

# Kurzbericht zur 216. Veranstaltung des Gnathologischen Arbeitskreises

## **1. Interaktives Fallplanungsseminar**

Referent: Dr. Konrad Meyenberg, Zürich

Datum: 20.02.16

Ort: Hotel Steigenberger Graf Zeppelin

Eröffnung und Vorstellung: Dr. Alf-Henry Magnusson

Berichterstatterin: Dr. Friederike Johanning

## **2. Themen:**

Patientenfälle aus der Praxis von Dr. Meyenberg in Zürich, Patientenfälle aus Praxen von GAK

## **3. Curriculum Vitae des Referenten**

Konrad H. Meyenberg, Dr. med. dent.

Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin SSO

Quelle: <http://www.zahnaerzte-rennweg.ch/team/meyenberg/>

### **Praxistätigkeit**

2013 – heute: In Praxisgesellschaft mit Dr.med.dent. Christian Ramel (rekonstruktive Zahnmedizin), Dr.med.dent. MA Marco Imoberdorf (rekonstruktive Zahnmedizin) und Dr.med.dent. Frank Paqué (Praxis für Endodontologie) am Rennweg in Zürich

1992 – 2012: In Praxisgesellschaft mit Dr.med.dent. MA Marco Imoberdorf und (bis 2011) mit Dr.med.dent. Peter Velvart am Rennweg in Zürich

### **Aus- und Weiterbildung**

1979 – 1985: Studium der Zahnmedizin an der Universität Zürich

1986 – 1988: Assistenz Zahnarzt in Privatpraxis Dr. Th. Nay, Chur

1988 – 1990: Assistent an der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde, Universität Zürich, Direktor: Prof. Dr. P. Schärer

1990 – 1992: Oberassistent an der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde, Universität Zürich, Direktor: Prof. Dr. P. Schärer

2001 – heute: Post Graduate Instruktor für ästhetische Zahnmedizin und Implantologie an der Universität Zürich, ZZM, Abt. KBTM, Prof. Dr.med.dent. Chr. Hämmerle

### **Diplome und Titel**

1985: Zahnarzt Diplom der Universität Zürich

1986: Promotion zum Doktor der Zahnmedizin an der Universität Zürich

1993: Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin SSO

2001: Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin, Aesthetik & Funktion EDA

## **Kurse, Kongresse und Referententätigkeit**

Seit 1992 bis heute mehr als 500 Vorträge und Kurse über ästhetische, rekonstruktive und implantologische Themen der Zahnmedizin in Europa, USA, Südamerika, Australien, Japan und weiteren Ländern, an nationalen wie internationalen Kongressen und Kurszentren.

## **Publikationen**

*Die optimale Restauration endodontisch vorbehandelter Zähne – Betrachtung unter strukturellen und ästhetischen Gesichtspunkten.*

Literaturübersicht und klinischer Leitfaden

Konrad Meyenberg

Quintessenz 2015;66(7):769-783

*The ideal restoration of endodontically treated teeth - structural and esthetic considerations: a review of the literature and clinical guidelines for the restorative clinician.*

Meyenberg K.

Eur J Esthet Dent. 2013;8(2):238-68

*Peter Schärer – a photo essay.*

Meyenberg KH.

Eur J Esthet Dent. 2007 Spring;2(1):11-3

*Nonvital teeth and porcelain laminate veneers – a contradiction?*

Meyenberg KH.

Eur J Esthet Dent. 2006 Autumn;1(3):192-206

*Evaluating the clinical performance of the Osseotite implant: defining prosthetic predictability.*

Grunder U, Gaberthuel T, Boitel N, Imoberdorf M, Meyenberg K, Andreoni C, Meier T.

Compend Contin Educ Dent. 1999 Jul;20(7):628-33, 636, 638-40

*The aesthetic challenges of single tooth replacement: a comparison of treatment alternatives.*

Meyenberg KH, Imoberdorf MJ.

Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997 Sep;9(7):727-35

*Single-tooth replacement: some clinical aspects.*

Marinello CP, Meyenberg KH, Zitzmann N, Lüthy H, Soom U, Imoberdorf M.

