

Forum

Zürich, 1. Mai 2009

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der SSRD

Der Vorstand der SSRD möchte Ihnen mit dem neuen Publiordner ein Mittel in die Hand geben mit dessen Hilfe Sie schnell Informationen zu unserer Fachgesellschaft, zur Ausbildung zum Fachzahnarzt sowie eine jeweils aktuelle Mitgliederliste finden können. Neu finden Sie auch ein aktuell überarbeitetes Leitbild unserer Gesellschaft und ebenfalls neu erscheint auch das FORUM in einer anderen Form.

Dies mit der Absicht, Ihnen schnell und übersichtlich Neuigkeiten vermitteln zu können.

In dieser Ausgabe wird Ihnen eine Fallpräsentation aus der letzten Fachzahnarztprüfung gezeigt. Den ausführlichen Fall finden Sie auf unserer Homepage: www.ssr-d.ch.

Wenn Sie Anregungen haben, was Sie gerne im FORUM veröffentlicht haben wollen, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

Wir werden versuchen das Medium Internet mehr und mehr auszubauen und bitten Sie deshalb, auch regelmässig unsere Homepage zu besuchen. Dort finden Sie neben allen wichtigen Informationen zu unserer Gesellschaft auch einen Rückblick auf den letzten Kongress und den Ausblick auf den nächsten.

Unsere nächste Jahrestagung mit dem Titel

«Ist das Alter in der Rekonstruktiven Zahnmedizin von Bedeutung?» findet am 30.10.2009 im Allegro Kursaal in Bern statt.

Das Thema ist hochaktuell und die Zusammensetzung der Referenten verspricht eine hervorragende Fortbildungsveranstaltung zu werden.

Über den Versuch der SSO Tarifkommission bei der Santésuisse einen Teuerungsausgleich des Zahnarztтарifs zu erzielen, sind Sie alle bestens von Seiten der SSO informiert worden. Die SSO hatte – da man bei den Verantwortlichen kein Gehör fand – beschlossen, den Tarif auf eigene Initiative zu revidieren. Alle Fachgesellschaften wurden angefragt, Vorschläge zu Tarifänderungen auf ihrem Fachgebiet vorzubringen. Da unsere Fachgesellschaft einen grossen Leistungsbereich abdeckt, war es nicht einfach, innerhalb der kurz bemessenen Zeit, Vorschläge einzubringen. Wir haben versucht, neue Behandlungsmethoden und Arbeitsschritte einbauen zu können und auch prothetische Leistungen, die bis anhin tariflich zu tief dotiert waren, aufzuwerten.

Inwieweit dies später umgesetzt werden kann, ist jetzt leider noch nicht absehbar. Die Verschlechterung der allgemeinen wirtschaftlichen Situation kommt den Verhandlungen nicht entgegen.

Nichts desto trotz wünsche ich Ihnen allen weiterhin Freude an unserem schönen Beruf und hoffe auf eine rege Beteiligung an unserem Gesellschaftsleben.

Ich freue mich, Sie im Herbst in Bern auf unserem Jahreskongress zu sehen.

Mit den besten Wünschen

Horst William Kelkel
Präsident SSRD

Zürich, le 1er mai 2009

Chères et chers collègues, chers et chers membres de la SSRD

Le comité de la SSRD a le plaisir de vous présenter le nouveau «Publi-classeur» qui va vous permettre de vous informer rapidement sur les événements de notre société spécialisée et sur la formation des dentistes spécialistes. Vous trouverez également la liste actualisée des membres de notre société. Nous vous présentons aussi, comme nouvel élément, la charte de notre société qui a été récemment remaniée. Autre nouveauté: le FORUM paraîtra dorénavant sous une forme, qui vous permettra de découvrir les dernières nouvelles plus rapidement et de manière claire.

Dans ce numéro, vous découvrirez une présentation de cas qui a été soumise lors des derniers examens de médecin-dentiste spécialiste. Vous en trouverez la description détaillée sur notre site web www.ssr-d.ch.

Si vous avez des suggestions concernant des sujets que vous voudriez voir publiés dans le FORUM, n'hésitez pas à nous contacter.

Nous essaierons de développer le médium internet le plus rapidement possible et nous vous prions donc de visiter régulièrement notre site web.

A part toutes les informations nécessaires concernant notre société, vous y trouverez également une rétrospective du dernier congrès et une perspective du prochain.

Notre prochain congrès annuel porte le titre

«L'âge est-il d'importance dans la médecine dentaire reconstructive?» il aura lieu le 30.10.2009 à Berne, à l'hôtel Allegro Kursaal.

Le sujet est de grande actualité et la composition des orateurs promet une excellente manifestation de formation postgrade.

