

Eine vorsichtige Annäherung an die eigentliche Ursache

Nachlese. Bei der diesjährigen 47. Internationalen Kieferorthopädischen Tagung in Kitzbühel ging es längst nicht mehr um Brackets und Bögen.

Von **Andreas und Venu Scheiderbauer**

Mit Themen wie kieferorthopädische Behandlungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen, juvenile idiopathische Arthritis, cranio-mandibuläre Dysfunktionen oder zahn-fremde Ursachen von Zahnschmerzen gaben die Referenten Impulse, eingeübte Denkpfade neu zu überdenken und neue einzuschlagen.

„Empfindliche Zähne stecken in empfindlichen Patienten, muss man sich als Behandler bewusst machen“, sagte Dr. Hubertus Van Waes. Natürlich sei es von den Synapsen her erklärbar, doch unterstreiche es auch, mit welcher Ernsthaftigkeit Schmerzen bei Kindern behandelt werden sollten, um negativen Langzeitfolgen, was die biologische Schmerzerfahrung betrifft, vorzubeugen. „Schlechte Erfahrungen triggern die Schmerzwartung und steigern in der Folge den Schmerz“, so der Experte zum kindergerechten Behandlungsrahmen.

Mit oralen pathologischen Besonderheiten in der Kinder- und Jugendheilkunde beschäftigt sich sein Kollege Dr. Richard Steffen: „Die häufigsten Schleimhautveränderung bei Kindern sind mechanisch und traumatisch verursacht.“ An zweiter Stelle der Inzidenzen stehen virale und bakterielle Infektionen, gefolgt von Aphten. „Viele Teenager verwenden beispielsweise Retinoidmedikamente zur Akneprophylaxe, die als Nebenwirkung periorale Hautverän-

derungen induzieren können. SNUS, das vor allem in skandinavischen Ländern bei Eishockeyspielern beliebt ist, führt etwa zu Gingivaverletzungen“, so Steffen zu den neuen Problematiken in der Zahnmedizin.

Mit einer anderen bedenklichen gesellschaftlichen Entwicklung, der Adipositas und deren Einfluss auf den kieferorthopädischen Behandlungsverlauf, beschäftigt sich Dr. Julia von Bremen: „Bei adipösen Kindern erhöht sich die kieferorthopädische Behandlungsdauer im Schnitt um 1,5 Monate.“ Ebenso ist die Gingivitishäufigkeit deutlich ausgeprägter im Vergleich zu Normalgewichtigen.“ Faktoren wie veränderter Knochenmetabolismus, ein oftmals schwacher sozialer Hintergrund oder eine unter Umständen schlechtere Disziplin bei der Mundhygiene und Kooperation wirken sich hier nachteilig aus.

Lückenmanagement

Bei allen diesen neueren Herausforderungen bleibt die bekannte Frage nach dem Lückenmanagement eine nach wie vor aktuelle. „Die Häufigkeit der Nichtanlagen liegt in der europäischen Bevölkerung bei ca. 6%“, so Prof. DDr. Peter Proff. „Frontzahntrauma als sekundäre Ursache für eine Zahnunterzahl liegt bei 7 – 38% in der Altersgruppe von 6-17 Jahren.“

Doch unabhängig vom Grund ist die Motivation für eine kieferorthopädische Behandlung bei fast 80% der betroffenen Patienten eine Begründung der Zähne und einer Verbesserung des Lächelns. Daher ist es wichtig, ganz genau zu planen, wie der Lückenschluss für den Patienten optimal und langfristig ästhetisch gelöst werden kann. In der Retentionsphase nach Lückenschluss etwa, sollte langfristig immer ein Retainer von 4-4 geklebt werden, um so einer Lückenöffnung vorzubeugen, sagte Prof. Wenn es aber bereits zu einer Lückenöffnung und Kronenangulati-



Der KitzKongress, alljährlicher Schauplatz der Kieferorthopädischen Tagung © Scheiderbauer



In der Retentionsphase, nach Lückenschluss etwa, sollte langfristig immer ein Retainer von 4-4 geklebt werden.

Prof. Peter Proff
Universitätsklinikum Regensburg

on gekommen ist, empfiehlt Dott. Marino Musilli die bracketfreie Therapiemöglichkeit, um hier gegenzusteuern. Dabei verzichtet er bei seinen Patienten teilweise auf Brackets und klebt einen runden NiTi-Draht direkt auf die Labialflächen der zu bewegenden Zähne. Durch Loop-Biegungen und zusätzliche Hilfsmittel wie Elastikketten oder Verankerungen gelingt es ihm, komplexere Zahnbewegungen als auch Korrekturen des offenen Bisses, Wurzelbewegungen und Ähnliches mehr durchzuführen, weiß der Experte aus eigener Erfahrung.

