

Forum

30 Jahre
30 années
SSRD



SSRD

Liebe Mitglieder der SSRD Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Diese Ausgabe des Forums ist dem 30. Jahrestag des Bestehens unserer Fachgesellschaft SSRD vormals ZPGS (Zahnärztlich Prothetische Gesellschaft der Schweiz) gewidmet. Was lag näher als eines der Gründungsmitglieder unserer Gesellschaft zu interviewen, um einen Rückblick über die vergangenen 30 Jahre zu erhalten.

Eigentlich sind 30 Jahre nicht sehr viel, aber in unserem Fachbereich hat in dieser Zeit eine enorme Entwicklung auf allen Ebenen stattgefunden. Neue Technologien und Verfahren haben neue Möglichkeiten der prothetischen Versorgung eröffnet, aber gleichzeitig die Ansprüche an unseren Beruf erhöht. Gesundheits- und bildungspolitisch muss sich unser Berufsstand im sich stets verändernden Umfeld behaupten. In unserer kurzlebigen und hektischen Zeit kann dabei viel historisch Wertvolles verloren gehen. Prof. Belser hat sich bereit erklärt mit seinem Schatz an Erfahrungen einige Fragen zu den Gründungszeiten der Gesellschaft zu beantworten. Seine Ausführungen bedeuten für die ältere Generation unter uns ein Wiederaufleben alter Zeiten und für die jüngere Generation eine Motivation sich mit einer Fachgesellschaft zu identifizieren.

Im zweiten Teil des Forums hat Prof. Regina Mericske-Stern einen interessanten Fall aufbereitet, der die Vielfalt unseres Faches und die Auseinandersetzung mit neuen Technologien aufzeigt. Ebenfalls in dieser Ausgabe, finden Sie einige Abstracts der letztjährigen Jahrestagung. Für diejenigen, die nicht dabei waren, sollen sie einen kleinen Einblick in die Tagung geben und eventuell wird Ihr Interesse geweckt, wieder einmal mit dabei zu sein. Informationen über unsere Veranstaltungen finden Sie unter www.ssrp.ch oder rufen Sie das Tagungssekretariat (031 312 43 12) an. Wir können Ihnen 2010 wiederum ein äusserst interessantes und auch praxisorientiertes Programm präsentieren.

Zu guter letzt möchte ich mich bei Professor Urs Belser und Frau Professor Regina Mericske-Stern herzlich dafür bedanken, dass sie für diese Ausgabe des Forums ein Engagement zeigten, auch wenn es gerade nicht um Impact Factor und andere messbare erfolgsversprechende Projekte ging, sondern dass sie auch bereit sind für die Allgemeinheit zusätzliche Arbeit am Wochenende zu leisten; und dies seit 30 oder mehr Jahren.

Ich hoffe möglichst viele Mitglieder des SSRD an der nächsten Jahrestagung und an der Generalversammlung vom 30. Oktober 2010 zu sehen.

Urs Brägger
Redaktor Forum SSRD

Chères et chers membres de la SSRD Chères et chers collègues

Ce numéro du Forum SSRD est consacré au 30e anniversaire de la fondation de notre société professionnelle SSRD, auparavant ZPGS (Zahnärztlich Prothetische Gesellschaft der Schweiz). Quoi de plus logique que de faire une interview avec un des membres fondateurs de notre société pour vous présenter une rétrospective des 30 années passées.

En fait, 30 ans ne présentent pas une très longue période, mais dans notre domaine spécialisé, pendant ces 30 années un énorme développement a eu lieu à tous les niveaux. De nouvelles technologies et procédés ont ouvert de nouvelles possibilités pour les traitements prothétiques, mais en même temps elles ont augmenté les exigences de notre métier. Du point de vue de la politique de la santé et de l'éducation, notre profession doit se défendre dans un monde qui se transforme constamment. Nous vivons des temps éphémères et hectiques, pendant lesquels beaucoup de valeurs historiques peuvent se perdre. Avec son trésor de connaissances et d'expériences, le professeur Belser a donc accepté de répondre à quelques questions concernant les origines de notre société. Son exposé va être un renouveau des temps anciens pour ceux qui entre nous sont de l'ancienne génération et pour les générations plus jeunes une motivation pour s'identifier à une société spécialisée.

Dans la deuxième partie de ce forum, le Prof. Regina Mericske-Stern nous présentera un cas intéressant qui démontre la diversité de notre profession et la confrontation avec les nouvelles technologies. Vous trouverez également dans cette édition quelques abstracts tirés du congrès de l'année passée. Pour tous ceux qui n'étaient présents, ces abstracts donnent un bon aperçu des thèmes abordés et éveilleront peut-être leur intérêt pour y participer une prochaine fois. Toutes les informations concernant nos manifestations se trouvent sous www.ssrp.ch ou par téléphone auprès de notre secrétariat de congrès (031 312 43 12). D'ailleurs, au congrès 2010, nous vous présenteront un très intéressant programme aussi bien pratique que théorique.

En dernier lieu, je voudrais remercier cordialement le professeur Urs Belser et le professeur Regina Mericske-Stern d'avoir fait preuve d'un grand engagement pour cette édition du Forum. Même quand il ne s'agissait pas de travaux à haut "Impact Factor" ou d'autres projets mesurables et prometteurs, ils ont toujours été prêts à faire des tâches supplémentaires pendant le weekend pour notre collectivité - et ceci depuis plus de 30 ans.

J'espère vous rencontrer nombreux lors de notre prochain congrès et notre assemblée générale du 30 octobre 2010.

Urs Brägger
Rédacteur Forum SSRD

Interview mit Herrn Prof. Urs Belser

Interview avec le Professeur Urs Belser

Herr Prof. Belser, Sie waren eines der Gründungsmitglieder der SSRD vor 30 Jahren. Wer ausser Ihnen war noch massgeblich an der Gründung beteiligt?

Antwort: Zuviel der Ehre. Ich gehörte wohl zu den Gründungsmitgliedern, aber die eigentlichen Gründungs-Initianten der seinerzeitigen ZPGS (Zahnärztlich Prothetische Gesellschaft der Schweiz) waren meines Wissens in erster Linie die Professoren Peter Schärer (UNI ZH), George Graber (UNI BS, Gründungspräsident) und Jean-Noël Nally (UNI GE). Zum engeren Kreis gehörten damals auch die Professoren Fritz Gasser (UNI BS), Alfred Geering (UNI BE, Ausarbeitung der Statuten), Albert Gerber (UNI ZH), Erich Jahn (UNI BE), Mario Spirgi (UNI GE, Vize-Präsident), sowie die langjährigen persönlichen Freunde von Peter Schärer, Dres Raoul Boitel, Franz Holzmann und Jean-Pierre Stauffer. Ich bin mir allerdings fast sicher, dass noch mehrere andere Kollegen, deren Namen mir leider entfallen sind, massgeblichen Anteil an der besagten Gründungsvorbereitung hatten.

Welche Ziele haben Sie bei der Gründung vor Augen gehabt? Wo lagen die Schwerpunkte?

Antwort: Klares Ziel von meinem akademischen Lehrer und Vorbild Peter Schärer war die Schaffung einer landesweit abgestützten, nach angelsächsischem Modell konzipierten Fachgesellschaft, mit gemeinsamer Verantwortlichkeit von Privatpraktikern und Universitätsvertretern. Es ging darum, das damals noch «Prothetische Zahnmedizin» genannte Fachgebiet als eigenständige Disziplin mit deutlich fachübergreifender Dimension innerhalb der Zahnmedizin zu positionieren und vor allem auch gegen aussen deutlicher sichtbar werden zu lassen. Dabei dürften die bereits früher erfolgreich etablierten Fachgesellschaften für Kieferorthopädie und Parodontologie eine gewisse Vorbildrolle gespielt haben.

Der Spezialisierungsgedanke war das zweite Hauptziel, welches die Gründungs-Initianten vor Augen hatten. Dies war aus damaliger Sicht nicht unproblematisch, handelte es sich doch um ein Fachgebiet, welches seit jeher einen grossen Teil des «täglichen Brotes» der Allgemeinzahnärzte ausmachte und letztere befürchteten, diese Aktivität langfristig ganz oder teilweise an die zukünftigen Spezialisten zu verlieren. Wie sich im Laufe der folgenden Jahrzehnte zeigen sollte, waren diese Befürchtungen unbegründet. Fairerweise beinhalteten deshalb die Gründungsstatuten den Spezialisten-Status noch nicht. Dieser wurde erst später, nach zweimaligem Anlauf, von der Mitgliederversammlung homologiert und entsprechend in die Statuten der Gesellschaft aufgenommen.

Ein weiteres erwähnenswertes Ziel war schliesslich die Etablierung eines wirklichen Dialogs und einer echten Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Zahntechniker.

Wie viele Mitglieder zählte die Organisation zu Beginn?

Antwort: Ich entsinne mich nicht der genauen Ziffer. Es waren meines Wissens aber von Beginn an weit mehr als hundert Mitglieder. Auch hier gilt es wieder auf die entscheidende Rolle von Peter Schärer hinzuweisen, welcher innerhalb seiner Abteilung für Festsitzende Prothetik, Okklusion und Zahnärztliche Materialkunde an der Universität Zürich ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm etabliert hatte, welches auf optimale Weise die Prinzipien der angelsächsischen Spezialisierungsprogramme mit den traditionellen Schweizerischen Gegebenheiten in Einklang brachte. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang der Einbezug von entsprechend motivierten Privatpraktikern, welche regelmässig an den wöchentlich durchgeführten Seminaren und Fallvorstellungen teilnahmen und somit den direkten Bezug zur «Praxis» einbrachten. Häufig durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen mit Beteiligung von prominenten ausländischen Referenten ermöglichten zudem einem erweiterten Kreis von Kollegen die kontinuierliche Entwicklung des besagten Fachgebietes mitzuverfolgen. Damit war der Grundstein für eine breite Basis von zukünftigen Mitgliedern geschaffen.

Von der ZPGS zur SSRD: Was hat sich grundlegend verändert?

Antwort: Als ein wichtiges Element gilt es sicher die gesteigerte administrative Professionalität im weitesten Sinne zu erwähnen, was ein aktualisiertes, klares «Mission-Statement», eine moderne «Corporate Identity», attraktive Jahrestagungen, umfassende detaillierte Spezialisierungs-Reglemente inklusive der Subspezialitäten Materialkunde, Myoarthropathien, Alterszahnmedizin, Perioprothetik und Implantat-Prothetik, sowie eine effiziente Mitgliederbetreuung mit einschliesst.

In verstärkter Masse machte sich in den letzten Jahren auch die aktive Rolle der zunehmenden Zahl an Spezialisten bei der Gestaltung und Durchführung der Kongresse spürbar, was sich in einer gesteigerten Attraktivität und praktischen Relevanz der Themen niederschlug.

Wen soll die SSRD in Zukunft ansprechen? Was soll ein Mitglied von der Gesellschaft erwarten können?

Antwort: Nach wie vor in erster Linie die Allgemeinzahnärzte und die an einer weitergehenden Ausbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin interessierten Kollegen. Dann natürlich die sich in der Weiterbildung befindenden Universitätsassistenten und nicht zuletzt die Zahntechniker.