Vous avez tous été informés par la SSO sur les démarches effectuées pour obtenir de Santésuisse un renchérissement de la valeur du point. N'ayant pas trouvé audience auprès des responsables de Santésuisse, la SSO a, alors, décidé de réviser elle-même le tarif. Toutes les sociétés spécialisées ont été priées de faire des propositions sur les changements tarifaires souhaités dans leurs domaines spécialisés. Comme notre société couvre un grand secteur de prestations, il n'était pas simple d'obtenir des propositions dans un temps très limité. Nous avons donc essayé de définir de nouvelles méthodes de traitement, de nouvelles étapes de travail ainsi que de revaloriser certaines prestations prothétiques, dont le tarif avait été évalué trop bas.

Dans quelle mesure nous pourrions réaliser tout ceci dans un avenir proche ne peut malheureusement pas être déterminé. L'aggravation de la situation économique générale ne favorise en tout cas pas les négociations.

Malgré tout cela, j'ose croire que vous toutes et tous trouviez encore beaucoup de plaisir dans notre beau métier et j'espère sincèrement que vous participerez activement à la vie de notre société.

Dans l'espoir de vous voir à Berne lors de notre congrès annuel en automne, je vous présente, chères et chers collègues, chères et chers membres de la SSRD, mes vœux les meilleurs.

Horst William Kelkel
Président SSRD

Die festsitzende, prothetische Rekonstruktion einer Patientin mit einer Prothesenintoleranz

Reconstruction prothétique fixe pour une patiente avec une intolérance à sa prothèse amovible

Eckart Teubner

Die 67-jährige Patientin stellte sich an der Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien der Universität Basel mit dem Wunsch einer Beratung vor. Sie hatte vom Hauszahnarzt 6 Monate zuvor eine abnehmbare Prothese im Oberkiefer bekommen, an die sie sich nicht adaptieren konnte. Die Patientin war ästhetisch und funktionell unzufrieden, eine Prothesenintoleranz wurde vermutet. Die Prothese trug die Patientin nur aus ästhetischen Gründen, wenn sie das Haus verliess. Trotz mehrerer Umarbeitungsversuche vom Hauszahnarzt und vom Zahntechniker war keine Besserung eingetreten.

Im Oberkiefer bestand eine KENNEDY-Klasse II2, die mit einer abnehmbaren Teilprothese, welche sich mit einer Konuskronen und zwei gegossenen Klammern an der Restdentition verankerte, versorgt worden war. Der Unterkiefer zeigte eine KENNEDY-Klasse III1 Restgebissituation, die mit einer unverblendeten, gegossenen Barrenbrücke und einer keramisch verblendeten Extensionsbrücke mit Auflager therapiert war. Im Oberkiefer befand sich ein verlagertes, impaktierter Zahn 23; eine starke Alveolarfortsatzatrophie insbesondere der rechten Kieferhälfte war vorhanden. Die Wurzelkanäle an Zahn 37 waren radiologisch insuffizient gefüllt, weiterhin war im mesialen und distalen Wurzelkanal jeweils ein Stift inseriert. Die Patientin litt an einer chronischen, generalisierten, schweren Parodontitis bei einer ungenügenden Mundhygiene mit starker Plaqueakkumulation und Zahnsteinbildung.

Die Patientin machte einen gepflegten äusserlichen Eindruck. Sie war motiviert und kooperativ, hatte aber sehr hohe Ansprüche an ihren Zahnersatz. Es wurden verschiedene abnehmbare und festsitzende Behandlungsalternativen vorgeschlagen, wobei die Patientin sich keine weitere abnehmbare Rekonstruktion vorstellen konnte. Eine kieferorthopädische Vorbehandlung zur Pfeilerzahnausrichtung und zur Korrektur der Frontzähne im Unterkiefer lehnte die Patientin ab. Als Therapieziel wurde eine Prämolarenokklusion angestrebt, wobei die Akzeptanz in einer provisorischen Versorgung überprüft werden musste. Die Kunststoffverblockung der Unterkieferfrontzähne sollte zur Evaluation der Notwendigkeit und der Prognose der Zähne entfernt werden.

Zuerst wurde eine parodontale Vorbehandlung durchgeführt. Für eine Prämolarenokklusion im Oberkiefer war eine Implantation im ersten Quadrant nötig. Aufgrund der ausgeprägten Resorption der Hart- und Weichgewebe wurde eine externe Sinusaugmentation durchgeführt. Bei der gleichzeitigen Entfernung des impaktierten Zahnes 23 wurde Knochen für die Sinusaugmentation gesammelt. Da nicht ausreichend autologer Knochen vorlag, wurde dieser mit dem Knochensatzmaterial Tutoplast gemischt. Zwei Implantate wurden in

Regio 14 und 15 inseriert und eine geschlossene Wundheilung angestrebt.

Nach der provisorischen Versorgung des Oberkiefers wurde erneut mit der Patientin die definitive Rekonstruktion besprochen. Sie wünschte sich im Oberkiefer eine Prämolarenokklusion unter Einbeziehung der oberen Frontzähne in die Rekonstruktion. Im Unterkiefer sollten zusätzlich in Regio 36, 45 und 46 Kauheiten aus funktionellen und ästhetischen Gründen geschaffen werden.

