



PARPARTicipation

Newsletter der SGZBB (Schweizerische Gesellschaft für Behinderten- und Betagten-Zahnmedizin)

Edition 19/Juli 2010

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

Schwerpunktthemen

- Egozentrik der Tiere? p. 10
- Direkte Kompositbrücken p. 14
- Schulung zur Erkennung des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenzen (DEA) p. 25

Leserbriefe

- Modification de la perception de la douleur liée à l'âge et à la démence p. 8
- Schmerzen bei fortgeschrittener Demenzerkrankung p. 9

Vermischtes

- Hommage au Dr. Peter Netzle, membre d'honneur de la SGZBB p. 3
- Eine Saat ist aufgegangen p. 4
- Parkplatz für Behinderte, ist doch logisch p. 6
- Wo sind wir stehen geblieben? p. 17
- Détachement p. 19
- La formation clinique en EMS – un projet pilote dans le cadre de l'enseignement académique prégradué en 4^{ème} année universitaire p. 20
- Binti Panzi – das Heugümpelmädchen Zahnärztliche Entwicklungszusammenarbeit p. 21

Buchbesprechung

- «Wird heute ein guter Tag sein?» p. 26

20. Jahrestagung

- 20. Jahrestagung SGZBB p. 30

A noter dans votre agenda p. 32

Schwarz und Weiss

Da war einmal eine spezielle Freiburger Kuh schwarz/weiss, nicht gestreift wie ein Tiger, oder, wie der erleuchtete Wissenschaftler das zu benennen weiss, randomisiert. Das unwissende Tierchen trug also jahrzehntelang stoisch und wiedererkäuend seine Kantonsfarben. Ob es katholisch war ist nicht bekannt. Schwarz das Zeichen von Konservatismus. Seit 1975 ist diese Rasse nun schon von unseren Weiden verschwunden, nicht aber der heimelige Erhaltungswille. Pro Specie Rara glaubte sie wiederentdecken und sie durch Zurückentwicklung wieder ansiedeln zu können. Ihnen war nämlich zu treuen Ohren gekommen, dass in Südpatagonien im fernen Chile farblich ähnliche Exemplare Heu verdauen. Das Resultat: keine DNA-Gleichheit, also keine Verwandtschaft. Bei uns gibt es sie auch, diese Species Rara, die mit Gelerntem und wissenschaftlich Untermauertem Kreuzzüge führen, lege artis wohlverstanden, für Schwarz und gegen Weiss.

Ja dieses unverdauliche Futter, Menschen haben im Gegensatz zur Kuh leider nur einen Magen, Amalgam und oder Komposit. Beide tragen in ihrem Namen etwas Vereinigendes. Die Redaktion hat von allen Seiten so viele zum Teil geharnischte oder hier besser gehörnte Mitteilungen bekommen, dass endlich gegen die sich selber so benennenden **«Sozialen»** Institutionen, kan-

tonaler, staatlicher, auch standespolitischer und auch versicherungstechnischer Herkunft vorgegangen werden sollte. Genug der Diskriminierung des sozial schwachen Patienten. Genug der Stigmatisierung. Genug auch der Diskriminierung von Zahnärzten unter 40 Jahren, denn schon seit 15 Jahren wird an den Instituten der Universitäten Amalgam nur noch geschichtlich abgehandelt. Und horribilissime dictu, auch wir, die in Afrika zahnärztlich tätig sind, müssen erfahren, dass auch Schwarze lieber Weiss tragen. Als selbst gescheckte Persönlichkeit fühle ich mich so ein wenig von einem schwarzen Gewissen entlastet. Siehe auch Artikel: «Zahnärztliche Interventionen in Afrika als Entwicklungszusammenarbeit. Sinn oder Unsinn?». Als selber wacker über 40 Jahre hinausschauender Praktiker möchte ich unserer sehr verdienten Generation herzlichst danken, fühle mich auch hier etwas solidarisch, aber noch mehr dem gesellschaftlich ins Hintertreffen geratenen Mitmenschen. Ihr habt Recht, hattet es. Aber cave, dass euch/uns das Fell nicht über die Ohren gezogen wird, gescheckt oder unbefleckt.

Erstaunlich viele Reaktionen auf den sehr gut abgefassten Artikel von Dr. Walter Weilenmann «Keine Zahnschmerzen in der fortgeschrittenen Demenz», ohne Fragezeichen, flatterten auf den



Redaktionstisch. Das Redaktionsteam möchte auch Sie bitten, ihre persönlichen Erfahrungen einzubringen. Siehe Leserbriefe von Frau PD. Dr. Sophie Pautex, Genève und von Prof. Reto W. Kressig aus Basel. Herzlichen Dank.