Sein italienischer Kollege Dott. Vittoria Casciafesta setzt dagegen bei „unsichtbaren“ Behandlungen auf die 2D Lingualbrackets. „Selbst komplexere Parafälle mit ausgeprägtem Attachmentverlust und Elongation lassen sich damit, unterstützt von Verankerungsschrauben, intrudieren und therapieren.“

Neben ästhetisch ansprechenden Lösungen wünschen sich Patienten auch kürzere Behandlungs-

dauer. „Dysgnathieoperationen können bei durchschnittlichem Crowding und geringen transversalen Diskrepanzen auch ohne kieferorthopädischer Vorbehandlung geplant und behandelt werden“, sagte Ass.-Prof. Dr. Gabriele Millesi. Dies verkürzt die Behandlungszeit mit festzittenden Apparaturen zum großen Vorteil für den Patienten. Zwar müssten KI II/2 Patienten vorweg kieferorthopädisch dekompensiert werden, doch dies ist auch mit der patientenfreundlichen Schienense-rienterapie durchführbar.

Netzwerkvorteile und Trugschlüsse

Der Austausch an Erfahrungen und interdisziplinärer Arbeit führt zu gelungenen Resultaten, darin waren sich die referierenden Experten einig. Dr. Susanne Wriedt thematisiert lassen sich damit, unterstützt von Verankerungsschrauben, intrudieren und therapieren.“ Neben ästhetisch ansprechenden Lösungen wünschen sich Patienten auch kürzere Behandlungs-

Kraniofaziale Fehlentwicklungen wie die maxilläre und mandibuläre Retrognathie und transversaler maxillärer Schmalkiefer tragen zur obstruktiven Schlafapnoe bei.

„In der Regel sind kieferorthopädische Patienten jung & gesund! Daher kann es leicht passieren, dass man „betriebsblind“ wird und die seltenen Pathologien übersieht“, mahnte DDr. Thomas Binger, sich nicht vom Alter irreführen zu lassen. Beispielsweise können Zahnstellungsanomalien oder plötzlich auftretende Zahnwanderung Hinweis auf einen raumfordernden Prozess oder eine generalisierte „Gingivawucherung“ bei guter Mundhygiene Index für eine akute myeloische Leukämie sein könnte.

Zahnfremde Ursachen von Zahnschmerzen

„Bei Zahnschmerzen sind nicht immer die Zähne die Verursacher“, gab PD DDr. Dominik Ettl in zu bedenken. Denn die Schmerzleitung zum Zentralnervensystem erfolgt sowohl bei Zahn- als auch Gesichtsschmerzen über den Nervus trigeminus. Nach Eintritt in den Hirnstamm kommt es zu einer somatotopen Neugliederung.

Daher ist durch die anatomische Lagebeziehung, die Ausstrahlung von zahnfremden Schmerzursachen in den Zahnbereich, erklärbar. Durch diese differentialdiagnostischen Überlegungen lassen sich laut dem Experten Fehlinterpretationen von Symptomen und darauf zurückführbare unnötige zahnärztliche Eingriffe meiden. Viel öfter sollte deshalb etwa bei cranio-mandibulären Störungen auch an variable soziale Belastungen und Ähnliches gedacht werden. Ettl in: „Wir behandeln nicht das Kiefergelenk, sondern den Menschen!“

Quelle: 47. Internationalen Kieferorthopädischen Tagung in Kitzbühel vom 3. bis 10. März

kommt dem Kieferorthopäde, der den Patienten über die gesamte Habilitationszeit begleitet, im interdisziplinären Netzwerknoden zwischen MKG-Chirurgie, Logopädie, Kinder- wie HNO-Arzt, Stillberaterin und Eltern sogar eine zentrale Rolle zu, die er bewusst wahrnehmen sollte.

„Interdisziplinäre Diagnostik und Behandlungsplanung haben auch bei der craniomandibulären Dysfunktion (CMD) und juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) einen bedeutenden Stellenwert“, betonte auch Prof. Dr. Koos. Entgegen der früheren Literatur findet sich ein offener Biss nicht häufiger beim betroffenen Patientenpool als beim gesunden. Doch sind eine vergrößerte sagittale Stufe und mandibuläre Seitenabweichung, gerade bei einseitiger Kiefergelenksbeteiligung, immer ein Grund auch an JIA zu denken. Letztere liegt etwa bei 1 von 1.000 Kindern vor. „Die Juvenile Idiopathische Arthritis ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter“, sagt auch Dr. Julia von Bre-

men. Das teilweise noch vorherrschende Vorurteil, man soll das Kiefergelenk bei JIA möglichst schonen, widerspricht den allgemein gültigen Grundsätzen, die anderen Gelenke betreffend. Die Grundlagenforschung zeige, so die Expertin, dass entzündete Chondrozyten Zugbelastung mögen: Durch eine Unterkieferverlagerung mittels Protrusionsschiene sei die posteriore Rotation im Unterkiefer teilweise auszugleichen.