Die Implantationen im Unterkiefer wurden durchgeführt. Auf der Basis eines Waxups wurden die Zähne 13-21, 35 und 44 für Einzelkronen und die Zähne 22, 24 und 25 für eine Brücke 22-X-24-25 präpariert. Die Präparationsrückkontrolle erfolgte mit einem Silikonschlüssel des Waxups und die provisorische Versorgung mit unterfütterbaren Eierschalenprovisorien. Diese Situation sollte in die definitive Versorgung umgesetzt werden. Bei den Waxup-Einproben äusserte die Patientin mehrfach unterschiedliche Änderungswünsche, so dass man sich für eine dritte indirekt hergestellte provisorische Versorgung entschied.

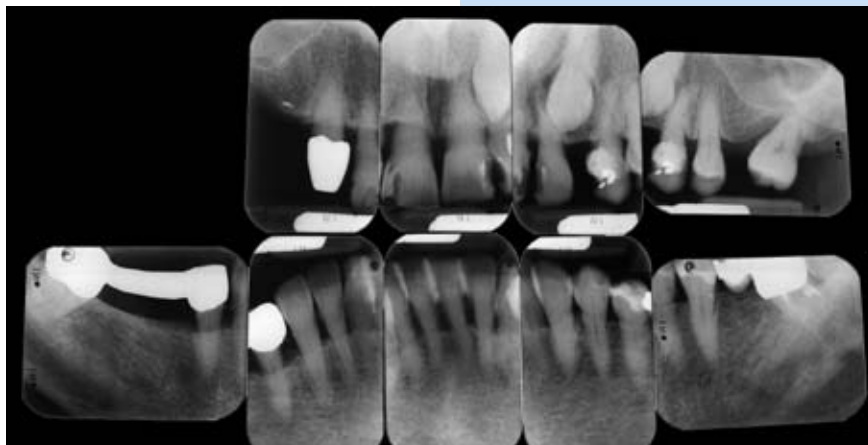
Nach der Adaptation der Patientin an das dritte Provisorium wurde dieses ohne Abänderungen in die definitive Versorgung umgesetzt. Die Kronenrekonstruktionen und die Brücke wurden mit Panavia F 2.0 zementiert. Bei den Implantaten wurden die Abutments mit 35 N/cm angezogen,



1./2. Ausgangssituation des Oberkiefers mit und ohne inserierte Prothese.
► Situation initiale du maxillaire, avec et sans prothèse.



3. Ausgangssituation des Unterkiefers.
► Situation initiale à la mandibule.



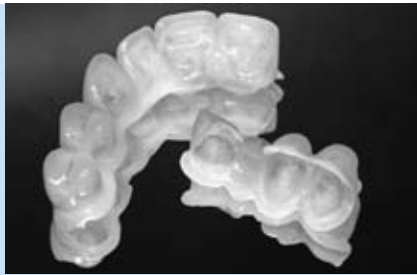
4. Anfangs-Röntgenstatus ► Status radiologique initial



5. Erstelltes Waxup zur Besprechung mit der Patientin und zur Herstellung der Eierschalenprovisorien. Korrekturen, wie Optimierung der Achsen und Gestaltung der Frontzähne (interdentale Dreiecke) wurden umgesetzt.
► Premier wax-up pour l'entretien avec la patiente et pour la confection des coquilles provisoires. Les corrections, telles que l'optimisation des axes et la forme générale des dents antérieures (espaces interdentaires) ont été réalisées.



6. Silikon Schlüssel des Waxups für den Oberkiefer – für die intraorale Präparationskontrolle im Ober- und Unterkiefer wurden Silikon Schlüssel jeweils von bukkal und oral angefertigt.
 ► Clé de silicone du wax-up pour le maxillaire – des clés en silicone vestibulaires et palatines/linguales ont été fabriquées pour le contrôle des préparations dans les maxillaires supérieur et inférieur.



7. Zur provisorischen Versorgung wurden vom Zahntechniker im Oberkiefer Eierschalenprovisorien (New Outline, Anaxdent) hergestellt (Zähne 15-21 verblockt, zum sekundären Trennen für eine provisorische Einzelzahnversorgung und die Brücke 22-X-24-25).
 ► Pour le traitement provisoire, le technicien dentaire a confectionné des coquilles provisoires pour le maxillaire (New Outline, Anaxdent) (dents 15 à 21 solidarisées, puis séparation secondaire pour un traitement provisoire de type dent unitaire et le pont 22-X-24-25).



8. Auf den Implantaten wurden Massivsekundärteile 6° der Höhe 4,0 mm inseriert und die Eierschalenprovisorien auf Straumann Temporary Copings für Solid Abutments befestigt.
 ► Sur les implants, des piliers pleins de 6° et d'une hauteur de 4,0 mm ont été insérés. Les coquilles provisoires ont été fixées sur des Straumann Temporary Copings pour Solid Abutments.



