



Presseinformation der IKG / Initiative Kiefergesundheit und
des BDK / Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vom 20. August 2018

9. Gemeinschaftskongress Kinder-Zahn-Spange: Was tun mit der Frontzahn­lücke?

Kieferorthopäden und Kinderzahnärzte mit interdisziplinärem Ansatz

„Frontzahntrauma, Frontzahn­aplasie: Was tun mit der Lücke“ – diese Frage stellte der Wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski/Charite im Eröffnungsreferat des Gemeinschaftskongresses Kinder – Zahn – Spange in Frankfurt. Eine Frage, die offenbar auch die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis bewegt – es folgten so viele Kieferorthopäden und Kinderzahnärzte wie noch nie der Einladung ihrer Verbände BDK, IKG, BuKiZ und DGKiZ.

Die besondere Herausforderung läge im Lückenschluss der oberen Frontzähne, so Professor Radlanski. Ein „Kochrezept“ gäbe es hier nicht: Weder führe der kieferorthopädische Lückenschluss stets zu befriedigenden Ergebnissen, noch sei die implantatgetragene Versorgung ein Patentrezept. Eines jedoch hätten alle Behandlungsmethoden gemeinsam: „Wir sind bei unseren Erfolgen auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen.“ Gerade deshalb sei es so wichtig, von Anfang an klar und transparent zu kommunizieren. Bei der Behandlungsplanung empfehle sich, rückwärts zu denken. „Stellen Sie sich zunächst die Frage: Wann und wie soll die Lücke geschlossen sein. Daraus ergibt sich, was vorher passieren muss.“ Und: „Planen Sie die die Behandlung von Anfang an interdisziplinär!“ Eine gute, frühzeitige Absprache zwischen Kinderzahnarzt, Kieferorthopäden, Prothetiker und/oder Implantologen sei dringend angezeigt.

Transplantation von Prämolaren oder Milch­eckzähnen

Das Frontzahntrauma aus Sicht eines Kinderzahn­arztes beschrieb Dr. Hubertus van Waes, Leiter der Station für Kinderzahn­medizin, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahn­medizin, Zürich. Um die Frage „Lücke lieber öffnen oder schließen“ zu beantworten, seien aus seiner Sicht zunächst drei zentrale Fragen zu stellen: „1. Ist ein Lückenschluss ästhetisch gut möglich? 2. Wie fangen wir den Alveolarkamm ein? 3. Wie sichern wir die Mittellinie?“ Besondere Vorsicht sei bei ankylosierten Zähnen geboten, hier sei der „Knochedefekt immens“.

Großes Potential sehe er in der Transplantation von Prämolaren und Milch­eckzähnen. Sowohl aus biologischer wie auch aus ästhetischer Sicht seien hier oft sehr gute Resultate zu erzielen – hierbei gelänge ein nahezu vollständig natürlicher Gingivaverlauf. Am Ende seines Vortrags appellierte auch Dr. van Waes an die (anwesenden) Kieferorthopäden: „Besprechen Sie den geplanten Behandlungsverlauf mit den zahnärztlichen Kollegen. Klären Sie rechtzeitig die Art der Versorgung – Lückenschluss oder Lückenöffnung – und den Zeitplan.“

Versorgung mit ein- und zweiflügeligen Adhäsivbrücken

Ein klares Plädoyer für die Versorgung der Frontzahn­lücken mit Hilfe von Adhäsivbrücken hielt Prof. Dr. Matthias Kern, Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde, Kiel.