Ein Mitglied der SSRD erwartet sicherlich ein kontinuierliches, hochwertiges Fortbildungsangebot in Rekonstruktiver Zahnmedizin und deren Grenzgebiete, welches neben der Praxis auch

einen angemessenen Anteil des wissenschaftlich dokumentierten Fortschrittes umfasst.

Des Weiteren wird erwartet, dass die Fachgesellschaft im Sinne der Qualitätssicherung einerseits die Spezialisierungsgänge an den vier Schweizer Universitätsstandorten entsprechend des Akkreditierungsprinzips koordiniert und andererseits dafür sorgt, dass Spezialisten gefördert werden, die Rekonstruktive Zahnmedizin umfassend und auf hohem Niveau abzudecken vermögen. Zudem soll die Expertise der promovierten Spezialisten möglichst wirkungsvoll in den Dienst der Kollegen gestellt werden. Dazu gehören Kollegen-Beratung, Organisation von Seminaren und Fallplanungsdiskussionen in Study-Clubs, sowie auf Wunsch die Uebernahme von besonders komplexen Behandlungen.

Schliesslich erwarten Gesellschaftsmitglieder sicherlich auch regelmässige Informationen betreffend Kongresse und neuer Entwicklungen in den einzelnen Subspezialitäten via Forum und Internet, sowie bei Bedarf eine wirkungsvolle Öffentlichkeitsarbeit.

Wie haben Sie den Wandel der Rekonstruktiven Zahnmedizin in den letzten Jahrzehnten erlebt?

Antwort: Das Angesicht der konventionellen festsitzenden Prothetik hat sich aufgrund des Fortschrittes der adhäsiven Techniken einerseits und des unaufhaltsamen Vormarsches der modernen Implantologie andererseits, besonders deutlich verändert. Dies im Sinne eines deutlich reduzierten Indikationsspektrums sowohl für zahngetragene Einzelkronen als auch für Brückenarbeiten. Dieser Wandel, den ich grundsätzlich sehr begrüsse, hat sich wesentlich schneller vollzogen als ursprünglich erwartet. Die erwähnte Entwicklung hat einerseits dazu geführt, dass konservativere (strukturerehaltende) Vorgehensweisen vermehrt in den Vordergrund gerückt sind und andererseits oftmals deutlich weniger risikobehaftete Behandlungen zum Ersatz fehlender Zähne möglich geworden sind. Die markante Erweiterung des rekonstruktiven Therapiespektrums ist zwangsläufig mit der Verantwortung verbunden, diese neuen Möglichkeiten zumindest zu kennen, damit der Patient kompetent beraten werden kann. Gleichzeitig macht diese Entwicklung den Beruf des Zahnarztes aber auch zu einem der schönsten und kreativsten. Man denke hier nur an die mit der Entwicklung der neuesten Generation von intraoralen Scannern und CAD/CAM Systemen verbundenen Perspektiven.

Als weiteres Beispiel gilt es die heutigen Therapieansätze auf dem Gebiete der Myoarthropathien zu erwähnen, wo invasive, irreversible Vorgehensweisen wie beispielsweise okklusales Einschleifen oder ausgedehnte Rekonstruktionen zur Umsetzung zu rigider Okklusionskonzepte, glücklicherweise fast vollständig verschwunden und einer medizinisch-biologischen Grundhaltung gewichen sind.

Was verbindet Sie auch heute noch mit der Zahnmedizin und insbesondere mit der SSRD?

Antwort: An der Zahnmedizin, oder präziser an der Rekonstruktiven Zahnmedizin, fasziniert mich auch heute – gegen Ende meiner beruflichen Karriere – die bereits oben angesprochene Vielfalt der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die es gestatten das Ziel jeglicher zahnmedizinischer Tätigkeit, d.h. das langfristige Erhalten oder Wiederherstellen oraler Funktion, auf mittlerweile so strukturerhaltende Weise zu erreichen. Da die SSRD als Fachgesellschaft, im besten Sinne des Begriffes, an der erwähnten stetigen Entwicklung wesentlichen Anteil hatte und haben wird, empfinde ich ihr gegenüber eine besondere Verbundenheit und auch etwas Stolz, von Anfang an mit dabei gewesen zu sein. Dass mich auch eine langjährige persönliche Freundschaft mit vielen Mitgliedern verbindet, erachte ich als ein echtes Privileg.

Ich bedanke mich deshalb ganz herzlich für die Gelegenheit dieses Interviews und das damit verbundene Vertrauen.

Wir danken Ihnen ganz herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Wir freuen uns, Sie an unserem diesjährigen Jubiläumskongress und an der Jubiläumsfeier begrüßen zu dürfen.

11.5.2010/dn

Interview avec le Professeur Urs Belser

Monsieur le Professeur Belser, il y a 30 ans, vous étiez un des membres fondateurs de la SSRD. A part vous, qui d'autre a participé de manière déterminante à la fondation?

Réponse: C'est trop d'honneur. Oui, j'étais bien parmi les membres fondateur, mais les vrais initiateurs-fondateurs de l'ancienne ZPGS (Zahnärztlich Prothetische Gesellschaft der Schweiz) étaient, à ma connaissance, en premier lieu les professeurs Peter Schärer (UNI ZH), George Graber (UNI BS, président fondateur) et Jean-Noël Nally (UNI GE). Mais les professeurs Fritz Gasser (UNI BS), Alfred Geering (UNI BE, élaboration des statuts), Albert Gerber (UNI ZH), Erich Jahn (UNI BE), Mario Spirgi (UNI GE, vice-président) appartenaient également au noyau des fondateurs, ainsi que les amis personnels de longue date de Peter Schärer: Raoul Boitel, Franz Holzmann et Jean-Pierre Stauffer. Toutefois, je suis convaincu que plusieurs autres collègues, dont le nom m'échappe malheureusement, ont joué un rôle déterminant aux préparatifs de la fondation de la SSRD.

Quels sont les buts que vous aviez en vue lors de la fondation? Sur quoi aviez-vous mis l'accent?

Réponse: L'objectif précis de mon maître académique et mentor Peter Schärer était la création d'une société spécialisée, soutenue au niveau national et conçue d'après le modèle anglo-saxon, avec une responsabilité commune des praticiens privés et des représentants universitaires. Il

s'agissait de positionner le domaine spécialisé, nommé alors «Prothetische Zahnmedizin», en tant que discipline indépendante avec une dimension clairement interdisciplinaire au sein de la médecine dentaire, et surtout de la rendre plus visible envers l'extérieur. Pour cela, les sociétés spécialisées en chirurgie maxillaire et parodontologie – qui s'étaient déjà établies auparavant avec succès – ont probablement joué un certain rôle d'exemple. L'idée de la spécialisation était le deuxième but principal que les fondateurs avaient en tête. A l'époque, ce n'était pas sans problème car il s'agissait d'une discipline qui représentait depuis toujours une grande partie du «pain quotidien» des médecins dentistes généralistes, et que ceux-ci craignaient de perdre à long terme une partie de leurs activités au profit des futurs spécialistes. Au cours des décennies suivantes, il s'est avéré que ces craintes étaient infondées. C'est pourquoi, par loyauté, les statuts, lors de la fondation de la société, ne contenaient pas encore le statut de spécialiste. Celui-ci a été homologué plus tard, en deux tentatives, par l'assemblée générale, et inclus conformément dans les statuts de la société.

Finalement, un autre but à mentionner était l'établissement d'un vrai dialogue et d'une réelle collaboration avec le groupe professionnel des techniciens dentaires.

Combien de membres l'organisation comptait-elle au début?

Réponse: Je ne me souviens pas du chiffre exact. A ma connaissance, il y avait dès le début bien plus de cent membres. A nouveau, dès les origines de la société, il faut relever le rôle déterminant de Peter Schärer, qui à l'intérieur de son département pour la Festsitzende Prothetik, Okklusion und Zahnärztliche Materialkunde (prothèse fixe, occlusion et catalogue des matériaux dentaires) à l'Université de Zürich avait établi un programme de formation continue structuré qui conciliait de manière optimale les principes des programmes de spécialisation anglo-saxons avec les réalités traditionnelles suisses. A noter spécialement dans ce contexte l'incorporation dans son programme de praticiens privés motivés qui participaient régulièrement aux séminaires et présentations de cas organisés chaque semaine, et qui apportaient l'implication directe du «cabinet dentaire». De surcroît, des cours de formation continue fréquemment organisés avec la participation d'éminents collègues étrangers permettaient à un cercle étendu de collègues de suivre le développement continu de la discipline en question. Les premières fondations de la nouvelle société étaient en place et les futurs membres aussi.

De la ZPGS à la SSRD: Quels sont les changements fondamentaux?

Réponse: En tant qu'élément important, il faut certainement mentionner la professionnalité administrative améliorée au sens large, ce qui inclue un "mission statement" actualisé et clair, une "corporate identity" moderne, des congrès intéressants, des règlements de spécialisation

détaillés et complets, incluant les subsécialités telles que les biomatériaux, les myoarthropathies, la médecine dentaire chez les personnes âgées, la périoprothétique et prothétique implantaire ainsi que l'encadrement efficace des membres.

Ces dernières années, le rôle actif du nombre croissant de spécialistes se faisait également sentir dans une plus forte mesure lors de l'élaboration et réalisation des congrès, ce qui s'est traduit par une attractivité accrue et une pertinence pratique des sujets.

A qui veut s'adresser la SSRD à l'avenir? Qu'est-ce qu'un membre doit pouvoir attendre de la société?

Réponse:

En premier lieu, elle s'adresse toujours aux médecins-dentistes généralistes, ainsi qu'aux collègues intéressés à une formation continue dans la médecine dentaire reconstructive. Puis naturellement elle s'adresse aux assistants universitaires en formation postgrade et notamment aux techniciens dentaires.

Un membre de la SSRD attend certainement une offre continue de formation postgrade de grande qualité en médecine dentaire reconstructive et ses domaines limitrophes, qui, à part la pratique, comprend également une partie appropriée du progrès documenté scientifiquement.

De surcroît, on attend de la société spécialisée qu'elle sache coordonner d'un côté – au sens d'une garantie de la qualité – les spécialisations des quatre universités suisses conforme au principe de l'accréditation et de l'autre côté, qu'elle assure la promotion de spécialistes qui savent enseigner la médecine dentaire reconstructive de manière exhaustive et à haut niveau. En outre, l'expertise des spécialistes ayant préparé leur doctorat doit être mise au service des collègues de la manière la plus efficace. C'est-à-dire, ils conseillent les collègues, organisent des séminaires et des discussions de planification de cas dans des Study-Clubs, ainsi que, sur demande, se chargent de traitements particulièrement complexes. En fin de compte, les membres de la société attendent certainement aussi des informations régulières concernant des congrès et de nouveaux développements dans les différentes subspecialités moyennant le forum et internet ainsi que, le cas échéant, des relations publiques efficaces.

Comment avez-vous vécu les changements dans la médecine dentaire reconstructive pendant les décennies passées.