9. Provisorische Versorgung des Oberkiefers mit Eierschalenprovisorien (Provisorien: Zahn 15, 14, 13, 12, 11, 21 und Brücke 22-X-24-25).
 ► Traitement provisoire du maxillaire avec des couronnes provisoires (provisoires: dent 15, 14, 13, 12, 11, 21 et pont 22-X-24-25).

2002; DE BACKER et al. 2006). Die häufigsten beschriebenen biologischen Misserfolge sind Sekundärkaries, parodontale Probleme, Frakturen der Pfeilerzähne bzw. endodontische Probleme. Technische Misserfolge bestehen aus Keramikfrakturen, Gerüstfrakturen oder Retentionsverlust. Die Prognose der Einzelzahnimplantate im Unterkiefer liegt bei einer Beobachtungsdauer von bis zu 8 Jahren bei über 90% (BUSER et al. 1997; ROMEO et al. 2004). Ähnliche Ergebnisse konnten bei Implantaten im augmentierten Knochen im Oberkiefer beobachtet werden (PINHOLT 2003). Die häufigsten prothetischen Komplikationen bei Implantaten sind die Lockerung und Frakturen der Schrauben. Alle Implantatkronen wurden aufgrund der Ästhetik und einer geringeren Komplikationsrate und Nachbetreuung bei zementierten im Vergleich zu verschraubten Einzelzahn-Implantatkronen zementiert gestaltet (BEHR et al. 1998; LEVINE et al. 2002). Die Augmentation im Oberkiefer und die geringere Primärstabilität des Implantates Regio 46 machten zur Erhöhung der Stabilität eine Verblockung der Implantate Regio 14, 15 und 45, 46 notwendig. Dafür wurden Nachteile wie eine erschwerte Reinigung und das Risiko einer schlechteren passiven Passung akzeptiert (GROSSMANN et al. 2005).



10. Provisorische Versorgung des Unterkiefers, das Implantat 46 wurde aufgrund der mesialen Kippung des Zahnes 47 vorerst noch nicht versorgt (Provisorien: 35, 44; Implantatkronen 36 und 45).
 ► Traitement provisoire du maxillaire inférieur, l'implant 46 n'a pas encore été traité en raison de la version de la dent 47 (provisoires: 35, 44; couronnes sur implant 36 et 45).



11. Oberkiefer vor der Abformung – die Implantate wurden mit Zahnseide und GC Pattern verblockt und an den Pfeilerzähnen wurde die Doppelfadentechnik (Größe 00 und 000) angewendet.
 ► Maxillaire avant prise d'empreinte – les implants ont été solidarisés avec du fil dentaire et du GC Pattern et pour les dents pilier, la technique du fil double a été appliquée (grandeur 00 et 000).

die Schraubenöffnungen der Abutments mit weisser Guttapercha verschlossen und die Implantatkronen mit Phosphatzement zementiert. Die Zementabflusslöcher wurden später mit Kunststoff verschlossen.

Auf natürlichen Pfeilerzähnen konnten bei Einzelzahnrestaurationen Erfolgsraten nach 18 Jahren von 78% und bei Brückenrekonstruktionen nach 15 Jahren von 85% beobachtet werden (WALTON

Es kann davon ausgegangen werden, dass Patienten eine höhere Zufriedenheit ohne eine Teilprothese als mit aufweisen (VAN WAAS et al. 1994). Aber auch Patienten mit einer festsitzenden Rekonstruktion können ästhetisch und funktionell (Sprache, Kauvermögen) unzufrieden sein (HEYDECKE et al. 2003). Beim vorliegenden Fall war die Anpassung und Adaptation im Rahmen der provisorischen Versorgung schwierig. Zur Evaluation musste eine dritte provisorische Versorgung vorgenommen werden. An die festsitzende Rekonstruktion, die identisch von der dritten provisorischen Versorgung übernommen wurde, adaptierte die Patientin sehr schnell.

Die funktionellen und ästhetischen Wünsche und Erwartungen der Patientin konnten nach drei pro-



12. Unterkiefer vor der Abformung – die Abformposten wurden im vierten Quadrant mit Zahnseide und GC Pattern miteinander verblockt, um eine Stabilität in der Abformung zu gewährleisten.
 ► Mandibule avant empreinte - les transferts d'empreinte ont été solidarisés avec du fil dentaire et du GC Pattern, pour garantir une stabilité de l'empreinte.

visorischen Phasen in die definitive Rekonstruktion umgesetzt werden. Klinisch und radiologisch lagen nach Behandlungsabschluss reizlose Verhältnisse vor. Berücksichtigt man die Ausgangslage, so darf das ästhetische Resultat auch objektiv, unter dem Wunsch des Verzichtes einer kieferorthopädischen Vorbehandlung, als akzeptabel eingestuft werden. Es besteht aufgrund der Ausgangslage jederzeit die Möglichkeit, zusätzliche Kaueinheiten einzufügen. Bei entsprechender Mundhygiene und einem regelmässigen Recallintervall, das die Patientin vorerst vierteljährlich einhält, kann von einer guten Prognose der prothetischen Rekonstruktion ausgegangen werden.