Er behandle stets nach dem Grundsatz „Erst kleben, dann implantieren, wenn der Patient alt genug ist.“ In einer Gegenüberstellung von Adhäsivbrücken und Einzelzahn­implantaten machte er deutlich, dass die Versorgung mit Adhäsivbrücken enorme Vorteile mit sich brächte, vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Das Implantat sei, wenn überhaupt, beim erwachsenen Patienten angezeigt. Die Adhäsivbrücke hingegen käme auch mit geringerem Platz- und Knochenangebot aus, könne bei Kindern, Jugendlichen und Risiko-Patienten angewendet werden und erfordere einen erheblich geringeren

Pressekontakt:

A Hoy PR Agentur- und Verlagsgesellschaft mbH . Schranenstr. 4 . 86150 Augsburg . Tel.: 0821 / 246 1357 . info@ahoy-pr.de für die Initiative Kiefergesundheit e.V. und den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.

Behandlungsaufwand. Auch die Frage des Gewebeerhalts sei geklärt: „Wenn die Pontic-Auflage richtig gemacht ist, wird der Knochen nicht resorbieren.“

Klar zu präferieren sei die einflügelige gegenüber der zweiflügeligen Adhäsivbrücke. „Löst sich ein Flügel, haben Sie schnell ein massives Kariesproblem. Löst sich jedoch der Flügel einer einflügeligen Adhäsivbrücke, merkt das der Patient – und Sie können den Schaden schnell beheben.“

Implantatversorgung bei Kindern?

Für eine interdisziplinäre Vorgehensweise sprach sich auch Dr. Jan Tetsch, Zahnarzt und Oralchirurg aus Münster aus. Um die „Hauptperson Kind/Jugendlicher“ müsse ein interdisziplinäres Therapiekonzept angelegt werden: Kinderzahnärzte, Endodontologen, Kieferorthopäden, Implantologen, Gnathologen, Prothetiker – sie alle seien gefragt, gemeinsam an einem Strang zu ziehen.

Er selbst habe hervorragende Erfahrungen bei der Versorgung durch Implantate gemacht – auch beim Jugendlichen. Hier existiere eine Gruppe von „hopeless patients“ – Patienten, die „aufgrund ihres Alters und dem entsprechendem Wachstumspotential zurzeit kontraproduktiv, oder – noch schlimmer – gar nicht behandelt werden.“ Er sprach vom Entstehen eines Therapievakuums, durch zu langes Warten. „Da gibt es Patienten, die tatsächlich seit 19 Jahren nicht mehr in einen Apfel gebissen haben!“ Er empfahl dringend eine Implantatpositionierung entsprechend des Wachstumsmusters, um ein perfektes Emergenzprofil zu erhalten. Als „Schlüssel zum Erfolg“ bezeichnete er deshalb die 5D-Implantation entsprechend dem Wachstumstyp mit Modifizierung der „Buser, Martin und Belser-Regel“ II und III von 2005.

Kieferorthopädische Versorgung der Frontzahnücke

Den Begriff des „Therapievakuums“ nahm Dr. Björn Ludwig, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie aus Traben-Trarbach, auf. Bei einer Lückenöffnung sehe er häufig das Problem, dass sich die Wurzeln der Zähne rechts und links der Lücke während dieses Zeitraums angenähert hätten. Dies geschehe meist zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr. Man müsse nun die Lücke erneut öffnen, bevor ein Implantat gesetzt werden könne, ohne die Wurzeln der Nachbarzähne zu verletzen. Dennoch plädiere er dafür, mit der Implantatversorgung zu warten. „Es ist nicht das Problem, dass Implantate nicht mitwachsen, sondern vor allem, dass sie nicht mitaltern!“ Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr „beginnen wir, nach unten zu wachsen“, ein Implantat gehe hier nicht mit.

Für ihn sei die Lachlinie entscheidend bei der Beantwortung der Frage „Lücke auf oder zu?“. Bei männlichen, älteren Patienten mit (meist) niedrigerer Lachlinie empfehle er immer, die Lücke zu öffnen und mit einem Implantat zu versorgen; bei einer jungen, weiblichen Patientin mit (meist) hoher Lachlinie sei eine Implantatversorgung im Ästhetikbereich kontraindiziert.