Réponse: L'aspect de la prothèse fixe conventionnelle a changé de façon spécialement perceptible en raison du progrès des techniques adhésives d'une part et de l'évolution inexorable de l'implantologie moderne de l'autre. Ceci se traduit évidemment par un spectre d'indications clairement réduit aussi bien pour les couronnes simples que pour les travaux de bridge. Ce changement – qu'en principe je salue beaucoup – s'est produit beaucoup plus rapidement que ce qu'on avait attendu à l'origine. Le développement mentionné a mené d'une part à ce que des procédés

conservateurs (préservant la structure) ont obtenu une place au premier plan et d'autre part, que des traitements portant clairement moins de risques sont devenus possibles pour remplacer des dents manquantes. L'élargissement prononcé du spectre des thérapies reconstructives est forcément lié à la responsabilité du médecin-dentiste qui doit au moins connaître ces nouvelles possibilités pour être en mesure de conseiller le patient de manière compétente. En même temps, cette évolution fait de la profession du dentiste une des professions les plus belles et les plus créatives. Par analogie, on n'a qu'à penser aux perspectives liées au développement qu'ont amené les dernières générations de scanners intra-oraux et systèmes CAD/CAM. Un autre exemple qu'il faut mentionner est celui aujourd'hui des approches thérapeutiques dans le domaine des myoarthropathies, où des procédures invasives et irréversibles – telles que par exemple le fraisage occlusal ou des reconstructions étendues pour la réalisation de concepts d'occlusion rigides – ont heureusement disparu presque entièrement et ont fait place à une attitude fondamentale de médecine biologique.

Qu'est-ce qui vous lie aujourd'hui encore à la médecine dentaire et particulièrement à la SSRD.

Réponse: La médecine dentaire, ou plus précisément, la médecine dentaire reconstructive, me fascine encore aujourd'hui – vers la fin de ma carrière professionnelle – parce qu'elle offre une multitude de possibilités diagnostiques et thérapeutiques déjà mentionnées plus haut, qui permettent d'atteindre le but de toute activité médico-dentaire, c'est à dire la préservation ou reconstitution de la fonction orale à long terme avec des moyens qui sont capables d'une conservation structurelle étonnante.

Comme la SSRD avait et aura – en tant que société spécialisée dans le meilleur sens du terme – une part considérable au développement constant mentionné, j'ai avec elle des liens étroits et spécifiques et je ressens aussi un peu d'orgueil d'y avoir participé dès le début. Je considère enfin comme un privilège le fait d'avoir une amitié personnelle de longue date avec beaucoup de membres de la SSRD.

C'est pourquoi je vous remercie très cordialement de m'avoir donné l'occasion de faire cette interview et de m'avoir honoré de votre confiance.

Nous vous remercions cordialement d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Nous serons ravis de vous recevoir à notre congrès anniversaire ainsi qu'à la fête anniversaire.

11.5.2010

Ersatz einer 30-jährigen Totalprothese durch eine Implantat-getragene Rekonstruktion im zahnlosen Oberkiefer

Remplacement d'une prothèse totale par une reconstruction implanto-portée dans la mâchoire supérieure édentée

Dr. med. dent. N. Enkling

Dr. med. dent. Joannis Katsoulis

Prof. Dr. med. dent, Regina Mericske-Stern

Aus dem Weiterbildungsprogramm für Rekonstruktive Zahnmedizin, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Bern, Schweiz

Eine zum Zeitpunkt der Befundaufnahme 62-jährige Patientin wünschte sich nach über 30 Jahren Zahnlosigkeit mit einer Oberkiefer-Totalprothese einen neuen Zahnersatz, welcher den Gaumen nicht bedecken sollte. Sie dachte an eine möglichst festsitzende Implantat-verankerte Rekonstruktion. Der allgemein-medizinische Zustand erwies sich als ausgezeichnet; die Patientin nahm keine Medikamente ein, war Nichtraucherin und sie verbrachte ihre Freizeit mit Wanderungen in den Bergen. Gerade wegen der vielseitigen sportlichen Aktivitäten hatte sie die Totalprothese als Einschränkung empfunden, war aber bei der Nachfrage nach Implantaten alio loco wegen fortgeschrittener Kammatrophie auf eine ablehnende Antwort der Zahnärzte gestossen. Die Patientin fühlte sich jedoch bereit, allenfalls auch eine ausgedehnte Behandlung mit grösseren chirurgischen Eingriffen auf sich zu nehmen und zeigte eine gewisse Risikobereitschaft. Sie hatte ihre Totalprothese im Oberkiefer regelmässig erneuern lassen, denn sie legte Wert auf gute Passgenauigkeit und Ästhetik. Gesamthaft zeigte die Patientin eine vernünftige und nicht unrealistische Vorstellung bezüglich ihrer Wünsche, meinte aber, dass mit der Entwicklung und dem laufenden Fortschritt heute mehr Optionen in der Implantologie bestehen müssten als noch vor einigen Jahren.

Wegen der tiefen Lachlinie der Lippe war der Kunststoff der Prothese im Bereich der Papillen nur minimal sichtbar (Bild1). Die Bisshöhe war in Ruhelage und bei Zahnkontakt korrekt. Einzig das Kinn erschien etwas prominent, bei eher flachem, leicht konkavem Mittelgesicht. Ästhetisch fiel die leicht lückige Frontzahnstellung sowie ein schmales Lippenrot auf.

Die intraorale Inspektion ergab normale Platzverhältnisse mit gesunder entzündungsfreier Mukosa vom dünnen Biotyp. Der Oberkiefer war zudem schmal in bucco-palatinaler Richtung, und die Palpation liess einen stark atrophierten Kieferknochen vermuten (Bild 2). Im anterioren Bereich betrug die Knochenhöhe 10 bis 12 mm, posterior unterhalb des Sinus knapp 8 mm (Bild3).

Die Kronenränder der beiden über 10-jährigen Seitenzahnbrücken mit distalen Fliegern waren

dicht. Die Brücke rechts war leicht erhöht beweglich, insbesondere beim distalen dünnen Pfeiler mit gekrümmter Wurzel. Die Sondierwerte lagen nirgends über 3 mm, aber der klinische Attachmentverlust der Eckzähne 33, 43 bukkal ergab Messwerte von 6 mm.

Die Patientin wünschte in einer ersten Phase den Oberkiefer zu rekonstruieren. Die bestehende Prothese (Bild 4) war als Diagnostikum und speziell zur Implantatplanung verwendbar, da die Bisshöhe, die Passgenauigkeit, die Stabilität, die Zahnpositionen und die Okklusion auch aus zahnärztlicher Sicht als befriedigend eingestuft wurden.

Für die definitive Analyse und Planung sowie Entscheidungsfindung wurde ein CT des Oberkiefers zusammen mit der bestehenden Prothese veranlasst. Damit konnte die Implantatposition am Computer virtuell in 3-dimensionaler Sicht optimal in Bezug auf das Knochenangebot evaluiert werden. Die Implantate wurden virtuell positioniert und, wie von der bestehenden Prothese vorgegeben, in korrekter Achsenneigung bezüglich der Zahnposition auf der Prothese ausgerichtet. Das Ziel dieser Planung am Bildschirm war, die Implantate so zu positionieren, dass eine direkt ab Implantatniveau verschraubbare Brücke hergestellt werden kann. Die Analyse des CTs bestätigte, dass der Kieferkamm zirkulär sehr dünn war (Bild 5) und kaum eine genügende Kammbreite aufwies. Die Patientin wurde im Beisein eines Spezialisten für Schädel-Kiefer-Gesichtschirurgie über die verschiedenen Varianten von Kammaufbauten mit Beckenkamm informiert. Schliesslich lehnte sie wegen der Invasivität und der langen Einheilphase, welche mit einer starken Einschränkung der sportlichen Aktivitäten einhergehen würde, solche Eingriffe ab. Als etwas empirische Variante wurde nun die Möglichkeit einer Bone-Split Technik mit Piezo-Chirurgie vorgeschlagen und das Setzen der Implantate im gleichen chirurgischen Eingriff in Lokalanästhesie. Die Patientin entschied sich für diesen Eingriff, wobei eine Einheilphase von 6 bis 8 Monaten Voraussetzung war. In dieser Phase musste die Patientin einen reduzierten Prothesentragkomfort in Kauf nehmen. Gesamthaft wurden 6 Implantate vorgesehen.

Nach der Lokalanästhesie wurde eine auf der virtuellen Planung basierende Operationsschiene stereolithographisch hergestellt, intraoral mit den zugehörigen Pins befestigt und die Position der 6 Implantaten transmukosal vorgebohrt (Bild 6). Anschliessend wurde die Schiene entfernt und ein reiner Mukosalappen gebildet, damit das Periost mit der dünnen Knochenlamelle verbunden blieb. Die prospektiven Implantatpositionen waren

gut erkennbar. Anschliessen erfolgte eine sorgfältige Trennung des Kieferkammes mit den Piezoinstrumenten ohne Verlust von Knochenspänen bis zu einer Tiefe von 75% der Implantatlänge. Mit kleinen Keilen wurde die Spalte zwischen den Knochenlammellen offen gehalten (Bild 7). Für die beiden posterioren Implantate wurde zusätzlich eine transcrestale Augmentation mit Osteotomen um ca. 3 mm in den Sinus ausgeführt, der Apex der 4 anterioren Implantate lag stabil im ortständigen Knochen. Nachdem alle Implantate in korrekter Position mit ausreichender Primärstabilität gesetzt waren, wurde der restliche Raum zwischen den Knochenlammellen mit Bio-Oss ausgefüllt (Bild 8,9) und die Mukosa primär verschlossen. Die Wundheilung verlief komplikationslos und ohne grössere Schwellungen oder Nahtdehiszenz, so dass die Nähte nach 14 Tagen entfernt werden konnten. Nach etwa 4 Wochen waren die Verhältnisse stabil, die Mukosa zeigte keine Entzündungszeichen und die Patientin war vollkommen schmerzfrei, so dass die Prothese sorgfältig angepasst und mit weichbleibendem Material passgenau unterfüttert werden konnte.

Nach der 7-monatigen, beschwerdefreien Einheilphase wurde die Wiedereröffnungsoperation durchgeführt, wobei die Position der Implantate mit Hilfe der Operationsleitschiene sofort aufgefunden werden konnte (Bild 10). Die Implantatstabilität (RFA Messung) schien gut, und nach 10 Tagen erfolgte die Abformung mit verschraubten Transferkappen und einem individuellen Löffel (Bild 11). Der Datatransfer in den Artikulator erfolgte mit einer Wachsschablone, Pfeilwinkelregistrator und Gesichtsbogen. Auf Wunsch der Patientin sollte die Zahnform und Zahnaufstellung möglichst ähnlich der alten Prothese, aber leicht «verschönert» und regelmässiger sein. Der Techniker fertigte auf dem Meistermodell mit präfabrizierten Kunststoffkappen und Duralay ein kleines Kunststoffgerüst an (Bild 12), das für die Wachseinprobe mit der Zahnaufstellung diente (Bild 13). In zwei Sitzungen, auch im Beisein des Ehemanns der Patientin, wurde die Zahnaufstellung ästhetisch und funktionell einprobiert, korrigiert und optimiert. Nachdem alle Beteiligten ihr Einverständnis zur definitiven

Gesamteinprobe gegeben hatten, wurde der Auftrag für die Fertigstellung der Arbeit im zahntechnischen Labor gegeben.