Reconstruction prothétique fixe pour une patiente avec une intolérance à sa prothèse amovible

La patiente, âgée de 67 ans, s'est présentée à la clinique de médecine dentaire reconstructive et de myoarthropathies de l'université de Bâle, avec le désir d'être conseillée. Six mois auparavant, son médecin dentiste habituel lui avait confectionné une prothèse amovible à laquelle elle ne pouvait pas s'habituer. La patiente était insatisfaite du point de vue esthétique et fonctionnel et une intolérance à la prothèse a été supposée. La patiente ne portait sa prothèse que pour des raisons esthétiques, c.à.d. quand elle quittait la maison. Malgré plusieurs essais de modification par le médecin dentiste habituel et le technicien dentaire, la patiente n' a relevé aucune amélioration .

Le maxillaire présentait une classe KENNEDY II2 avec une prothèse partielle qui s'ancrait à la dentition restante par une couronne télescopique et par deux crochets coulés. La mandibule présentait quant à elle une édentation de classe KENNEDY III1 traitée à l'aide d'un pont métallique dans un quadrant et à l'aide d'un pont céramo-métallique en extension dans l'autre quadrant. Une 23 transposée et incluse était présente au maxillaire. Ce dernier présentait également une importante atrophie alvéolaire, notamment du côté droit. La dent 37 présentait un traitement endodontique insuffisant d'un point de vue radiologique ainsi que des tenons insérés dans le canal mésial et distal. La patiente souffrait d'une parodontite chronique généralisée sévère associée à une hygiène buccale insuffisante avec une forte accumulation de plaque et de tartre.

La patiente donnait une impression extérieure soignée. Elle était motivée et coopérative, mais elle avait des exigences extrêmement élevées concernant sa prothèse. On lui a proposé diverses alternatives de traitements amovibles ou fixes, mais la patiente ne pouvait plus imaginer une nouvelle reconstruction amovible. Elle refusait tout traitement orthodontique pour l'alignement des dents piliers et pour la correction des dents antérieures inférieures. Le but de la thérapie prothétique visait une occlusion prémolaire qui devait être évaluée et acceptée par la patiente à l'aide d'un traitement provisoire. L'attelle en résine des dents antérieures inférieures devait être éliminée pour évaluer son indication ainsi que le pronostic des dents.

Un traitement parodontal initial a été réalisé. Pour permettre une occlusion prémolaire au maxillaire,



13. Frontalansicht des inserierten Waxup – das Segment von Zahn 13-15 war noch etwas zu lang und wurde gekürzt.
► Vue frontale du wax-up inséré – le segment 13 à 15 était encore un peu trop long et a été raccourci.



14. Lippenbild
► Image labiale.



15. Okklusallansicht des Oberkiefers – der Zahn 21 war bukkal noch leicht überkonturiert.
► Vue occlusale du maxillaire – la dent 21 a été légèrement surcontouré du côté vestibulaire.



16. Okklusallansicht des Unterkiefers – lingual im Bereich der Molaren störte die Patientin noch der eingeschränkte Zungenraum.
► Vue occlusale de la mandibule – dans la région molaire linguale, la patiente avait encore des problèmes avec l'espace restreint pour la langue.

un implant devait être posé dans le quadrant I. En raison de la résorption prononcée des tissus durs et mous, un sinus lift a été effectué. Avec l'extraction simultanée de la dent 23 incluse, de l'os a été récupéré pour le sinus lift. Etant donné que l'os autologue n'était pas disponible en quantité suffisante, il a été mélangé avec du matériel de substitut osseux Tutoplast. Deux implants ont été posés en région 14 et 15 avec cicatrisation enfouie.

Après le traitement provisoire au maxillaire, la reconstruction définitive a été rediscutée avec la patiente. Elle souhaitait une occlusion prémolaire au maxillaire en intégrant les dents antérieures dans la reconstruction. A la mandibule, il était nécessaire de créer des unités masticatoires additionnelles dans les régions 36, 45 et 46 pour des raisons fonctionnelles et esthétiques.

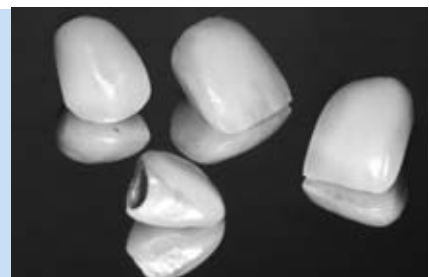
Trois implants ont été posés à la mandibule. Sur la base de wax-up de diagnostic, les dents 13 à 21, 35 et 44 ont été préparées en vue de couronnes unitaires et les dents 22, 24 et 25 pour un pont 22-X-24-25. Le contrôle de la préparation a été effectué avec une clé en silicone du wax-up et le traitement provisoire avec des provisoires rebasables. Ces provisoires devaient servir de base pour le traitement définitif. Lors des essais la patiente a demandé plusieurs fois des modifications, de telle sorte qu'il a été décidé de faire un troisième traitement provisoire indirect.