Eigentlich wollten wir in diesem Heft eine gut dokumentierte Vorschau auf die vom 25.–28. August in Gent stattfindende höchst interessante Veranstaltung der IADH (20th World Congress on Disability and Oral Health) einrücken. Doch die Professori sind noch voll daran, an ihren Abstracts zu feilen. Der nächsten Edition werden Sie entnehmen können, was Sie verpasst haben werden. Sollten Sie sich doch noch entscheiden nach Gent zu pilgern, so sehen Sie bitte auf unserer Homepage nach. Unter www.sgzbb.ch gibt es Anmelde-möglichkeit.

Im Namen der SGZBB und des homme en progrès ganz herzlich und mit guten Grüßen

Sr.G.

Direkte Kompositbrücken

Dr. med. dent. W. Weilenmann

Direkte Kompositbrücken sind eine ideale Lösung für die Zahnlücken bei Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Dazu gehören insbesondere die alten und chronisch kranken, polymorbiden und kariesaktiven Patienten. Aber auch erwachsene Angstpatienten gehören dazu, Junge mit sonst gesunden Zähnen, die sie nicht beschleifen wollen und die auch kein Implantat haben wollen, Menschen aus anderen Kulturen, die sich sehr vor dem Zahnarzt fürchten, sozial Benachteiligte und weniger bemittelte usw. Der Autor hat vor 16 Jahren eine erste direkte Kompositbrücke angefertigt. Seither konnte er die Vorgehensweise stark verbessern. Dank dem guten Echo der Patienten und der Langlebigkeit der Brücken konnte er bis heute über 200 solche Brücken anfertigen (vgl. Abb. 1).

Die Brücken weisen normale Kontaktpunkte auf und sind normal belastbar. Die Zwischenglieder sind in der Front aufliegend, in den Bukkalsegmenten unterspülbar. Die Anfertigung erfolgt in 7 Schritten, wobei das Komposit bei den Schritten 2–6 jeweils gehärtet wird (Abb. 3).



Abb. 5: Schritt 2 (Draht biegen)

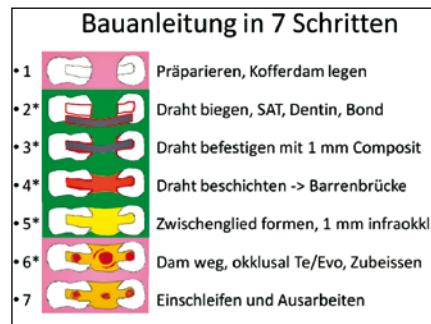


Abb. 3: Die 7 Schritte zur direkten Kompositbrücke. * = Härtung (jeweils 20 – 40 sec mit 2 Polymerisationslampen)

Bei Schritt 3 (Abb. 6) werden alle beklebten Flächen 1 mm dick mit Tetric beschichtet und der Draht inseriert. Nach dem Härten ist er mit grosser Kraft belastbar.



Abb. 6: Schritt 3 (Draht in die 1mm dicke Schicht Komposit inserieren)

Bei Schritt 4 (Abb. 7) wird der Draht mit Tetric eingepackt, so dass eine Barrenbrücke entsteht. Sie soll infraokklusal verlaufen.



Abb. 7: Schritt 4 (Komposit ummantelt den Draht)

In Schritt 5 (Abb. 8) wird der Barren weiter verdickt: oral wie bei einer Teilprothese, bukkal wie bei einer VMK-Brücke, gingival etwa 1 mm unterspülbar, und okklusal soll er 1–2 mm infra bleiben.

Schritt 1 (Abb. 4) beginnt mit der Exkavation der Pfeiler. Liegen suffiziente Kompositfüllungen vor, können sie mit Kästen versehen werden. Der Draht sollte mindestens 3–4 mm tief, womöglich auch bis über die Zahnmitte eingelegt werden. Kurze Brücken der UK-Front brauchen keinen Draht, breite Seitenzähne brauchen hingegen 2 Drähte nebeneinander, und lange Frontzähne 2 Drähte übereinander.



Abb. 4: Schritt 1 (Pfeilerzähne vorbereiten)

Schritt 2 (Abb. 5): Der Kofferdam wird gelegt und der Draht durch Biegen eingepasst. Schliesslich wird der Schmelz geätzt und das Dentin beklebt, und zwar in den Kavitäten und auf den ganzen Approximalfächern. Der Draht wird mit Heliobond bepinselt.

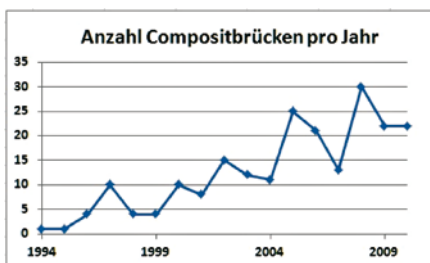


Abb. 1: Die Nachfrage nach direkten Kompositbrücken entsteht nicht durch Werbung in den Medien, sondern durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Jede Brücke vergrössert die Erfahrung und Zuversicht des Behandlers.