Zuerst wurde die Zahnaufstellung verschlüsselt und das bestehende Kunststoffgerüst entsprechend der vorgegebenen Zahnaufstellung mit Wachs ergänzt und dann erfolgten der Scanprozess und das Fräsen des Titangerüstes (Bild 14,15) im Fräszentrum. Nach einer Gerüsteinprobe wurde die Arbeit fertiggestellt, und die Abgabe der spannungsfrei verschraubbaren Rekonstruktion verlief für alle Seiten mit grösster Zufriedenheit (Bild 16,17,18, 19, 20). Das OPT zeigte zirkulär eine saubere und präzise Passgenauigkeit des Gerüsts auf der Implantatschulter (Bild 21). Zwei Wochen nach Eingliederung verreiste die Patientin für einen Monat ins Ausland und gewöhnte sich problemlos an die neue Situation. Als am besten geeignete Hygienehilfsmittel erweisen sich eine Ultraschallzahnbürste und metallfreie Interdentaltbürstchen mit flexiblen Borsten und Stiel aus Silikon. Die Ultraschallzahnbürste konnte zudem durch ein Wasserstrahlgerät ergänzt werden.

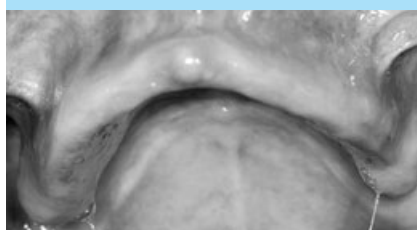
Der Fall lässt die öfters beschriebene Problematik des Oberkiefers erkennen. Nach wie vor scheint die Implantatversorgung des zahnlosen Oberkiefers im Vergleich mit anderen Indikationen etwas weniger erfolgreich zu sein, wie das frühere Untersuchungen zeigen (Jemt et al. 1993, Chan et al. 1998). Zudem spielen beim zahnlosen Oberkiefer ästhetisch, morphologische und technische Aspekte eine grosse Rolle. Da heute die Entwicklung moderner computergestützter Technologien fortschreitet, sollte dieser bei der Planung und im ganzen Ablauf einer komplexen Behandlung mit Implantaten ein grosser Platz eingeräumt werden (Rosenfeld et al. 2006, Ganz 2008). Deshalb sind gute Kenntnisse und klinische Erfahrung in der Totalprothetik eine absolute Voraussetzung. Über die Präzision bei der operativen und klinischen Umsetzung dieser virtuellen 3-D Methoden wurde kontrovers diskutiert, wobei Studien auf eine befriedigende Genauigkeit des Vorgehens hinweisen (Ersoy et al. 2008, van Asche et al. 2007). Dabei wurde und wird oft zuviel Gewicht auf die transmukosale

Chirurgie oder die Sofortbelastung gelegt, während vor allem das Potenzial der Planung und der Voraussagbarkeit der Behandlung hervorgehoben werden sollte (van Steenberghe et al. 2005).

Die Tendenz, mit weniger invasiven, lokalen Eingriffen in Lokalanästhesie den Oberkiefer zu rehabilitieren, ist verständlich. Das hier gezeigte Vorgehen ist etwas unkonventionell und die Piezochirurgie ist in der oralen Chirurgie nicht generell verbreitet. Die Piezochirurgie wurde gewählt (Vercellotti et al. 2001), da sie unter den gegebenen Bedingungen am besten als Knochen sparend erschien. Das Potential und die erfolgreiche Anwendung des Knochenersatzmaterials Bio-Oss wurden für verschiedene Indikationen beschrieben (Artzi et al. 2001, Trainin et al. 2007) und man darf eine gute Regeneration erwarten.

Die hier gezeigte Brückenrekonstruktion hat ein einfaches Design und ist verhältnismässig kostengünstig (Balmer & Mericske 2007). Es orientiert sich von der Technologie her an der Stegprothetik (Mericske 2000, Kiener et al. 2001). Die Prothesenbasis kompensiert die Atrophie des Kiefers zu einem grossen Teil, die Lippe wird gestützt und die Gingiva-Architektur wieder hergestellt. Dank der virtuellen 3-D Planung konnte die Implantatachse prospektiv korrekt für eine direkte Verschraubung ab Implantatniveau definiert werden. Der Verzicht auf Implantatabutments vereinfacht die Herstellung und das ganze technische Procedere sowie die klinische Arbeit am Patienten. Neuere Daten zeigen, dass solche CAM gefertigte Gerüste recht präzise sind und bessere Passgenauigkeit als gegossene VMK-Gerüste aufweisen (Al Fadda et al. 2007, Ortop & Jemt 2004). Die hier vorgestellte Patientin hatte sich sehr rasch angewöhnt, und empfand keine Probleme bei der Lautbildung, wie sie für festsitzende Rekonstruktionen beschrieben worden sind (Heydecke et al. 2004). Sie meisterte mit positiver Einstellung das Problem sofort und möchte auf den Komfort der festsitzenden Brücke nicht mehr verzichten.

(Verwendete CAD CAM Technologie: Nobelguide / Procera)



2. Dünner, schmaler Kamm im Oberkiefer
► *Crête fine et étroite dans la mâchoire supérieure*

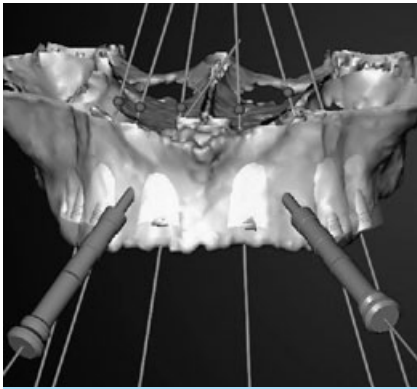
1. Lachbild mit der alten Prothese, der Basis-kunststoff ist im Bereich der Papille leicht sichtbar, der Overjet beträgt 4 bis 5 mm.
► *Sourire avec l'ancienne prothèse. La résine de base est légèrement visible dans la région de la papille et l'overjet comporte 4 à 5 mm.*



3. OPT
► *OPT*



4. Alte, gut passende Prothese
► *Ancienne prothèse bien adaptée*



5. Computer assistierte Planung: Die gelbe Farbtonung weist auf ein zu knappes Knochenangebot hin.
 ► Planification assistée par ordinateur: La coloration jaune (radius de 1,5 mm autour de l'implant) indique une masse osseuse trop faible.



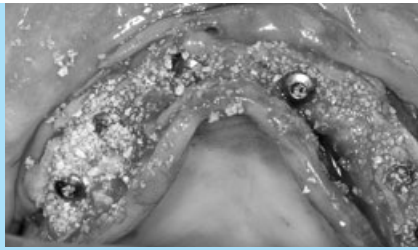
6. Befestigung der stereolithographischen Operationsleitschiene für die transmukosale Pilotbohrung
 ► Fixation du guide chirurgical stéréolithographique pour le forage pilote transmuqueux



7. Kieferkamm mit Bone-Splitting und Keilen, um den neu geschaffenen Spalt zwischen den Lammellen, mit Keilen gestützt
 ► Bone-Splitting: Après la séparation du tronçon de la crête, la fente créée entre les lamelles est maintenue avec des coins



8. Linke Seite mit 3 korrekt platzierten Implantaten
 ► Côté gauche avec 3 implants correctement posés



9. Der restliche Spalt zwischen den Knochenlamellen wird mit Bio-Oss gefüllt.
 ► La fente restante entre les lamelles osseuses est remplie avec du Bio-Oss.



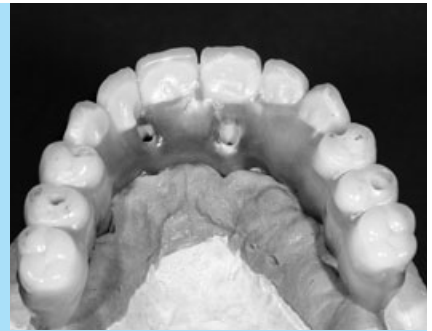
10. Wiedereröffnung mit der Schiene: Die eingesetzten Einheilkappen sind gut sichtbar und lassen die korrekte Implantatposition, wie geplant, erkennen.
 ► Réouverture avec le guide: Les coiffes de cicatrisation sont bien visibles et laissent entrevoir la position correcte des implants telle que planifié avant à l'ordinateur.



11. Abformung mit verschraubten Transferpfosten nach der Abheilphase.
 ► Prise d'empreinte avec des piliers de transfert vissés après la phase de cicatrisation.



12. Nach der Bissnahme wird auf dem Meistermodell ein Kunststoffgerüst hergestellt.
 ► Après la prise d'occlusion, un châssis en matière plastique est confectionné sur le modèle de travail.



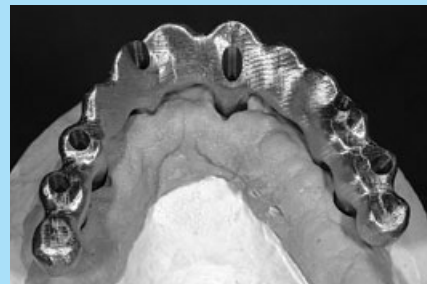
13. Kunststoffgerüst: die Prothesenzähne werden mit Wachs befestigt zur Vorbereitung für die Einprobe im Mund der Patientin.

► Châssis en matière plastique: les dents de la prothèse sont fixées avec de la cire en vue de l'essai dans la bouche de la patiente.



14. Mit Wachs ergänztes Gesamtmodell nach der definitiven Einprobe, für den Scanprozess im Scanner montiert

► Modèle du châssis en matière plastique complété avec de la cire, monté dans le scanner pour effectuer le scan



15. Gefrästes direkt ab Implantatniveau verschraubtes Titangerüst

► Structure en titane fraisée, vissée directement au niveau des implants.



16. Arbeit auf dem Modell: palatinale Ansicht
 ► Travail sur le modèle: Vue palatine



17. Fertig gestellte Brücke: die Gingivaarchitektur ist mit Prothesenbasis Material gestaltet, die Basis ist überall konvex (Reinigung).

► Pont définitif en place: L'architecture gingivale est formée avec la résine de la prothèse, la base étant entièrement convexe (hygiène plus facile).



18. Die Brücke ist verschraubt in situ.

► Le pont est vissé in situ.



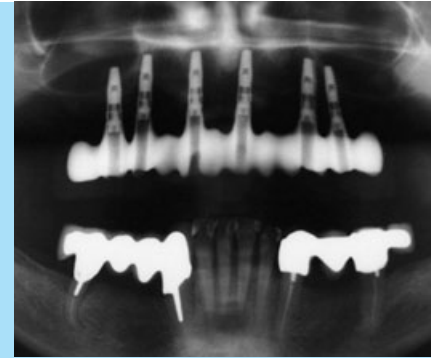
19. Seitliches Bild mit Gesichtsprofil: die Zahnlänge ist korrekt, die Zahnachse etwas steiler als auf der alten Prothese.

► Vue latérale avec profile du visage: La longueur des dents est correcte, l'axe des dents est un peu plus marqué que sur l'ancienne prothèse.