Après l'acceptation par la patiente du troisième set de provisoires, celui-ci a été transformé sans changements en traitement définitif. Les ponts et les couronnes ont été cimentés avec du Panavia

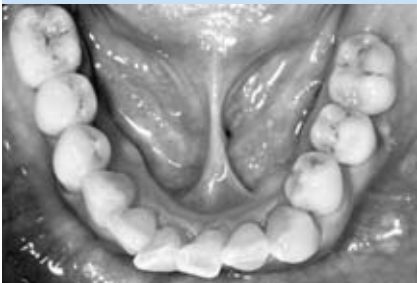
F 2.0. Les piliers implantaires ont été serrés avec un couple de 35 N/cm. L'accès aux vis des piliers pleins a été obturé avec de la guttapercha blanche puis les couronnes ont été scellées avec du ciment au phosphate. Les orifices d'écoulement du ciment ont été fermés plus tard avec un matériau synthétique.



17. Fertige Rekonstruktion: verblockte Implantatkronen 45-46, Brücke 22-X-24-25 und...
► Reconstruction terminée: couronne sur implants solidarisées de 45 à 46, pont 22-X-24-25 et ...



18. ... Einzelkronen der Zähne 13,12,11 und 21.
► ... couronnes unitaires des dents 13, 12, 11 et 21.



19./20. Abschlussituation des Ober- und Unterkiefers.
► Situation finale des maxillaires inférieur et supérieur



21. Lippenbild der fertigen Rekonstruktion.
► Image labiale de la reconstruction achevée.

On a pu observer que les taux de succès sont de 78 % après 18 ans pour les restaurations unitaires sur piliers naturels et de 85 % après 15 ans pour les ponts (WALTON 2002; DE BACKER et al. 2006). Les échecs biologiques décrits le plus fréquemment sont les caries secondaires, les problèmes parodontaux, les fractures de dents piliers ainsi que les problèmes endodontiques. Les échecs techniques consistent principalement en fractures de céramique, fractures d'armatures ou perte de rétention.

22. Röntgenologischer Abschlussbefund.
► Status final radiologique.



Le pronostic des implants dentaires unitaires au maxillaire est de plus de 90 % pour une durée d'observation jusqu'à 8 ans (BUSER et al. 1997; ROMEO et al. 2004). Des résultats similaires ont été observés avec des implants posés dans de l'os gréffé au maxillaire (PINHOLT 2003). Les complications prothétiques les plus fréquentes des implants sont les desserrages et les fractures des vis. Pour des raisons esthétiques d'une part et du taux inférieur de complications et de soins postopératoires des couronnes unitaires cimentées par rapport aux couronnes vissées d'autre part (BEHR et al. 1998; LEVINE et al. 2002), toutes les couronnes sur implants ont été cimentées. L'augmentation osseuse au maxillaire et la stabilité primaire faible de l'implant 46 ont nécessité une solidarisation des implants dans les régions 14-15 et 45-46, en acceptant les inconvénients associés tel qu'un nettoyage plus difficile et le risque d'un ajustement passif moindre (GROSSMANN et al. 2005).

On peut supposer que la satisfaction des patients sans prothèse partielle est plus élevée que ceux avec une prothèse amovible (VAN WAAS et al. 1994). Les patients avec une reconstruction fixe peuvent cependant être insatisfaits du point de vue esthétique et fonctionnel (élocution, capacité masticatoire) (HEYDECKE et al. 2003). Dans le cas présent, l'ajustement et l'adaptation dans la phase du traitement provisoire ont été difficiles. Pour l'évaluation, un troisième traitement provisoire a dû être effectué. Par contre, la patiente s'est adaptée très vite à la reconstruction fixe définitive, qui était la copie exacte du troisième traitement provisoire.

Les désirs et les attentes fonctionnelles et esthétiques de la patiente ont pu être transformés en reconstruction définitive après trois phases provisoires. Du point de vue clinique et radiologique, une bonne situation bucco-dentaire a pu être obtenue à la fin du traitement prothétique. Si on considère la situation initiale, et compte tenu du souhait de la patiente à renoncer à un traitement orthodontique préalable, on peut accepter le résultat, même objectivement, comme acceptable. De même, il est toujours possible à tout moment d'ajouter des unités masticatoires. Avec une hygiène buccale adéquate et une fréquence régulière des recalls, (actuellement tous les 3 mois), il est possible de prédire un bon pronostic pour la reconstruction prothétique.

Liebe Mitglieder der SSRD

Mit diesem Forum wollen wir Sie über aktuelle Themen informieren, welche den Vorstand beschäftigen.