Material und Methode

Als Komposit wird Tetric® und EvoCeram® in Verbindung mit Syntac classic® (Ivoclar Vivadent Inc., Schaan, Liechtenstein) verwendet. Zur Verstärkung dient eine biegbare, sandgestrahlte Drahtstange (Crozat-Redur® Ø1.3mm, Dentaforum, Ispringen, Deutschland, Abb. 2).

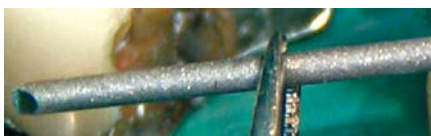


Abb. 2: Biegbarer Draht Crozat-Redur® Ø1.3mm. Er muss zu besseren Retention sandgestrahlt werden.

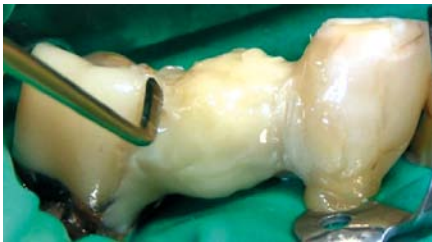


Abb. 8: Schritt 5 (Zwischenglied lingual, oral und gingival formen und Platz für Zahnstocher modellieren)

Bei Schritt 6 kommt der Kofferdam weg und kann der Patient spülen. Nun sind die allenfalls vorhandenen okklusale Kontakte auf der Brücke grosszügig zu entfernen (Abb. 9). Dann wird okklusal eine dünne Schicht Tetric und darüber eine dünne Schicht EvoCeram appliziert (Abb. 10). Nun soll der Patient zubeissen und die Okklusion vorformen (Abb. 11). Wieder geöffnet, wird das EvoCeram nachmodelliert. Gehärtet wird bei geschlossener Okklusion von bukkal, dann bei geöffnetem Mund von lingual.



Abb. 9: Schritt 6a (Okklusale Kontakte wegschleifen)



Abb. 10: Schritt 6b (Okklusale Beschichtung: unten Tetric, darüber EvoCeram)



Abb. 11: Schritt 6c (Härten bei geschlossener Okklusion)

Schritt 7: Nun sind störende Kontakte vorhanden (Abb. 12), die eingeschliffen werden müssen. Die fertig ausgearbeitete Brücke darf reguläre okklusale Kontakte aufweisen (Abb. 13).



Abb. 12: Schritt 7 (Entfernen der Kanten und Pressfahnen, Einschleifen, Ausarbeiten)

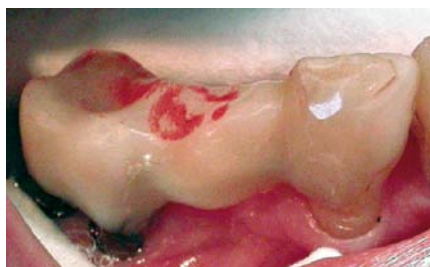


Abb. 13: Schlussbild. Gegenbezahnung: OK-Prothese in Kreuzbiss

Resultate und Fallbeispiele

Von den bisher gelegten 202 Brücken umfassen 145 nur ein einziges Zwischenglied (Abb. 14 links, erste Säule). Es sind aber Spannweiten bis 2 cm möglich! So können in der UK-Front 21–12 problemlos überbrückt werden (Abb. 14 links, fünfte Säule mit 3 Fällern zu 4 Zwischengliedern). Bei so grossen Spannweiten in den Bukkalsegmenten sollte eine reduzierte Gegenbezahnung vorliegen (Abb. 14 links, vierte Säule mit 6 Fällern zu 3 Zwischengliedern). 17 Fliegerbrücken von je einer Prämolarenbreite zeigten, dass der Draht in manchen Fällen über 2 Ankerzähne laufen muss. Die Brücken wurden in allen Sextanten gelegt (Abb. 14 rechts).

Die folgenden fünf Fallbeispiele wurden bei zufällig erscheinenden Patienten im April und Mai 2010 und ohne Beschönigung fotografiert.

Fall 1: Brücke 8(6)5- auf stark gekipptem Molar (Abb. 15). Die ältere Patientin konnte auf dem Weisheitszahn nicht schmerzfrei kauen. Die Brücke wurde an den alten vorbestehenden Füllungen befestigt.