20. Lachbild mit der neuen Prothese

► Sourire avec la nouvelle prothèse



21. OPT nach Einsetzen der Rekonstruktion

► OPT après mise en place de la reconstruction

Remplacement d'une prothèse totale par une reconstruction implanta-portée dans la mâchoire supérieure édentée

Extrait du programme de formation continue pour la médecine dentaire reconstructive, Clinique de parodontologie et de prothèse dentaire conjointe, Université de Berne, Suisse

Une patiente, âgée de 62 ans au moment de l'anamnèse, ayant passé plus de 30 ans avec une mâchoire supérieure édentée et une prothèse totale pour y remédier, désirait obtenir une nouvelle reconstruction dentaire qui ne couvrait pas le palais. Elle pensait à une reconstruction implanta-portée, si possible fixe. L'état médical général s'avérait excellent, la patiente ne prenait jamais de médicaments, ne fumait pas et passait son temps libre en faisant des randonnées en montagne. C'est précisément à cause de ses multiples activités sportives, qu'elle avait senti la prothèse totale comme une entrave. Toutefois les renseignements qu'elle avait reçus de la part des dentistes consultés concernant les implants lui procuraient des réponses négatives à cause d'une atrophie avancée de la crête. La patiente était cependant même prête à subir un traitement étendu avec des interventions chirurgicales plus importantes et était disposée à courir un certain risque. Elle avait fait renouveler régulièrement sa prothèse totale à sa mâchoire supérieure, car elle était exigeante quant à la précision d'ajustement et à l'esthétique. Dans l'ensemble, la patiente avait une idée raisonnable et assez réaliste en ce qui concernait ses désirs. Cependant, elle estimait que le développement et le progrès constant de nos jours devrait permettre d'envisager plus d'options en implantologie qu'il y avait quelques années.

A cause de la ligne de sourire basse de sa lèvre, la résine prothétique était très peu visible dans la région des papilles (Image 1). La hauteur occlusale était correcte en position de repos et lors du contact des dents. Seul le menton paraissait un peu protubérant, le visage moyen étant plutôt plat et légèrement concave. Du point de vue esthétique, on remarquait la position légèrement espacée des dents antérieures et le vermillon labial plutôt étroit.

L'inspection intraorale montrait des conditions d'espace normales et une muqueuse de biotype fin saine et sans inflammation. Par ailleurs, la mâchoire supérieure était étroite en direction bucco-palatine et la palpation laissait deviner un maxillaire fortement atrophié (Image 2). Dans la partie antérieure, la hauteur de l'os comportait 10 à 12 mm, postérieurement, au-dessous du sinus, il mesurait à peine 8 mm (Image 3).

Les marges coronaires des deux bridges latéraux – âgés de plus de 10 ans, avec des éléments en extensions distales – étaient étanches. Le bridge droit avait une mobilité légèrement augmentée, notamment au niveau du pilier distal mince avec une racine incurvée. Les valeurs de sondage n'étaient nulle part supérieures à 3 mm, mais la perte d'attache clinique des canines 33, 43 côté buccal, donnaient des valeurs de 6 mm.

Dans un premier temps, la patiente désirait faire reconstruire la mâchoire supérieure. La prothèse existante (Image 4) pouvait servir pour le diagnostic et spécialement pour la planification des implants, car la hauteur occlusale, la précision d'ajustement, la stabilité, les positions des dents et l'occlusion pouvaient être classées comme satisfaisantes, également du point de vue du médecin-dentiste.

Pour l'analyse définitive et la planification ainsi que pour la décision, un CT de la mâchoire supérieure avec la prothèse existante, a été effectué. Ce qui a permis d'évaluer tridimensionnellement la position virtuelle optimale des implants à l'ordinateur en relation avec la masse osseuse à disposition. Les implants ont été positionnés virtuellement et, comme indiqué par la prothèse existante, ajustés en inclinaison axiale correcte relativement à la position des dents sur la prothèse.

L'objectif de cette planification à l'écran était de positionner les implants de telle manière qu'il soit possible de confectionner un bridge pouvant être vissé directement à partir du niveau des implants. L'analyse du CT a confirmé que la crête alvéolaire était très mince circulairement (Image 5) et n'était guère assez épaisse. En présence d'un spécialiste en chirurgie crânio-maxillo-faciale, la patiente a été informée des différentes variantes d'extension de la crête avec du matériel de la crête iliaque. Finalement, elle a refusé de telles interventions, vu leur invasivité et la longue période de guérison qui aurait signifié une forte réduction de ses activités sportives. En tant que solution un peu empirique, on a proposé alors la possibilité d'une technique Bone-Split avec Piezo-chirurgie et la pose des implants pendant la même intervention chirurgicale sous anesthésie locale. La patiente s'est décidée pour cette intervention, une phase de cicatrisation de 6 à 8 mois étant la condition préalable. Pendant cette phase, la patiente devait accepter un confort réduit quant au port de sa prothèse. 6 implants étaient prévus en tout.

Après l'anesthésie locale, un guide chirurgical, fabriqué de manière stéréolithographique sur la base de la planification virtuelle, a été fixé en intra-oral avec les vis adéquates et la position des 6 implants a été pré-forée au travers de la muqueuse

(image 6). Ensuite, le guide a été retiré et un lambeau en épaisseur partielle a été effectué afin que le périoste reste relié à la fine lamelle d'os cortical. Les positions prévues pour les implants étaient bien reconnaissables. Ensuite une séparation soignée de la crête de la mâchoire a été réalisée avec les instruments de Piezo-chirurgie, sans perte d'éclats d'os jusqu'à une profondeur de 75% de la longueur des implants. A l'aide de petits coins, l'espace entre les lamelles d'os a été préservé (Image 7). Pour les deux implants postérieurs, une augmentation transcristale avec des ostéotomes d'environ 3 mm a été effectuée dans le sinus, l'apex des 4 implants antérieurs étant logé de manière stable dans l'os d'origine correspondant. Après la pose de tous les implants en position correcte avec une stabilité primaire suffisante, l'espace restant entre les lamelles d'os a été rempli avec du Bio-Oss (Image 8,9) et le site fermé primordialement. La cicatrisation s'est déroulée sans complications et sans grandes enflures ou déhiscence des sutures. Les sutures ont pu être retirées au bout de deux semaines. Après environ 4 semaines, la situation était stable, la muqueuse sans signes d'inflammation et la patiente ne présentait aucune symptomatologie, de manière à ce que la prothèse pouvait être adaptée avec précaution, puis rebasée et ajustée avec du matériel restant mou.

Après 7 mois de cicatrisation sans problèmes, l'opération de réouverture a été effectuée, à l'aide du guide chirurgical, permettant de retrouver immédiatement la position des implants (Image 10). La stabilité des implants (mesure RFA) a semblé bonne, et après 10 jours a eu lieu la prise d'empreinte à l'aide de piliers de transfert vissés et d'un porte empreinte individuel (Image 11). Le transfert des données sur l'articulateur a été effectué avec un gabarit en cire, un enregistrement de la position d'intercuspidation et un arc facial. Le désir de la patiente était que la forme et la mise en place des dents soient similaires à l'ancienne prothèse, mais légèrement «embelli» et plus régulière. Le technicien a alors fabriqué un petit châssis sur le modèle maître avec des coiffes préfabriquées en matière plastique et en Duralay (Image 12), qui a servi pour l'essai en cire pour l'essai des dents (Image 13). En deux séances, en présence de l'époux de la patiente, le montage des dents a été essayé, corrigé et optimisé esthétiquement et fonctionnellement. Après que tous les participants aient donné leur accord pour l'essai général définitif, la commande pour la finition du travail a été donnée au laboratoire dentaire.

D'abord le montage des dents a été scanné et le châssis existant en matière plastique complété avec de la cire conformément à l'alignement des dents imposé. Ensuite le scan et le fraisage de l'armature en titane ont été effectués au centre de fraisage (image 14, 15). Après un essai de l'armature, le travail a été achevé et la pose de la reconstruction, vissée sans tension, s'est déroulée à l'entière satisfaction de tous les partis (Image 16, 17, 18, 19, 20). L'orthopantomographie a démontré en circulaire une précision d'adaptation nette et propre du support au niveau du col de

l'implant (Image 21). Deux semaines après la mise en bouche, la patiente s'est rendue à l'étranger pour un mois et s'est habituée sans problème à la nouvelle situation. Une brosse à dent sonore s'est avérée comme le meilleur moyen pour l'hygiène buccale, ainsi que des brossettes interdentaires sans métal, avec des poils flexibles et un manche en silicone. La brosse à dent sonore a pu être complétée par un appareil à jet d'eau.

Ce cas laisse apercevoir la problématique souvent décrite pour la mâchoire supérieure. Le traitement par implants de la mâchoire supérieure édentée semble continuer à avoir moins de succès en comparaison à d'autres indications, comme le déroulement des études antérieures (Jemt et al 1993, Chan et al 1998). De surcroît, des aspects esthétiques / morphologiques et techniques jouent un rôle important pour la mâchoire supérieure édentée. Puisque aujourd'hui le développement des techniques modernes assistées par ordinateur évolue constamment, celui-ci devrait avoir une place importante lors de la planification et le déroulement intégral d'un traitement complexe par implants (Rosenfeld et al. 2006, Ganz 2008). C'est pour cela que de bonnes connaissances et de l'expérience clinique dans la prothétique totale sont une condition absolue pour la réalisation opérative et clinique de ces méthodes en 3-D. Bien sûr il y a controverse sur la précision lors de la réalisation opératoire et clinique de ces méthodes virtuelles en 3-D. Pourtant, certaines études démontrent une exactitude satisfaisante du processus (Ersoy et al 2008, van Asche et al 2007). En l'occurrence, on attachait et on attache encore trop d'importance à la chirurgie transmuqueuse ou à la mise en charge immédiate, alors qu'on devrait surtout mettre en avant le potentiel de la planification et du pronostic du traitement (van Steenberghe et al 2005).

La tendance à réhabiliter la mâchoire supérieure moyennant des interventions locales moins invasives sous anesthésie locale, est compréhensible. La méthode ici démontrée est quelque peu non conventionnelle et la chirurgie Piezo-électrique n'est généralement pas répandue en chirurgie orale. La Piezo-chirurgie a été choisie (Vercellotti et al 2001) puisqu'avec les présentes conditions, elle semblait mieux ménager l'os. Le potentiel et l'utilisation réussie du matériel de substitution osseuse Bio-Oss ont été décrits pour diverses indications (Artzi et al 2001, Trainin et al 2007) et on peut s'attendre à une bonne régénération.

La reconstruction d'un bridge, comme démontrée ici, utilise un design simple et son coût est relativement avantageux (Balmer & Mericske 2007). Pour la technologie, elle s'oriente à la prothétique sur barres (Mericske 2000, Kiener et al 2001). La base de la prothèse compense en grande partie l'atrophie de la mâchoire, la lèvre est soutenue et l'architecture gingivale est rétablie. Grâce à la planification virtuelle en 3-D, l'axe des implants a pu être correctement prédéfini pour que la reconstruction définitive puisse être vissée directement au niveau des implants. Ayant renoncé à des piliers implantaires, la confection et tout le processus

technique ainsi que le travail clinique avec la patiente ont été simplifiés. Des données plus récentes montrent que les structures confectionnées par CAM sont assez précises et que l'exactitude de la mise en place est meilleure que celle des structures céramo-métalliques coulées (AL Fadda et al 2007, Ortrop & Jemt 2004). La patiente que nous vous avons présentée ici, s'est très vite accoutumée et n'a rencontré aucun problème de phonation, telle qu'il est décrit pour un tel traitement (Heydecke et al. 2004). Elle a maîtrisé le problème aussitôt avec une attitude positive et ne voudrait plus se passer du confort d'un pont fixe.