Aktivitäten der Implantatstiftung (ISS)

Im Vorstand der SSRD haben wir diskutiert, dass künftig regelmässig Informationen aus dem Sekretariat der ISS über neue Zeitungsartikel oder andere Medienbeiträge sofort den Mitgliedern der SSRD zur Verfügung gestellt werden – dies via direkte Mails oder via Homepage. Auf diese Weise wird allen Mitgliedern klar, welche wertvolle Aufklärungs- und Informationsarbeit die ISS leistet und die Mitglieder sind informiert bevor die Beiträge bei den Patienten ankommen. Die quartalsweise aufgeschalteten Erfolgsberichte zeigen die messbaren Resultate der Aktivitäten der ISS.

Der Vorstand der SSRD plant weitere Aktivitäten in der Nutzung der Medien.

Frau Professor Frauke Müller regt ein Informationsblatt für die ältere Generation zur Implantatprothetik und deren Auswirkungen auf die Verbesserung der Lebensqualität auch im hohen Alter an.

Ausbildung

In der Zwischenzeit ist es Realität, dass wir an den Universitäten der Schweiz die Studiengänge «Bachelor in Dental Medicine» und «Master in Dental Medicine» ins Leben gerufen haben. Als positives Resultat dieser Reform ergaben sich sehr viele Koordinationsaktivitäten zwischen den vier Zentren. Ab 2011 wird nur noch das neue Eidgenössische Abschlussexamen unter Verantwortung des BAG durchgeführt werden. Alle anderen Leistungskontrollen und Prüfungen wurden an die Medizinischen Fakultäten delegiert. Das klassische, alte und praktische Staatsexamen wird so zu sagen im Rahmen des Masterstudienganges abgehalten. Die Medizinstudenten werden neben den MC-Prüfungen ihre Skills in neu zu entwickelnden sogenannter OSCEs (Objective Structured Clinical Evaluation) beweisen müssen. Für uns ist es aber unmöglich, die selbständige Patientenbehandlung in Form einer praktischen Eidgenössischen Abschlussprüfung schweizweit an wenigen Tagen durchzuführen.

Aus diesen Überlegungen mussten sich die vorbereitenden Gremien für die Zahnmedizin auf eine MC Prüfung beschränken.

Die Dozenten aller Fachgebiete werden neu gemeinsam diese MC Fragen erarbeiten. Dies führt automatisch zu einer Stoff- und Themenabgleichung zwischen den Zentren. Evidenzbasierte Konzepte werden deshalb vermehrt vermittelt werden müssen, so dass die Kandidaten aller vier Zentren die gleiche Chance haben, die Fragen korrekt beantworten zu können.

Als Grundlage für die Ausarbeitung des Fragepools musste zuerst der Lernzielkatalog Zahnmedizin Schweiz erstellt werden, in welchem für jedes Gebiet das zu erreichende Kompetenzniveau definiert ist. Anschliessend erfolgte eine Gewichtung der Themen in einem sogenannten «blueprint». Hier wird der Stoff mehrdimensional

vernetzt in Patientenprobleme und zahnärztliche Handlungen verknüpft. Das heisst: Mit welchen Problemen kommen die Patienten in die Praxis und welche Entscheidungen und Handlungen sind am sinnvollsten anzuwenden. Daraus wird die Anzahl zu entwickelnder Fragen pro Schnittpunkt (Thema) errechnet.

Weiterbildung

Die Weiterbildungsgänge werden in den nächsten Monaten wieder einen Akkreditierungsprozess durchlaufen, der sich an internationalen Standards misst. Als unabhängige externe Instanz wirkt das OAQ (Organ zur Akkreditierung und Qualitätssicherung).

Eine Liste von Qualitätsstandards wird in einem Evaluationsprozess durch die SSO, die Fachgesellschaft und die Programmleiter an den Weiterbildungsstätten geprüft. Als Grundlage liegt ein klar definierter Selbstevaluationsbogen vor. Einige Stätten werden dann einer Visitation durch externe Experten unterzogen. Die Experten werden Stichproben einzelner Qualitätsmerkmale und Prozesse prüfen und somit wertvolle Hinweise für die Qualitätsverbesserungen des Spezialisierungsverfahrens für Fachzahnärzte liefern. Der Zeitplan ist knapp bemessen und der administrative Aufwand ist trotz Straffung des ganzen Verfahrens beachtlich. Zur Steuerung des komplexen Verfahrens wurden Frau Mericske und die Herren Türp, Belser, Kiener und Hämmerle vorgeschlagen. Als unabhängige, externe Experten haben sich die Kollegen Pospiech und Strub zur Verfügung gestellt.

Der Vorstand möchte sich bei den Mitgliedern der Steuerungsgruppe und den externen Experten ganz herzlich für ihren enormen Arbeitseinsatz bedanken.

Ich hoffe, Ihnen liebe LeserInnen, mit diesem kleinen Einblick in die diversen Aktivitäten wieder aktuelle Informationen zusammengestellt zu haben. Anregungen für weitere Artikel und Beiträge nehme ich gerne entgegen.

