

## Summary Jahrestagung vom Samstag den 23.10.2010 von Dr. John Bierreth

Vortrag Prof. Dr. Gerhard Wahl

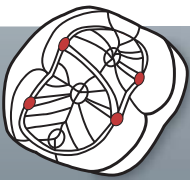
Thema: **Moderne chirurgische Behandlungsaspekte individuell adaptiert**

Zunächst nahm der Referent Bezug auf den Wirkmechanismus der gebräuchlichen Lokalanästhetika und erläuterte den Vorgang der Depolarisierung, wenn in Anwesenheit von Kalzium die Natriumkanäle blockiert werden. Das im deutschsprachigen Raum gebräuchlichste Lokalanästhetikum ist das 4%ige Articain, welches zum großen Teil schon in der Blutbahn abgebaut und dann über die Niere ausgeschieden wird. Vorsicht ist geboten bei niedrigem Plasmaeiweißgehalt im Blut des Patienten. Empfehlenswerter ist hinsichtlich der Maximaldosis (ml/Tag) das auf dem Markt befindliche 2%ige Xylocain mit Epinephrin 1:200.000, das über die Leber abgebaut wird. Die Tageshöchstdosis beträgt hier 25ml gegenüber 12,5 ml bei Articain. Dies ist vor allem durch notwendige Dosisreduzierung bei Patienten über 60 von klinischer Bedeutung. Bei unbekanntem Patienten mit akuter intermittierender Porphyrie wird Procain, bzw. zur Oberflächenanästhesie Tetracain empfohlen. Zu berücksichtigen gilt des Weiteren, dass Lidocain die Toxizität von Kokain erhöht.

Der Behandler muss vor dem Legen einer Lokalanästhesie den Patienten über die Risiken aufklären. Das Treffen, bzw. Traumatisieren eines Nervs gilt nicht als Behandlungsfehler. Wichtig ist aber die anschließende Darreichung von Prednisolon in absteigender Reihenfolge 20/10/5 mg, damit kein Ödem den Nerv weiter schädigt. Während der Schwangerschaft wird die Behandlung am besten in den mittleren 3 Monaten durchgeführt. Bei Vorliegen eines unbehandelten Glaukoms, Tachyarrhythmie, Thyreotoxikose und Sulfitallergie muss auf Adrenalin als Zusatz verzichtet werden.

Bei Hämophilie A/B/C wird bei leichten Fällen die orale Gabe von Cyclokapron in Absprache mit dem Hämatologen empfohlen. Auf die antibiotische Prophylaxe sollte nicht verzichtet werden. Bei mittleren und schweren Fällen muss der Gerinnungsfaktor substituiert werden und eine stationäre Behandlung ist empfehlenswert.

Der INR beim Gesunden liegt zwischen 0,9 und 1,2. Das Absetzen von ASS, Plavix® und Cumarinderivaten beinhaltet immer ein Risiko und ist in der Regel für eine Zahnextraktion nicht notwendig. Bei ASS 100 Patienten ist ein Absetzen nicht notwendig (Einstellung evtl. des INR-Wertes bei Marcumar-Einnahme). Der ASS 300 Patient sollte auf ASS 100 umgestellt werden. Ein PFA Test empfiehlt sich, wenn Schmerzpatienten höhere Dosen ASS eingenommen haben. Eventuell liegt aber auch ein Nonresponder vor, was bedeutet, dass ASS nicht seine Hemmung der Thrombozytenaggregation entfaltet. Paracetamol interferiert am wenigsten mit ASS. Bei einem Plavix-Patienten sollte vor der OP mit dem behandelnden Arzt Rücksprache gehalten werden, da es bei frischen Stents nicht abgesetzt werden darf. In der Regel reicht bei kleineren Eingriffen ein Kollagenfließ mit Nahtadaptierung. Zusätzlich wird empfohlen, einen Tramexansäureupfer eine Stunde auf der Wunde zu belassen.



Im zweiten Teil des Vortrags werden Behandlungsaspekte in der Implantologie beleuchtet. Die Prognose für das Sofortimplantat ist nicht vorhersagbar und es erhält nicht den verbleibenden Knochen. Der Bündelknochen geht immer - insbesondere vestibulär - verloren. Nach der Extraktion eines Zahnes kann auch für Brückenglieder eine Ridge-Preservation sinnvoll sein. Die optimale Implantattellergrenze sollte 1mm - 2 mm unter der Schmelz-Zementgrenze liegen. Auch ein Bone-Level Implantat sollte ca. 1mm über dem Knochen stehen, da dies wichtig für die kortikale Stabilität ist. Man unterscheidet heute zwischen einfachen, anspruchsvollen und komplexen Fällen (SAC = simple, advanced, anspruchsvoll) . Für den Behandler ist es von Bedeutung, dass er lernt, den jeweiligen Fall einzuschätzen.

Zu den Hochrisikopatienten in der Implantologie gehören neben ernsthaften systemischen Erkrankungen unrealistische Erwartungen, Psychosen und Drogenabusus. Implantate können bei Männern ab dem 18. Lebensjahr und bei Frauen ab etwa dem 15. Lebensjahr inseriert werden. Vorsicht ist hier allerdings geboten, da weibliche Personen zum Teil zwischen 20. und 21. Lebensjahr noch einmal einen Wachstumsschub machen. Bei Rauchern hat die Implantation im Unterkiefer eine relativ gute Prognose, während es im Oberkiefer deutlich schlechter aussieht. Erst 10 Jahre nach dem Aufgeben des Rauchens ist der Patient wieder wie ein Nichtraucher einzuschätzen. Bei instabilem Diabetes mellitus sollte nie implantiert werden. Der gut eingestellte Diabetestyp 1 und 2 stellt für die Implantation jedoch immer noch ein Risiko dar, da die Osteoblastenbildung herabgesetzt ist, so dass keine verkürzte Einheilung einzuplanen ist. Zwei Tage vor der OP und bis zur Epithelisierung wird eine Antibiotikaprophylaxe empfohlen. Bei Osteoporose ist auch an eine sekundäre Osteoporose zu denken infolge von Azidose, Morbus Cushing und Diabetes. Es sollten bei vorliegender Osteoporose immer nur zweiphasige Implantate zur Anwendung kommen, die man normal einheilen lässt. Bei intravenöser Therapie mit Bisphosphonaten ist äußerste Zurückhaltung geboten, da die Medikamente zu einer Knochenverdichtung führen und die Durchblutung immer mehr eingeschränkt werden kann bis zur sterilen Nekrose. Unbedenklich, bzw. nur ein geringes Risiko bei Implantation beinhalten die oral eingenommenen Bisphosphonate.