*(Technologie CAD//CAM utilisée:
Nobelguide / Procera)*

Impressionen des Jahreskongresses 2009 Impressions du congrès 2009

Das mehrdimensionale Assessment beim alternden Menschen

Von Prof. Dr. Christian E. Besimo

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien, Universitätskliniken für Zahnmedizin der Universität Basel

Die demographische Entwicklung wird in absehbarer Zukunft noch verstärkt dazu führen, dass immer mehr ältere und betagte Menschen nicht nur medizinische, sondern auch zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen werden. Sie werden bestrebt sein, ihre in jüngeren Lebensjahren zur Selbstverständlichkeit gewordene Gewohnheit der regelmässigen Kontrolle und Nachsorge bei Zahnarzt, Dentalhygienikerin oder Prophylaxeassistentin so lange als möglich weiterzuführen. Der Zahnarzt und sein Team haben dabei, im Gegensatz zum Hausarzt, in der Regel das Privileg, ihre Patienten, unabhängig von neu eintretenden Krankheitssituationen, in regelmässigen, individuell festgelegten Zeitabständen und pro Kontroll- oder Behandlungstermin über einen meist deutlich längeren Zeitraum sehen und beobachten zu können. Hiermit wäre der Zahnarzt in besonderem Masse in der Lage, unterstützend zur hausärztlichen Betreuung über die Zeit auftretende Anzeichen von für die Mundgesundheit relevanten medizinischen oder psychosozialen Defiziten frühzeitig zu erkennen und die betroffenen Patienten einer fachärztlichen Diagnostik und Therapie zuzuführen.

Die Beteiligung des zahnärztlichen Teams am medizinischen und psychosozialen Assessment könnte somit eine nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch wirksame Unterstützung bei der mehrdimensionalen Erfassung alternder Menschen darstellen, indem alternsspezifische Erkrankungen und Einbußen physischer sowie psychischer Funktionen möglicherweise früher als bisher

erkannt und hiermit langfristig Hospitalisierungen oder Heimeinweisungen eher vermieden bzw. hinausgezögert werden könnten. Zudem dürfte dieses mehrdimensionale Assessment auch zu einer besseren Einschätzung der Leistungsfähigkeit und somit zu einem der individuellen Lebenssituation eher entsprechenden Umgang mit dem alternenden Menschen verhelfen, frei von stereotypen Altersbildern. Es könnten Hinweise zu Resilienz, Plastizität und möglichen Bewältigungsstrategien gewonnen werden, die sich zur Förderung der Compliance und Mitarbeit während zahnärztlicher und interdisziplinärer Therapiemaßnahmen sowie bei der Langzeitbetreuung nutzen lassen. Die Grundlage dieses Konzeptes bildet ein Patientenscreening mit einfachen Hilfsmitteln wie Anamnesebogen, Medikamentenliste, Checklisten zur Patientenbeobachtung (siehe Anhang) und wenigen Screeningverfahren des geriatrischen Assessments, die durch den Zahnarzt und sein Team ohne oder mit nur geringem zeitlichen Mehraufwand im Rahmen der Anamnese, der Diagnostik und der Therapie systematisch zur Anwendung gelangen können. ■

Fallpräsentation zur prothetischen Versorgung einer Patientin mit operierter Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte

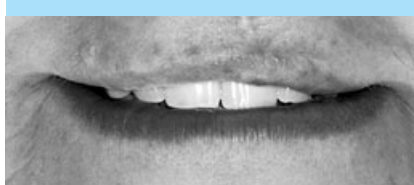
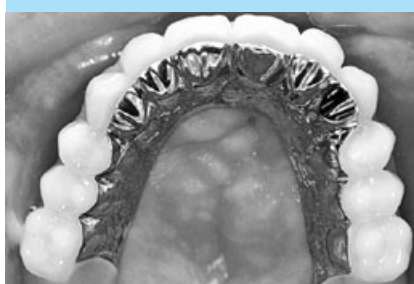
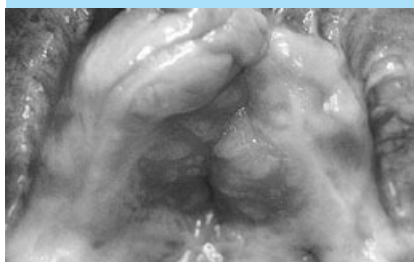
R. Kellerhoff

Abstract, SSRD-Jahrestagung 30.10.2009, Kursaal Bern

Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten sind Hemmungsfehlbildungen. Die Ursache der Störung ist oftmals unbekannt. Es kommt zu einem ungenügenden Verschmelzen der embryonalen Gesichtswülste oder Gaumenfortsätze. Die Inzidenz bei Individuen mit weißer Hautfarbe liegt bei 1 : 600 – 800 Lebendgeborene.

Aus parodontalen Gründen und wegen multipler fortgeschrittener Sekundärkaries war bei der 52-jährigen Patientin die Räumung der verbliebenen Oberkiefer-Pfeilerzähne indiziert. Nach synoptischer Vorbehandlung und Reevaluation erfolgte die Insertion von 5 Implantaten in Regio 16, 14, 12, 23 und 25. Es wurde eine Stegprothese mit hufeisenförmigem Design ohne Gaumenbedeckung mit individuell gestaltetem Backing angefertigt. Im Unterkiefer kam das Konzept der verkürzten Zahnreihe zur Anwendung.

Mit der implantatgetragenen Stegversorgung im Oberkiefer konnten die funktionellen, ästhetischen und phonetischen Probleme der Patientin zufriedenstellend gelöst werden. Eine festsitzende Variante im Oberkiefer wurde nicht diskutiert, da u.a. im Zusammenhang mit der LKG-Spalte eine unzureichende palatale Defektkompensation verbunden mit phonetischen Problemen zu erwarten gewesen wäre. Für eine Versorgung mit Overdenture hatte auch die weniger invasive chirurgische Behandlung gesprochen. Es war eine geringere Implantanzahl notwendig, wodurch weniger Kosten entstanden. Die bestehende Tendenz zur Klasse III (Mikrognathie) konnte mit dieser Behandlungsvariante ebenfalls gut kompensiert werden.



Mit der Patientin wurde auch eine mögliche Behandlung im Unterkiefer besprochen. Beidseitige Schalllücken im Molarenbereich bestanden schon seit Jahren, jedoch hatte die Patientin nie einen Lückenschluss gewünscht. Nun waren beide Weisheitszähne hoffnungslos und mussten extrahiert werden. Da bereits seit Jahren kein antagonistischer Kontakt zu 38 und 48 bestand, war quasi eine verkürzte Zahnreihe bereits über viele Jahre vorhanden. An diese Situation hatte sich die Patientin problemlos adaptiert. Sie klagte zu keinem Zeitpunkt über Probleme im Bereich der Kiefergelenke. Der Berner Kurztest war unauffällig. Die Mundhygiene hatte sich im Vergleich zum Therapiebeginn anhaltend verbessert. Durch die abnehmbare Rekonstruktion konnte die Patientin nun adäquat reinigen und so die diesbezüglich gute Prognose der gewählten Rekonstruktion langfristig aufrechterhalten.

Allgemeinmedizinisch waren keine Faktoren bekannt, welche die Prognose negativ beeinflussen könnten. ■

Wandel des Alters

François Höpflinger

(www.hoepflinger.com)

Die späteren Lebensphasen (50plus) unterliegen einem dreifachen Wandlungsprozess. Erstens ergibt sich eine rasche demografische Alterung der Bevölkerung einerseits durch geringe Geburtenraten und andererseits durch eine erhöhte Lebenserwartung älterer Menschen. Zweitens kommen neue Generationen mit anderen Lebenshintergründen ins Alter. Namentlich die älter werdenden Babyboomer haben individualisierte Ansprüche an das spätere Leben. Sie sind gleichzeitig oft besser ausgebildet und wirtschaftlich gut abgesichert, wodurch sie auch die nachberufliche Lebensphase aktiver angehen. Drittens – damit verbunden – zeigen sich neue Formen des Alterns, ausgelöst durch gerontologische Kompetenzmodelle, die auf vorhandene Kompetenzen und Ressourcen älterer Menschen hinweisen. Modellvorstellungen eines aktiven oder sogar produktiven Alters postulieren ein hohes Aktivitätsniveau in späteren Lebensphasen als eine bedeutsame Voraussetzung für ein glückliches und erfülltes Altern.

Alle drei Wandlungsprozesse beeinflussen sich gegenseitig, und nur der Einbezug aller Wandlungsprozesse ermöglicht ein differenziertes Verständnis neuer Entwicklungen der zweiten Lebenshälfte. Speziell die Kombination des Alterns sozial und kulturell mobiler Generationen und Modellen aktiven und kompetenzorientierten Alterns führen zu einer verstärkten Dynamik der späteren Lebensphase, die historisch neu ist.

Dies hat auch beträchtliche Auswirkungen auf die medizinische bzw. zahnmedizinische Beratung und Behandlung: Neue Generationen älterer Menschen haben höhere Ansprüche an Gesundheit und medizinische Behandlungen. Gleichzeitig ist der Wunsch, möglichst lange «jung» zu bleiben, bei manchen älteren Menschen ausgeprägt (wodurch Zahnmedizin und Anti-Ageing ver-schränkt werden). An neue Technologien, Moden

und Produkten gewohnt – und psychologisch oft geschult – handelt es sich bei älteren Kunden und Kundinnen immer häufiger um selbstbewusste und gut informierte ältere Kunden (die wünschen altersgerecht beraten zu werden, aber ja nicht als «alt» eingestuft zu werden). In diesem Rahmen verschieben sich die Altersgrenzen für (zahn)medizinische Interventionen immer weiter nach oben, was jeweils aktualisierte Kenntnisse über altersbezogene Risiken verlangt. ■

Was sind sozialverträgliche prothetische Leistungen? Aktuelle Situation der Zahnmedizin

Vortrag von Dr. P. Wiehl
Jahrestagung SSRD vom 30.10.2009 in Bern

Die Zahnmedizin sucht sich ihren Platz in der aktuellen Situation zwischen Heilkunde und Beauty-Industrie. Die Diskussion der ethischen Unzulänglichkeiten im Ästhetik-Boom zeigen das sich wandelnde Bild der Zahnärztin und des Zahnarztes. Ärztliches Handeln ohne Indikation verlässt den Bereich der (Zahn-)Medizin.

Die Ziele der Zahnheilkunde sind gemäss Qualitätsleitlinien der SSO und einer Literaturübersicht aus dem Jahre 2002 in der Stärkung der vorhandenen Strukturen und Verhinderung der weiteren Gebisszerstörung definiert worden. Gleichzeitig sollen die oralen Funktionen wiederhergestellt werden, ohne dass durch die Therapie neue Probleme entstehen. Daher kann eine leidende Person nicht primär Kunde sein, sondern Patient. Patient und Krankheit stehen zueinander in einer Beziehung, wie Kunde und Auswahlmöglichkeit in der Selbstbedienungsladen.

Krankheit in der Zahnmedizin

Im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ist im Artikel 3 der Begriff Krankheit definiert. Dabei wird Krankheit als jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

In Analogie dazu wurde aus juristischer Sicht definiert, was diese Definition für das Kauorgan im Sozialversicherungsrecht bedeutet. Der Krankheitsbegriff im Kausystem ist unter anderem erfüllt, wenn der Versicherte wesentliche mit dem Kausystem verbundene Funktionen wie Kauen, Beissen, Zerteilen oder Artikulieren (Sprechen) nicht auf befriedigende Weise erfüllen kann.