Ihr Redaktor
Urs Brägger
(urs.braegger@zmk.unibe.ch)

Chères et chers membres de la SSR Au travers de ce forum, nous tenons à vous informer sur les sujets d'actualité qui sont actuellement à l'ordre du jour des séances de comité.

Activités de la fondation implants suisse (FIS)

Au comité de la SSRD, nous avons décidé, qu'à l'avenir, nous allons mettre régulièrement et rapidement à disposition des membres de notre société les informations fournies par le secrétariat FIS sur les nouveaux articles parus dans les journaux ou dans d'autres publications des médias. Ces informations seront transmises directement par courriel ou mises à disposition sur le site web. Ainsi, le précieux travail de mise au point et d'information que l'ISS effectue, deviendra accessible à tous les membres, qui seront dès lors informés avant que les dites publications soient lues par les patients. Les rapports montrant les taux de succès qui seront mis à disposition sur le web tous les 3 mois témoigneront des résultats mesurables des activités de la FIS.

Mais le comité de la SSRD prévoit encore d'autres activités qui se serviront des médias.

En l'occurrence, la professeure Frauke Müller suggère qu'une feuille d'information concernant la prothétique implantaire et leur implication sur l'amélioration de la qualité de vie à un âge avancé soit mise à disposition des générations plus âgées, voire très âgées.

Formation

Nous avons introduit dans les universités de notre pays les filières d'études «Bachelor in Dental Medicine» et «Master in Dental Medicine». Premier point positif de cette réforme, un grand nombre d'activités de coordination entre les quatre centres de formation suisse ont eu lieu ...

A partir de 2011, seul le nouvel examen final fédéral sera de la responsabilité de l'Office Fédéral de la santé publique (OFSP). Tous les autres contrôles et examens ont été délégués aux facultés de médecine. L'ancien examen d'état classique et pratique devra être intégré maintenant dans la filière Master pour ainsi dire. A part les examens MC (questions à choix multiples), les étudiants en médecine devront passer des OSCE (Objective Structured Clinical Evaluation) pour prouver leurs aptitudes. Toutefois, il nous est impossible d'examiner en quelques jours et dans toute la Suisse le traitement autonome de patients par un étudiant sous la forme d'un examen final pratique. C'est ces considérations qui ont amené les commissions préparatoires pour la médecine dentaire à se limiter à un examen MC. Comme nouveauté, les professeurs de tous les domaines spécialisés élaboreront ensemble ces questions MC, ce qui conduira automatiquement à une harmonisation des matières et des sujets entre les différents centres.

De par ce fait, on sera obligé d'enseigner dans une plus grande mesure des concepts basés sur l'évidence, afin que les candidates et candidats des quatre centres aient la même chance de répondre correctement aux questions. Comme base pour l'élaboration du catalogue des questions, on a fallu d'abord établir le catalogue des objectifs

d'études de la médecine dentaire suisse qui, lui, définit le niveau de compétence à atteindre pour chaque domaine. Ensuite, les sujets ont été évalués dans un «blueprint». C'est ici que les matières – connectées entre elles de manière pluridimensionnelles – sont liées aux problèmes des patients et aux activités du médecin dentiste. En d'autres termes, cela signifie: quels sont les problèmes que les patients amènent au cabinet dentaire et quels sont les traitements les plus judicieux à appliquer. Un fois ces points définis, il ne reste plus qu'à définir le nombre de questions à développer par sujet.

Formation postgrade

Ces prochains mois, les filières d'études de formation postgrade devront suivre un nouveau processus d'accréditation qui se référera aux standards internationaux. C'est l'OAQ (Organe pour l'accréditation et garantie de la qualité) qui agit en tant qu'instance externe dépendante.

Une liste des standards de qualité sera examinée lors d'un processus d'évaluation par la SSO, les sociétés de spécialisation ainsi que par les directeurs des programmes des institutions de formation postgrade. Comme base, il existe actuellement un questionnaire d'autoévaluation clairement défini. Certaines institutions seront ensuite visitées par des experts externes. Ces derniers examineront ponctuellement certaines caractéristiques de qualité et de processus de la formation et pourront, par conséquent, livrer de précieuses indications pour permettre une amélioration du processus de spécialisation des médecins dentistes spécialistes. Le temps à disposition est réduit et l'investissement administratif considérable. Madame Mericske et Messieurs Türp, Belser, Kiener und Hämmerle ont été pressentis pour la prise en charge de la direction de la procédure complexe. Les collègues Pospiech et Strub se sont mis à disposition en tant qu'experts externes indépendants.

Le comité voudrait remercier cordialement les membres du groupe de direction et l'expert externe pour l'énorme travail fourni.

Avec cet aperçu des diverses activités de la SSRD, j'espère, chères lectrices et chers lecteurs, vous avoir donné quelques informations d'actualité intéressantes.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir m'envoyer des suggestions et contributions pour de futurs articles.

Votre rédacteur
Urs Brägger
(urs.braegger@zmk.unibe.ch)