„Die durchschnittliche Kiefergelenksbeteiligung bei JIA liegt bei 80%, wobei Mädchen deutlich häufiger betroffen sind als Buben“, sagte Koos. „Doch JIA kann noch mit Alter von 30 Jahren auftreten und ist damit nicht auf Kinder und Jugendliche beschränkt.“ Häufiger tritt die obstruktive Schlafapnoe bereits im Kindesalter mit einer Prävalenz von 2-4% auf. Klinische Leitsymptome sind Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen und Leistungseinschränkungen. „Regelmäßiges Schnarchen ist bei Kindern nicht normal und sollte abgeklärt werden“, insistierte Koos.

hin zur Avulsion, dem klassischen ausgeschlagenen Zahn. Und wie Prof. Proff auch ausgeführt hat, gibt es nach wie vor die Altershöhepunkte „beim Laufen lernen, Raufen lernen und Saufen lernen“. Was sich aber sehr wohl geändert hat, ist die Art der Kommunikation. Über die Social Media erfahren heute viel mehr Personen, viel öfter und natürlich auch viel schneller davon, wenn etwas passiert.

Zahn Arzt: Auch Kieferorthopäden suchen sich heute zu profilieren.

Auf welche Steckenpferde könnten sie dabei Ihrer Meinung nach setzen?
Crismani: Auf Digitales! „Geh mit der Zeit oder du gehst mit der Zeit“, trifft auch in unserem Fall zu. Die Generation Y bzw. die sogenannten Digital Natives, also Patienten, die mit den neuen Techniken aufwachsen und die sich im Vorfeld zum Besuch beim Kieferorthopäden alles auf YouTube oder im Netz ansehen und die für fast alles eine App kennen, habe eine moderne Erwartungshaltung. Diese Generation, die selbst alles digital macht, will auch vom Kie-

ferorthopäden so behandelt und therapiert werden.

Zahn Arzt: Und dennoch klinken sich Jahr für Jahr sehr viele Kollegen aus dem Praxisalltag aus und kommen zu dieser Tagung, die in Fachkreisen schon quasi eine Marke ist. Welche Kriterien sind Ihrer Meinung nach für diesen Erfolg verantwortlich?

Crismani: Der Kongressbesucher bekommt hier alles, was er sich von einer guten Tagung erwartet: allem voran beste Referentenqualität, reibungslose Organisation, schöne Location, gute Stimmung – und nicht zu vergessen, den Austausch mit Kollegen und Firmen, die hier Neuheiten und Bewährtes präsentieren.

Zahn Arzt: Abschließend eine persönliche Frage: Welche Errungenschaft des letzten Jahrzehnts möchten Sie als Kieferorthopäde keinesfalls missen?
Crismani: Die Digitalisierung! Daneben sind Aligner und Minischrauben aus meiner Sicht bei entsprechender Indikation ebenfalls großartige technische Durchbrüche in der Kieferorthopädie. ■



CHAMPIONS (R)EVOLUTION® IMPLANTATE FÜR ÜBERFLIEGER

Bestes Preis-/Leistungs-Verhältnis für ihren Erfolg
Der All-In-One Shuttle: (Insertions-Tool, Gingivaformer, Chirurgische Verschluss-schraube, Abformungs-Tool)

Qualität zu 100% Made in Germany

Erstklassige Design- und Materialeigenschaften für perfekte Osseointegration

Gewinner des „Senses Innovation Award 2013“ (Dubai); Nominierung zum „German Medical Award 2017“

Patientenbegeisterung durch die unkomplizierte minimal-invasive Insertion „MIMI®“

champions implants
www.champions-implants.com

„Die Generation Y hat eine moderne Erwartungshaltung“

Interview. Im Gespräch mit dem Zahn Arzt erklärt Tagungspräsident Univ.-Prof. Dr. Adriano Crismani anlässlich der 47. Int. Kieferorthopädische Fortbildungstagung die Notwendigkeit von Veränderungen und Anpassung des Blickwinkels.

Mit Prof. Crismani sprach **Andreas Scheiderbauer**

Zahn Arzt: Kinderzahnmedizin und die damit verbundenen Herausforderungen bildeten den Auftakt der diesjährigen Fortbildungstagung für Kieferorthopädie. Warum?

Crismani: Sich nur mit Brackets und Alignern auseinander zu setzen, reicht nicht mehr. Es gilt über den Tellerrand hinauszusehen. Also sich mit Themen zu beschäftigen, die nicht direkt mit Zähnen, Drähten oder Zahn-bewegungen zu tun haben.