Öffentliche Sozialhilfe

Die öffentliche Sozialhilfe (Fürsorge) ist keine Versicherung und nicht eidgenössisch geregelt, sondern gemäss schweizerischer Bundesverfassung in die Kompetenz der Kantone übertragen. Bisher konnte noch kein politischer Konsens für ein Bundesgesetz zur Sozialhilfe gefunden werden. Die kantonalen Gesetze zur Sozialhilfe unterscheiden sich stark voneinander in Bezug auf Ausgestaltung und Kompetenzaufteilung zwischen Kanton und Gemeinden.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) sind die Ziele der Sozialhilfe definiert als Sicherung der Existenz bedürftiger Personen, der Förderung wirtschaftlicher und persönlicher Selbständigkeit und Gewährleistung der sozialen und beruflichen Integration.

Veränderungen bei der Ergänzungsleistung

Seit Januar 2008 gilt ein geändertes Rahmengesetz über Ergänzungsleistungen aufgrund des neuen Finanzausgleichs. Zahnärztliche Behandlungen sind gemäss Art. 14 als Krankheits- und Behinderungskosten durch die Ergänzungsleistung zu übernehmen. Die Kantone bezeichnen dabei die Kosten, die vergütet werden können. Sie können die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung beschränken. Dazu werden in den kantonalen Gesetzen nur noch in wenigen Kantonen andere Begriffe zur Definition der Leistungserbringung in der Zahnmedizin verwendet. Dazu gehören Begriffe wie angemessen, notwendig oder einfach. Auch besteht in einem Kanton eine zahlenmässige Definition, wo die Wirtschaftlichkeit zu überprüfen ist. Im Sozialversicherungsbereich sind die Kriterien für die Leistungserbringung vor allem aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes bekannt. In der Zahnmedizin wurden die Begriffe in der Vergangenheit mit EWWZ definiert, was einfach, wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig heisst. Die Diskussionen der Vertrauenszahnärzte beweisen oft, wie schwierig es manchmal ist, die Ansichten des behandelnden Zahnarztes und diejenige des Vertrauenszahnarztes in Übereinstimmung zu bringen. Klare Definition oder die Wertung der einzelnen Kriterien fehlen bisher.

Bei Überprüfung der geltenden Bundesgesetze fällt auf, dass der Begriff «einfach» als Kriterium der Leistungserbringung nur noch bei der Invalidenversicherung zur Anwendung kommt. Im Weiteren ist im KVG und in den dazu gehörenden Bundesgerichtsentscheiden und Kommentaren eine klare Reihenfolge und Wertung der Kriterien für eine Leistungserbringung zu erkennen. Die juristische Literatur besagt, dass zuerst die Wirksamkeit, dann die Zweckmässigkeit und zum Schluss (als Killerkriterium) die Wirtschaftlichkeit (WZW) zu überprüfen seien.

Die Leistungen nach den Art.25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Alle drei Bedingungen müssen erfüllt sein.

Frage der Wirksamkeit

Eine Behandlung ist dann wirksam, wenn objektiv zu erwarten ist, dass die Krankheit erfolgreich behandelt werden kann. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Daher muss vor Behandlungsbeginn ein Ziel definiert werden, um entscheiden zu können, ob es mit dieser Behandlungsmethode erreicht werden kann.

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit wird vorerst keine Differenzierung zwischen Therapie der Ursachen oder Behandlung der Symptome gemacht. Diese Unterscheidung ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme sind erst, aber immerhin bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit von Bedeutung.

Wirksam heisst somit: Der erwünschte diagnostische oder therapeutische Effekt kann mit der gewählten Leistung erreicht werden (sinngemäss nach Oggier, Referat vom 26.2.2004).

Frage der Zweckmässigkeit

Synonyme zu Zweckmässigkeit sind Relevanz, Angemessenheit, Notwendigkeit, Eignung, Sachgerechtigkeit. Ein Kriterium der Zweckmässigkeit ist, dass mit der Behandlung der Nutzen für den Patienten grösser sein muss als die Behandlungsrisiken. Dabei sollen gemäss Schweiz. Ärztezeitung 88:40,1665,2007 auch die Konsequenzen anderer medizinischer Interventionen oder das Unterlassen von Massnahmen in die Beurteilung einbezogen werden.

Als Beispiel dafür sei die verkürzte Zahnreihe bei sog. Medizinischen Hoch-Risikopatienten (Immunsuppression nach Organtransplantation, bei Bestrahlung im Gesichts- & Halsbereich oder bei einer Chemotherapie) erwähnt. Die Zweckmässigkeit oder Sachgerechtigkeit kann durch Vergleiche beurteilt werden.

Bei verschiedenen medizinischen Anwendungen ist diejenige zweckmässig, welche den grössten untersuchungs- oder behandlingstechnischen Nutzen bringt. Existiert zur Erreichung eines medizinischen Ziels nur eine Behandlungsmöglichkeit, so ist diese unzweckmässig, wenn die Risiken für den Patienten, gemessen am Nutzen, übermässig erscheinen: Dann muss auf die Behandlung verzichtet werden. Zweckmässige Behandlungen haben ein vergleichbares Nutzen-/Risiko-Profil.

Sind gleichzeitig mehrere Massnahmen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit, wie das Urteil des Verwaltungsgerichts Kanton Bern vom 16. Juni 2008 unter Bezugnahme auf das BGE 126 V 338 Erw. 2a festhält.

Frage der Wirtschaftlichkeit

Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit entscheidet über die Auswahl aus zweckmässigen Behandlungs-Alternativen, indem es von verschiedenen zweckmässigen die jeweils kostengünstigste favorisiert; beurteilt wird nach rein objektiven Kriterien.

Besteht ein grobes Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Therapie, so muss die Leistung verweigert werden. Hingegen haben die Versicherer somit auch für kostspielige Massnahmen aufzukommen, wenn entweder überhaupt keine andere oder jedenfalls keine kostengünstigere Methode zur Verfügung steht, solange die Verhältnismässigkeit gegeben ist.

Teeth for Life!

Bei der Wahl zur Extraktion von strategisch wichtigen Zähnen sollte die Tatsache der Langlebigkeit der heutigen Generation mitberücksichtigt werden. Bei durchschnittlich guter Mitarbeit können Zähne langfristig erhalten werden, um damit allfällige Implantate ins höhere Lebensalter zu verschieben. Dadurch bleibt die Sachgerechtigkeit und ein vernünftiges Nutzen-Risiko-Profil erhalten. Zweitimplantationen können somit oft vermieden werden.

Austauschbefugnis

Im Leistungsrecht der Sozialversicherungen versteht man unter Austauschbefugnis das Recht des Versicherten, Leistungen, die er gewählt hat und die er von Gesetzes wegen nicht beanspruchen kann, gegen diejenigen auszutauschen, die er nach Gesetz hätte beanspruchen können. So ist es im Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Juni 2008 festgehalten.

Dazu sind aber die folgenden Hinweise wichtig: Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung findet die Austauschbefugnis nur beschränkt Anwendung, so z.B., wenn der Versicherte oder sein Arzt eine teure, medizinisch zweckmässige Art gewählt hat, obwohl eine kostengünstigere ausreichend gewesen wäre. Unzulässig ist es, anstelle beanspruchter Nichtpflichtleistungen die Kosten von an ihrer Stelle möglichen Pflichtleistungen zu vergüten. Die Austauschbefugnis hat zum Ziel, den gleichen gesetzlichen Zweck auf einem anderen Weg oder mit anderen Mitteln zu verfolgen, nicht aber die gesetzliche Ordnung durch eine andere, inhaltlich weitergehende Regelung zu ersetzen.

Planungs- & Behandlungsempfehlungen VKZS

Die Planungs- & Behandlungsempfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte der Schweiz – unter Einbezug der Schweizer Universitäten erarbeitet – versucht für die Bereiche Ergänzungsleistung, Sozialhilfe und Asylwesen, Standards von Zahnbehandlungen für die einzelnen Fachdisziplinen als bewilligungsfähig zu definieren. Diese Empfehlungen werden laufend überarbeitet und sind unter www.kantonszahnaerzte.ch abrufbar. Diese Transparenz erleichtert auch die Kommunikation mit den betroffenen Patienten, resp. ihren Anwälten.

Als Behandlungsstrategien bieten sich je nach Ausgangslage 2 unterschiedliche Lösungen an: Abwarten oder Sanierung.

Behandlungsstrategie «Abwarten»

Die Behandlungsstrategie «Abwarten» muss gewählt werden, wenn eine aktive Mitarbeit an der oralen Gesundheit über einen kontrollierten Zeitraum der letzten 18 Monate nicht gesichert ist. Dabei wird eine Schmerzbehandlung durchgeführt, im Normalfall mittels Extraktion. Ausnahme: Endodontie bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbezahnung plus Füllung. Der dentale Volumenersatz wird mittels langfristig provisorischer Massnahmen wie Glaslonomer-Füllungen, Drahtklammerprothesen, u.ä. durchgeführt. Ein Hygiene-Intensivprogramm mit Fluoridierung, Motivierung zur oralen Selbstverantwortung zeigt die Kooperationsmöglichkeiten des Patienten auf.

Als Beispiel für ein zahnärztliches Attest in dieser Situation ist nachfolgend aufgeführt: «Die Mundhygiene bei Herrn X.Y. ist nicht gesichert. Eine zahnweise Schmerzbehandlung durch Extraktion ist unumgänglich.»

Behandlungsstrategie «Sanierung»

Eine zahnmedizinische Sanierung wird eingeleitet, wenn eine erfolgreiche aktive Mitarbeit des Patienten an seiner oralen Gesundheit über einen kontrollierten Zeitraum der letzten 18 Monate (in

der Regel in der gleichen Praxis) zahnärztlich gesichert und attestiert ist. Der Patient ist dabei sozial integriert bzw. es besteht Wahrscheinlichkeit auf eine soziale Integration.

Als zahnärztliche Planungsvorgaben gelten die Behandlungsempfehlungen der Kantonszahnärzte der Schweiz unter Angabe allfälliger penderter Behandlungen mit Kostenschätzung über die nächsten 5 Jahre.

Zahnärztliche Atteste

Falsche Atteste bzw. Gefälligkeitsatteste werden gesundheitspolizeiliche und aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen können (z.B. Verzeigung gemäss Art. 318, StGB, Ausschluss aus der sozialen Zahnmedizin).

Teilprothesen

Teilprothesen werden bei funktioneller oder ästhetischer Indikation bewilligt. Ist die Kauunfähigkeit nach Zahnverlust ohne funktionelle Adaptation und mit weniger als 10 funktionierenden Antagonistenpaaren nicht mehr gegeben, wird eine Teilprothese hergestellt. Auch der Verlust von Frontzähnen inkl. Zähne 14, 24 kann zur Herstellung einer Teilprothese als Indikation gelten. Dabei geniesst die Modellgussprothese – im Gegensatz zu früheren Zeiten – einen viel grösseren Stellenwert. Sie wird nur bewilligt, wenn ein Compliance-Attest über die letzten 18 Monate vorliegt und mit einer guten Prognose von 5 bis 15 Jahren gerechnet werden kann.

