seinen Teilnehmern an insgesamt sechs Tagen traditionell ein umfassendes Update rund um die orale Implantologie bietet. Prof. Dr. Georg-H. Nentwig, Fortbildungsreferent der DGOI, hatte namhafte Referenten versammelt, die in diesem Jahr zeigten, dass man kontrovers aber durchaus freundschaftlich miteinander diskutieren kann.

So erlebten die 120 Teilnehmer vom 15. bis 22. März rege Diskussionen über augmentative Verfahren, Keramikimplantate, Periimplantitis, Bisphosphonate, den digitalen Workflow und Sofortversorgung/-belastung sowie weitere Themen. Mit insgesamt 18 Workshops, die in Kooperation mit den Industriepartnern stattfanden, bot das Programm zudem viele Gelegenheiten für praktische Trainings in kleinen Gruppen.

Schaut man sich die Langzeitergebnisse von Knochenaufbau-Operationen an, ist ein Hauptproblem sichtbar: Resorptionen. Prof. DDr. Rolf Ewers, Wien, zeigte, dass bei Onlays die meisten Resorptionen zu verzeichnen sind. Generell ist vor Beginn einer Behandlung mit Augmentation zu fragen: Was ist das Beste für den Patienten? Alternativ sind kurze Implantate in Betracht zu ziehen, um aufwändige Augmentationen zu vermeiden. Bei der Frage nach der besten Methode für die Knochenregeneration diskutierten die Referenten verschiedene Ansichten. Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg, wies darauf hin, dass autologer Knochen zwar der Goldstandard sei, aber auch Nachteile habe. Dazu zählen der zweite operative Eingriff für die Entnahme, die Entnahmemorbidität und hohe Resorptionsraten. Konkret empfahl er, bei rauchenden Patienten – mehr als zehn Zigaretten pro Tag – nach Möglichkeit keine xenogenen

Knochenersatzmaterialien zu verwenden, da häufiger Wundheilungsstörungen auftreten. Bei größeren Defekten sieht er Potenzial in den allogenen Bonebuildern. Dies war das Thema von Dr. Markus Schlee, Forchheim. Bei horizontalen Augmentationen können allogene, präfabrizierte CAD/CAM-gefräste Knochenblöcke eine Alternative zum autologen Beckenkammtransplantat sein. Untersuchungen hätten keine wesentlichen Unterschiede gezeigt. Jedoch besteht das Restrisiko einer allergischen Reaktion. Prof. Dr. Dr. Frank Palm, Konstanz, kritisierte, dass beim Beckenkammtransplantat zu pauschal von Problemen nach der Entnahme gesprochen werde. So kann mit der Punch Biopsy ein großes Knochenvolumen erzielt werden, ohne dass die Patienten nachhaltig große Beschwerden haben. Zudem brach er eine Lanze für die synthetischen Knochenersatzmaterialien, die man weiter im Auge behalten sollte. Wichtig ist das Weichgewebsmanagement für eine komplikationslose Heilung. Es kommt auf die Schnitttechniken und den spannungsfreien Wundverschluss an. Dr. Bernd Giesenhausen, Kassel, setzt auf die Doppel-Layer-Technik, die apikale Matratzennaht und die sogenannte linguale Mobilisation, wenn im hoch atrophischen mandibulären Bereich Knochen aufgebaut wird. Gute Erfolge zeigt der Einsatz von PRF-Membranen als unterstützende Weichteilheilung.

Bisphosphonate sind generell keine Kontraindikation für die Implantat-Therapie. Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, zeigte, dass man das Risiko einer Nekrose mindern kann. Geeignete Maßnahmen sind eine perioperative systemische antibiotische Abschirmung, die atraumatische Zahnextraktion, das Glätten scharfer Alveolarkanten, eine spannungsfreie Naht mit komplett speicheldichtem Verschluss und prolongierte Nachkontrollen.

Keramikimplantate können nach differenzierter Abwägung eine Alternative zu Titanimplantaten sein. Zu beachten ist: Während der Einheilphase kann es mehr Probleme geben als bei Titanimplantaten. Dr. Jochen Mellinghoff, Ulm, stellte fest, dass bei einteiligen Keramikimplantaten die wesentlichen Parameter geklärt seien. Bei den zweiteiligen Keramikimplantaten stehen Langzeitdaten im Hinblick auf die Klebeverbindung

aus.

Die Sofortimplantation und -belastung des zahnlosen Kieferkamms zeigen nahezu dieselben Ergebnisse wie ein konventionelles Protokoll, so Dr. Fred Bergmann, Viernheim. Er stellte den Arbeitsablauf für eine Sofortversorgung dar. Entscheidend ist: Die Prothetik muss bereits vor dem chirurgischen Eingriff vorbereitet sein, damit der Patient mit dem Provisorium die Praxis verlassen kann. Diskutiert wurde über den Zeitaufwand vor dem operativen Eingriff und die Kosten.

Zementitis ist einer der Hauptgründe für Periimplantitis. So riet Prof. Dr. Daniel Grubeanu, Trier, bei Patienten mit Parodontalproblemen zu verschraubten Suprakonstruktionen. Prof. Dr. Rainer Buchmann, Düsseldorf, zeigte, dass das Risiko für eine spätere periimplantäre Entzündung bereits durch eine frühzeitige Indikationsstellung und auch während der Implantatinsertion durch langsames Bohren und sensibles Arbeiten reduziert wird. Was tun bei Periimplantitis? Vieles ist auf konservativem Therapieweg zu erreichen, bevor chirurgische Maßnahmen ergriffen werden.

Die weiteren Themen: DVT in der Praxis, Implantatprothetik, Mini-Implantate, kieferorthopädische Aspekte, Hypnose bei zahnärztlicher Behandlung, Qualitätsmanagement, Abrechnung und Hygiene-Vorschriften. Das 10. Internationale Wintersymposium der DGOI hat Referenten wie Teilnehmern wieder sehr viel Spaß gemacht und ein anspruchsvolles Update 2015 rund um die Orale Implantologie geboten. Nicht zuletzt deshalb, weil in dieser kollegialen Gemeinschaft verschiedene Meinungen zugelassen und diskutiert werden konnten.

Letzte Aktualisierung am Mittwoch, 01. April 2015