Temporäre Gaumenimplantate, Mini-Schrauben und der Mesial-Slider seien für ihn die Mittel der Wahl, wenn es um den kieferorthopädischen Lückenschluss gehe. „Diese Apparatur ist für den Patienten nicht gerade komfortabel“, deshalb sei es Aufgabe des Behandlers, den Patienten dauerhaft zu motivieren. Nur allein die Lücke zu schließen, könne jedoch nicht Aufgabe der Kieferorthopäden sein. „Es liegt natürlich auch in meiner Verantwortung, was danach passiert.“ Zusammenfassend sieht auch Dr. Ludwig den Schlüssel zum Erfolg im interdisziplinären Ansatz: „Wichtig ist nicht, wer Recht hat, sondern die beste Lösung zu finden.“

Rechtliche Aspekte

Den Schlussvortrag hielt Dr. Gundi Mindermann, Fachzahnärztin für Kieferorthopädie, Bremervörde, und 2. Vorsitzende der IKG, gemeinsam mit RA Stephan Gierthmühlen, Kiel, Justitiar des BDK. Sie

Pressekontakt:

A Hoy PR Agentur- und Verlagsgesellschaft mbH . Schrankenstr. 4 . 86150 Augsburg . Tel.: 0821 / 246 1357 . info@ahoy-pr.de für die Initiative Kiefergesundheit e.V. und den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.



präsentierten „Fälle, die vor Gericht landen“ – und boten Lösungsansätze, wie dies zu vermeiden sei. Die Entscheidung „Lückenöffnung oder Lückenschluss“ sei, so RA Gierthmühlen, gar nicht so selten Gegenstand von Klagen. Häufigster Klagegrund sei hier eine unzureichende Aufklärung über Behandlungsalternativen oder -risiken. „Patienten in die therapeutische Aufklärung einzubinden, ist leider noch nicht überall Usus.“ Das bedeute auch, den Patienten über Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, die der Behandler selbst gar nicht anbietet.

Am Ende ginge es beim interdisziplinären Ansatz doch darum, so Dr. Mindermann während des anschließenden Schlusspodiums, ein Behandlungsergebnis zu erreichen, mit dem Patient wie auch Behandler zufrieden sein können. Neben ästhetischen Gesichtspunkten sei nach ihrem Dafürhalten entscheidend, dass muskuläres Gleichgewicht und die Okklusion stimmten.

Nach doch teilweise sehr kontrovers geführten Diskussionen um die richtige Antwort auf die Frage „Was tun mit der Lücke?“ gab es am Ende des Kongresses eine klare „Take-home-message“, die Professor Radlanski zusammenfasste: „Es ist unerlässlich für jeden, der mit Kinderzahnmedizin zu tun hat, sich ein interdisziplinäres Netzwerk aufzubauen. Wir müssen sowohl beim Frontzahntrauma wie auch bei der -aplasie frühestmöglich die Fachkollegen mit einbeziehen, um den für den Patienten besten Behandlungsweg zu finden.“ Schließlich sei „doch das Schöne an unserem Beruf, dass wir in der Lage sind, gemeinsam dem Patienten zu helfen“.

1.126 Wörter / 8.471 Zeichen

BU-Vorschlag: Referenten und Initiatoren des 8. Gemeinschaftskongresses Kinder – Zahn – Spange in Frankfurt (v.l.): Dr. Christian Kirschneck/Regensburg, Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten-Herdecke, Dr. Gundi Mindermann, 1. Bundesvorsitzende des BDK, Dr. Ortrun Rupprecht-Möchel, 1. Vorsitzende der IKG, PD Dr. Lina Gölz/Bonn, Prof. Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann/Charité mit dem Wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski/Charité.

Quelle: BDK/Thomas Ecke

Pressekontakt:

A Hoy PR Agentur- und Verlagsgesellschaft mbH . Schranenstr. 4 . 86150 Augsburg . Tel.: 0821 / 246 1357 . info@ahoy-pr.de für die Initiative Kiefergesundheit e.V. und den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.