Implataterstützte Totalprothese im Unterkiefer

Als Indikationen gelten eine mit konventioneller UK-Totalprothese vorhandene oder mit Wahrscheinlichkeit zu erwartende Kauunfähigkeit. In der Regel erfolgt die Implantation von 2 Pfeilern in der Eckzahngegend im Unterkiefer postprothetisch. ■

Les prothèses non-conventionnelles

Serge Borgis

Aujourd'hui, avec une population vieillissante, mais avec une espérance de vie de plus de 80 ans, nous sommes de plus en plus confrontés, au cabinet, avec des situations où une approche prothétique conventionnelle n'est plus possible.

Nous allons nous retrouver dans ce genre de situation généralement dans 2 cas de figure distincts: le premier cas se présentera tout d'abord face à des patients non-conventionnels et le second, face à des patients «ordinaires», mais confrontés à des situations exceptionnelles.

Dans les deux cas, l'approche prothétique doit répondre à des principes de conception simples:

1. le «design» doit être le plus simple possible;
2. les surfaces doivent être lisses afin de faciliter le nettoyage et l'hygiène;
3. les éléments doivent être suffisamment rigides pour assurer une stabilité maximale;
4. la prothèse devrait être facilement transformable en cas de perte des dents.

Et accessoirement, chez un patient en perte d'autonomie:

5. des aides à la manipulation devraient être ajoutés;
6. le nom du patient devrait être incorporé à la prothèse.

De plus, il est impératif de garder en mémoire tous les principes mécaniques de conception qui caractérisent les prothèses conventionnelles:

1. Obtenir une sustentation maximale grâce tout d'abord aux appuis directs et indirects, mais aussi par l'étendue maximale des selles prothétiques;
2. Obtenir une stabilisation optimale des éléments structurels par la réalisation de surfaces d'appuis et de préparations adéquates;
3. De placer des éléments de rétention de manière stratégique et correcte;
4. de stabiliser les dents piliers par des éléments de calage rigides et fonctionnels.

Ceci ne pourra être obtenu que si, finalement, des bases théoriques de conceptions sont acquises et maîtrisées:

1. Connaissance de la dynamique des prothèses, avec en outre les 6 mouvements fondamentaux des châssis
2. Connaissance des matériaux et de leurs propriétés dynamique et physiques.

Enfin, l'utilisation du paralléliseur se révèle indispensable pour concevoir dès les modèles d'étude une prothèse «idéale».

Les patient non-conventionnels

Dans cette catégorie, nous allons retrouver tous les patients hors du commun:

1. les patients handicapés, mentalement et/ou physiquement;
2. les patients présentant une malformation congénitale ou acquise au niveau de la cavité buccale;
3. les patients atteints d'un cancer buccal et ayant subi une chirurgie et/ou radiothérapie.

Dans cette catégorie de patients, toutes les étapes cliniques sont rendues plus difficiles par des conditions intra ou extra-buccales extrêmes. Dès lors, la prothèse deviendra non-conventionnelle du simple fait que la situation en bouche n'est plus du tout conventionnelle.

Le praticien devra alors se baser sur des structures déformées et inexistantes pour imaginer la nouvelle prothèse et le «design» deviendra très rapidement hors norme. Toutefois tous les principes évoqués plus hauts devront lui rester à l'esprit et devront être adaptés à la nouvelle géographie buccale.

Les étapes cliniques, outre le fait qu'elles sont plus complexes à gérer, suivent bien sûr la même séquence que celles d'une prothèse conventionnelle. Une attention particulière devra être portée à l'information du technicien-dentiste qui devra lui aussi adapter ses compétences à cette situation extraordinaire.

Les patients conventionnels

La deuxième catégorie représente une partie plus importante de notre patientelle. Elle concerne tous les patients où l'on ne peut pas ou que l'on ne veut pas faire un traitement standard. On retrouve donc dans cette catégorie :

1. les traitements alternatifs simples

Très souvent, le patient ne peut supporter la charge financière d'un traitement conventionnel et le traitement devient une alternative peu onéreuse, mais comprenant certains compromis soit esthétiques soit fonctionnels.

Exemple: une perte de DVO associée à l'usure des dents, qui devrait être traitées avec des couronnes et/ou des onlays, est réhabilitée par une prothèse partielle avec des occlusions métal et/ou composites ...

2. les traitements de transition

a. Généralement, il s'agit de l'ultime étape prothétique partielle avant le passage vers une prothèse complète. Cette étape a pour but de préparer moralement et physiquement le patient à la prothèse totale, tout en conservant à moyen terme des dents dont le pronostic est relativement mauvais. En général, comme il ne reste que un ou deux piliers, très souvent mal positionnés, la prothèse est alors conçue comme une prothèse totale, mais on exploite les dernières dents avec des crochets coulés; facilement modifiable, elle permet une transition douce et progressive vers l'édentement total.

b. les rebasages de transition: il s'agit le plus fréquemment de prothèses partielles ou totales, qui ne sont pas/plus supportées par les patients qui se plaignent de douleurs de compression difficiles à identifier et à corriger; il s'agit de remplacer l'intrados de la prothèse par un produit de rebasage provisoire, de type ® Fitt de Kerr, et après quelques jours de port, de préparer la surface du produit pour le rendre plus stable dans le temps. Même en durcissant, le produit reste plus mou que la résine et permet aux patients de supporter à nouveau les prothèses dans leurs fonctions. Correctement exploitée, la durée de vie de ce type de rebasage varie de 6 mois à une année avant que le produit doive être changé. Toutefois, il existe de fortes variations d'un patient à l'autre et cette solution doit bien sûr être adaptée à chaque patient ...

3. les traitements palliatifs

Ces traitements, comme leurs noms l'impliquent, sont des traitements de la dernière heure; souvent, chez des patients en fin de vie, ces prothèses seront construites pour permettre à ces patients de pouvoir vivre dignement leurs derniers jours et leur donner une apparence sociale correcte. A la fois simples et, si possible, fonctionnelles, elles s'autorisent beaucoup de concessions qui sont bien sûr en relations avec une espérance de vie réduite et qui doivent répondre à une demande de notre patient et/ou de ses proches.

Conclusion

Avec une population vieillissante, les prothèses dites non-conventionnelles seront très certainement de plus en plus fréquentes au cabinet dentaire. Le praticien sera donc amené à concevoir des prothèses hors du commun prothétique, mais avec un objectif particulier adapté à son patient. Toutefois, il ne devra pas oublier les principes mécaniques et de conception élémentaires s'il veut obtenir un succès prothétique et une satisfaction démontrée de son patient. ■

La planification et l'évaluation d'une reconstruction prothétique chez les personnes âgées

F. Müller

Un traitement dentaire se planifie selon les doléances du patient, les besoins exprimés, le diagnostic bucco-dentaire et les raisons médicales pour une intervention. Ce plan de traitement académique, «idéal», doit ensuite être modifié selon la santé générale et les handicaps physiques ou mentaux éventuels du patient, ainsi que selon son hygiène bucco-dentaire et ses possibilités à prendre soin d'une prothèse. Il sera également important de considérer le rapport entre les coûts, les efforts fournis et le bénéfice retiré des soins prévus. Ceci amène à un plan de traitement clinique qui détermine les mesures «raisonnables». Néanmoins, chez les personnes âgées, il n'est pas toujours possible d'arriver au but de traitement identifié comme raisonnable. Souvent, les personnes âgées n'ont pas envie d'entreprendre des traitements longs, invasifs et onéreux. La communication peut être difficile avec des patients présentant un état cognitif compromis. Il est donc nécessaire d'établir un plan de traitement pratique, «faisable», qui prend en considération toutes les limites d'exécution des soins souhaités. Finalement, chaque plan de traitement pratique doit encore être adapté de façon à rester «actuel» en cas de changements au niveau du contexte du patient (Riesen et al., 2002).

En ce qui concerne la planification d'une reconstruction prothétique, il est difficile de définir des critères objectifs, car chaque prise de risque clinique doit être mise en balance avec les efforts physiques, émotionnels, temporels et financiers requis par un traitement particulier. Chaque situation est individuelle et représente un défi particulier pour le clinicien.

A l'extrême, dans les soins palliatifs, aucune mesure reconstructive n'est envisageable et les traitements se limitent à soulager les douleurs et effectuer de petites réparations techniques, voire esthétiques.

Dans le but de fournir un schéma objectif aux médecins-dentistes, médecins et soignants, MacEntee et Wyatt ont défini une grille d'évaluation pour classer la sévérité de certains diagnostics (MacEntee and Wyatt, 1999). Ce schéma s'appelle CODE (Clinical Oral Disorder in Elders) et couvre les fonctions mandibulaires et occlusales, les prothèses, les muqueuses, les dents et les structures parodontales. Trente trois médecins-dentistes ainsi

que 11 hygiénistes ont aidé à juger certains diagnostics comme léger (1), moyen (2) ou sévère (3).

Pour les prothèses, les scores se présentent comme suit :

Utilisation: possible de la porter, mais jamais utilisée en bouche 2

Qualité de la prothèse (si utilisée)

Stabilité: bouge suite à une pression modérée sur les prémolaires 2

Rétention: repoussée ou décrochée quand les lèvres sont léchées avec la bouche ouverte d'environ 15 mm 2

Structure: parties manquantes, fractures, porosités visibles, autres défauts structurels 2

Hygiène: tartre ou plaque visible sur >50% de l'intrados de la prothèse 2

A relever qu'aucun des diagnostics prothétiques n'est considéré comme sévère. Par contre, ceci est le cas pour certaines pathologies des muqueuses, des dents ou pour des restaurations cassées, des poches parodontales de plus de 5,5 mm avec suppuration et des dents avec une mobilité verticale.

Plusieurs autres grilles d'évaluation pour la santé bucco-dentaire ont été décrites dans la littérature, notamment pour une utilisation chez les patients avec déficit cognitif (Chalmers and Pearson, 2005). Chez les patients qui souffrent de démence, les traitements raisonnables et faisables se déterminent par la sévérité de la maladie. La réponse aux questions suivantes: comment «le patient peut-il se laver les dents?» ou «peut-il exprimer ses doléances?» ou «peut-il suivre des instructions?» ou «peut-il tenir un film radiographique dans la bouche?» ou «est-il agressif?» donnent des indications précieuses sur les interventions possibles (Niessen et al., 1985). Par conséquent, l'évaluation d'une situation prothétique se détermine par les limites thérapeutiques. Plus ces limites sont marquées, plus nous sommes obligés d'accepter les pathologies et dysfonctionnements existants.

En conclusion, le plan de traitement aussi bien que l'évaluation d'une restauration prothétique existante sont liées chez les personnes âgées aux limites thérapeutiques définies par l'état physique et cognitif du patient, sa motivation, son contexte psychosocial et ses finances.

Littérature

- Chalmers JM, Pearson A (2005). *A systematic review of oral health assessment by nurses and carers for residents with dementia in residential care facilities. Spec Care Dentist 25(5):227-33.*
- MacEntee MI, Wyatt CC (1999). *An index of clinical oral disorder in elders (CODE). Gerodontology 16(2):85-96.*
- Niessen LC, Jones JA, Zocchi M, Gurian B (1985). *Dental care for the patient with Alzheimer's disease. J Am Dent Assoc 110(2):207-9.*
- Riesen M, Chung J-P, Pazos E, Budtz-Jorgensen E (2002). *Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées. Médecine & Hygiène 2414(2178-2188).* ■