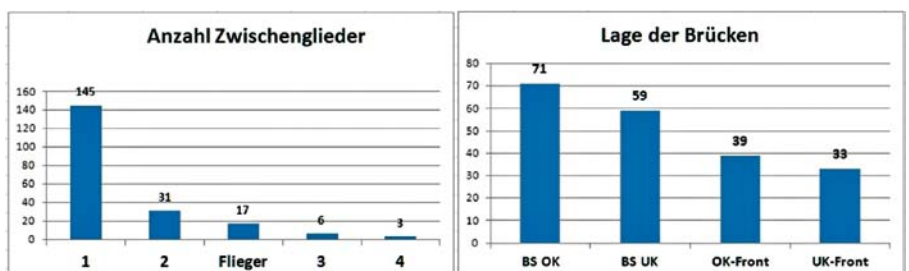


Abb. 14: Übersicht über die 202 bisher angefertigten direkten Kompositbrücke



Abb. 17: Fall 3: 5 Jahre alte Frontbrücke, Hygiene insuffizient.



Abb. 19: Fall 5: Breite Implantatkrone aus Komposit. Der 6-eckige Implantatkopf wurde geschlitzt und mit einem gebogenen Draht verbreitert. Die Kompositkrone kann im Gegensatz zu einer VMK-Krone auch die untersichgebende Zone des Implantates nutzen.



Abb. 15: Fall 1: 3 Jahre alte Brücke auf gekipptem 48. Der Verbund zu altem Komposit ist leider nicht so stark und hält nur bei guter mechanischer Verzahnung. Auf dem Foto ist eine Fraktur des Kompositrandes auf der alten Füllung von 45 zu sehen. Das Röntgenbild zeigt distal unter der alten Füllung auf 45 eine Karies. Sie kann ohne Entfernung der Brücke konservierend behandelt werden.

Fall 2: UK-Frontbrücke 2(1-1)2 ohne Drahtverstärkung (Abb. 16). Die Brücke wurde sofort nach der Exzision angefertigt. Der modellierte Engstand zwischen 42 und 41 ist ein ästhetischer Trick und ermöglicht eine bruch sichere Adhäsion.



Abb. 16: Fall 2: 1 Jahr alte UK-Frontbrücke ohne Drahtverstärkung

Fall 3: OK-Frontbrücke +2(3)4 bei einem kariesaktiven Patienten (Abb. 17). Die Brücke wurde sofort nach der Exzision angefertigt. Der Patient ist polymorbid und deutlich übergewichtig. Die Sekundärkaries bei 22 distal stellte sich schon nach 5 Jahren ein. Sie lässt sich jedoch gut ohne Entfernung der Brücke sanieren.

Fall 4: OK-Frontbrücke 1+(1)2 nach abgelehntem Implantat (Abb. 18). Die livide Verfärbung über 21 entstand vor 6 Jahren nach Insertion von Polylactat in die Alveole zwecks Vorbereitung des Implantatbettes. Der junge Patient hat die Implantation an der Universität jedoch abgelehnt und wurde dann ohne Behandlung entlassen. Die Brücke wurde vor 5 Jahren ohne Drahtverstärkung angefertigt (zwecks Schonung von 11 und 22).



Abb. 18: Fall 4: 5 Jahre alte OK-Frontbrücke, Hygiene suffizient.

Fall 5: Kompositkrone auf Implantat (Abb. 19). Der 75-jährige Patient hat vor 5 Jahren ein Implantat bekommen, das gut eingehilt ist. Seitdem haben jedoch 3 verschiedene Zahnärzte trotz 8 Zementierungen erfolglos versucht, auf dem Implantat eine Krone zu befestigen. Zuletzt erhielt der Patient eine Kostenschätzung für eine Explantation und ein neues Implantat samt Krone für Fr. 4500. Die Kompositkrone wurde so angefertigt wie in Material und Methode beschrieben.



Diskussion

Die Herstellung einer Kompositbrücke dauert 60 bis 120 Minuten. Die Honorierung gestaltet sich analog zu einer Parodontalschienung (ca. Fr. 400.-). Hinzu kommen die Füllungen in den Pfeilerzähnen (z.B. Fr. 150.- bis Fr. 400.-). Die Materialkosten betragen ca. Fr. 50.- pro Brücke.

Vereinzel treten Schäden an den Brücken auf. Meistens sind es kleine Frakturen am Übergang zu alten Kompositfüllungen oder über dem Draht, wenn er okklusal zu nah an die Oberfläche kommt. Solche Schäden sind meistens einfach zu reparieren. Wenn sich hingegen ein Draht vom Pfeiler löst, muss ein neuer Draht in die Brücke eingelegt werden. Der Fehler bei diesen Schäden liegt gewöhnlich darin, dass der Draht nur 1–2 mm tief in die Füllung vom Pfeilerzahn eingelegt worden ist. Der neue Draht soll 2–3 mm länger sein.

Häufig können Exzision und Anfertigung einer direkten Kompositbrücke in der gleichen Sitzung erfolgen. Die Patienten reagieren ausnahmslos sehr erfreut über diese rasche und kostengünstige Schliessung ihrer Lücken, und die Mund-zu-Mund-Propaganda ist enorm.