Zahn Arzt: Jugend- und Kinderthemen, wie juvenile idiopathische Arthritis, Schnarchen im Kindesalter oder Adipositas – sind das nicht alles Schwerpunkte, die Kinder- und Hausärzte betreffen?

Crismani: Auch wir als Kieferorthopäden sind bei der täglichen Arbeit mit diesen Themen konfrontiert. Manches Mal sind wir sogar die ersten, die aufgrund eines Zufallsbefundes auf das eigentliche Problem stoßen, wenn etwa eine mandibuläre Rücklage, ein meist offener Mund und kurze ausgefranste Gelenksköpfechen im OPG und Ähnliches mehr festgestellt werden. Tatsache ist leider, dass gesundheitliche Beschwerden wie Schnarchapnoe und idiopathische Arthritis ohne Schmerzen selbst bei Jugendlichen vorzukommen können, die Adipositas aufgrund der hochkalorischen Nahrungsmittel im Steigen ist – und all dies auch einen Einfluss auf den kieferorthopädischen Behandlungsverlauf hat.

Zahn Arzt: Und warum ist es nicht der Zahnarzt, der als erster darauf stößt?



Sich nur mit Brackets und Alignern auseinanderzusetzen, reicht nicht mehr

Prof. Adriano Crismani,
Tagungspräsident

Crismani: Weil Patienten und deren Eltern oft „einfach vergessen“, dass sie trotz oder gerade während der kieferorthopädischen Behandlung auch weiterhin zum Zahnarzt sollten, obwohl wir die Patienten sogar schriftlich darüber aufklären. Selbst bei Aphten, wo jeder üblicherweise seinen Zahnarzt aufsucht, denken sich Patienten, die in kieferorthopädischer Behandlung sind, dass sie ohnehin bald einen Termin beim Kieferorthopäden haben. Und als kieferorthopädischer Behandler erfährt man dies auch erst dann, wenn man konkret nachfragt, wann sie das letzte Mal beim Zahnarzt waren. „Ja, vor der Zahnpange!“, ist die gängige Antwort. Deshalb sollte man auch als Kieferorthopäde möglichst viele Symptome, wie etwa Knochenveränderungen, Mucosaveränderungen oder Läsionen einschätzen können, um den Patienten dann direkt zum entsprechenden Kollegen überweisen zu können.

Zahn Arzt: Unter dem Titel „Zahn-fremde Ursachen für Zahnschmerzen“ oder „Leidensdruck bei kranioman-

dibulären Dysfunktionen“ wird der Blick für psychosoziale Belastungen als Schmerzensursache geschärft. Ist das Ihrer Meinung eine neue Herausforderung in der Zahnmedizin, und würden Sie sagen, dass Zahnmediziner heute öfter zahnfremde Ursachen als Problemverursacher in Betracht ziehen müssen als früher?

Crismani: Der psychosoziale Aspekt spielt bei der craniomandibulären Dysfunktion eine große Rolle. Banale Übersehene Vorgeschichten, wie Frühkontakt einzelner Zähne, das Offenhalten des Mundes beim Zahnarzt über drei Stunden und Ähnliches mehr können ein Auslöser oder Trigger dafür sein. Dennoch haben etwa 90% der CMD-Patienten ein muskulär verursachtes Problem. Die psychische bzw. psychosoziale Komponente spielt demnach eine große Rolle. Die eigentliche Botschaft ist überhaupt: Der Focus sollte nicht nur auf Zähne & Kieferorthopädie liegen, sondern auf dem ganzen Patienten!

Zahn Arzt: Stichwort „Bracketfreie Kieferorthopädie“: wie stehen Sie

dazu? Glauben Sie, dass Brackets in den nächsten Jahren vollständig von anderen Methoden abgelöst werden können?

Crismani: In naher Zukunft werden die Brackets sicherlich nicht vollständig abgelöst werden, wenn auch die bracketfreien Alternativen für die Patienten sehr reizvoll sind. Bei kleinen Rezidivsituationen kann man, wie von Dr. Musilli gezeigt, mittels Lingualbögen schon sehr erfolgreich „minor orthodontics“ durchführen. Hier bietet letztere Technik eine interessante Alternative zur Bracket- und Bogenvariante, ist jedoch nicht einfach in der Handhabung.

Zahn Arzt: „Zahnverlust“ generell und in speziellen Fällen ist ein weiteres Thema, das Kieferorthopäden und andere Zahnmediziner tagtäglich beschäftigt. Inwiefern hat sich die Häufigkeit oder Art traumatischer „Zahnereignisse“ gegenüber früher verändert?

Crismani: Die Häufigkeit an sich ist etwa gleich geblieben; ebenso die mehr oder weniger 108 verschiedenen Traumatomöglichkeiten, angefangen bei einer Schmelzfraktur bis