J Esthet Dent. 1997;9(4):169-78.

*Modified porcelain-fused-to-metal restorations and porcelain laminates for anterior aesthetics.*

Meyenberg KH.

Pract Periodontics Aesthet Dent. 1995 Sep;7(7):33-44

*Zirconia posts: a new all-ceramic concept for nonvital abutment teeth.*

Meyenberg KH, Lüthy H, Schärer P.

J Esthet Dent. 1995;7(2):73-80

*Adhäsivprothetik: K. Meyenberg: Kapitel Verblendschalen/Veneers*

Buch-Herausgeber: Th. Kerschbaum

Urban & Schwarzenberg 1995

*Dental esthetics: a European perspective.*

Meyenberg KH.

J Esthet Dent. 1994;6(6):274-81

*Relationships of the muscles of mastication to the articular disc of the temporomandibular joint.*

Meyenberg K, Kubik S, Palla S.

Schweiz Monatsschr Zahnmed. 1986 Jun;96(6):815-34

#### **4. Zusammenfassung**

Kurze Einführung:

Ersatz von einzelnen oder mehreren fehlenden Zähnen, Entscheidungsfindung Zahn vs. Implantat.

In der Front Tendenz eher zum Zahn aufgrund des voraussagbareren Weichgewebsergebnis.

Im Seitenzahnggebiet werden Zähne mit unklarer Prognose wegen der erhöhten Belastung eher durch Implantate

Vor Revisionen wird grundsätzlich ein DVT angefertigt.

Als Knochenersatzmaterialien kommt BioOss (Geistlich) zur Anwendung, bei Veganern Bone Ceramic (Straumann)

##### 1. Fall:

Patientin mit multiplen endodontisch behandelten Zähnen, Lücken im 2.Quadant, 14

Wurzellängsfraktur wird mit Implantaten OK li und Regio 14 versorgt.

Der Ablauf wird beschrieben: Analoge Abformung, Gipsmodelle werden im Labor eingescannt, bei Frontzähnen werden zwei Provisorien erstellt. Ein einfaches Immediatprovisorium und später ein zweites aufwendigeres Laborgefertigtes Provisorium.

Implanatkronen werden aus Emax hergestellt (mit Titanbasis), im Seitenzahnbereich kommt auch monolithisches Zirkonoxid zur Anwendung.

Es wird immer eine Verschraubung angestrebt, nur in Ausnahmefällen zementiert.

##### 2. Fall:

Langzeitergebnis Implantat 11 nach 16Jahren in situ: Die natürlichen Nachbarzähne sind leicht elongiert, dadurch stimmen die Ebenen nicht mehr. Durch neuen Zahnersatz wird die Situation angeglichen.

##### 3. Fall:

Zahn 11 Nach KFO-Behandlung nicht abgestützt und elongiert, Kronenfraktur und ausgeprägte Gingivitis, Patientin möchte in Kürze heiraten und kommt mit dem Wunsch nach „Ästhetischem Implantat“. Eine schnelle Versorgung dieser Situation wird nicht angeraten, so kommt die Patientin erst nach einiger Zeit wieder. Therapie: KFO, Entfernung der frakturierten Krone und Prov Phase. Neue Krone und diesmal geklebter Retainer

##### 4. Fall:

Nichtanlage 2er, eingeschränkte Lückenbreite, Diskussion im Auditorium Implanatversorgung vs Adhäsivbrücke

Dr. Meyenberg beschreibt folgende Regeln für die Indikation von Implanaten vs. Adhäsivbrücken:  
Keine Implantate bei Eingeschränkten Platzverhältnissen (1,5mm Abstand zum Nachbarzahn, Implantatposition auch bei enger Lücke nicht zu weit labial, zu dünner Querschnitt birgt Risiko)  
mind 5mm Lückenbreite sinnvoll

Wichtiges zur Adhäsivbrücke:

- Emax, zweigliedrig
- Wrap around Form (Keramik muss sich approximal um den Pfeiler schmiegen, flächig anlagern)
- Kein Kontakt auf dem Brückenglied
- Oral nicht separieren (Sollbruchstelle!)
- Auflage sollte eine Ausdehnung von 2x4mm aufweisen
- Im Seitenzahnggebiet wird eine Lücke bis 3mm belassen, wird für die Patienten meistens nicht als störend empfunden

In der Front wird keine Extraktion ohne Ridge preservation oder Ridge augmentation durchgeführt  
Nicht hetzen: Heilungsphasen, Provisorische Phasen beachten, auch wenn der Patient ein schnelleres Ergebnis wünscht

5. Fall:

Nichterhaltungswürdiger Prämolare, Extraktion und gleichzeitig Kieferkammaufbau mit BioOSs, Bindegewebsstransplantat mit Epithelrand vom Gaumen

6. Fall:

Schwierige ästhetische Frontsituation, 22, 23 müssen ersetzt werden.

Therapie: 23 Implantat mit VMK Krone und Brückenglied 22. Diskussion warum nicht 2 Implantate oder erneute Brückenkonstruktion

7. Fall:

Verlust von 11,21,22 Fragestellung: 1, 2, oder 3 Implantate?

Papillenqualität laut Literatur (von oben nach unten abnehmend):

- Zw. Zahn und Implantat
- Zw. Brückenglied und Implantat
- Zw. Implantat und Implantat

Therapie: Trotzdem in diesem Fall Implantation 11 und 21 mit Anhänger an 22, Zwei nebeneinanderstehende Implantate sollten in der Ästhetischen Zone nur auf Grund von Symmetrieabwägungen (21-11) gesetzt werden. Implantat und Pontic nebeneinander ist in der 1er-Region nur schwer symmetrisch umzusetzen.

Im Anschluss erfolgt die Vorstellung unterschiedlicher Implantatsysteme und Studien, die das Knochenremodelling um Implantate verglichen haben.

Die Aktuelle Studie aus Göteborg von Jan Derks zur Periimplantitis in der schwedischen Bevölkerung wird vorgestellt. Über 14% der Patienten haben im Verlauf der Studie (ca 9Jahre) eine Periimplantitis mit röntgenologisch sichtbarem Knochenabbau >2mm entwickelt.

Die wichtigsten Risikofaktoren waren hierbei Rauchen und bestehende Parodontitis. Überraschend jedoch, dass auch die verwendete Implantatoberfläche einen wichtigen Risikofaktor darstellt. So waren Systeme mit maschinierem Hals, bzw. komplett maschinierter Oberfläche signifikant weniger von Periimplantitis betroffen.

An dieser Stelle wurde nochmals die Verwendung von verschraubten Kronen im Vergleich zu zementierten Systemen diskutiert. Aufgrund des Zusammenhangs von Zementresten und Entstehung von Periimplantitis spricht sich Dr. Meyenberg eindeutig für verschraubte Systeme aus.

Anhand von Studien zu Implantatverbindungen erläutert er das Risiko von Konusverbindungen für Leakage und Mikrobewegungen. Koni mit Platformswitch befürwortet er nur in der Front, da hier aus ästhetischen Gründen das Implantat oft tiefer gesetzt werden soll.

Im Anschluss folgen Fälle aus dem Auditorium:

Fälle Dr. Alf-Henry Magnusson:

Externe Resorption bei generalisierten ausgeprägten Rezessionen und ausgeprägtem Knochenverlust  
33d

Diskussion: Erhalt mit Endo? Implantation? Brücke? KFO?

Durchgeführte Therapie: Endo 33, kieferorthopädische Extrusion um das Parodont mit zu bewegen, Retentionsphase, Extraktion und Implantation

Nichtanlagen 12,22 vorhandene Marylandbrücke mit Metallbasis, für Patientin ästhetisch störend.  
Einschränkte Platzverhältnisse von etwas mehr als 4mm

Diskussion: Implantation? Adhäsivbrücke? Kieferorthopädischer Lückenschluss?

Durchgeführte Therapie: Provisorische Phase mit Miniplastschiene und eingeklebten Prothesenzähnen zur Ausbildung von Pontics, zweigliedrige Adhäsivbrücken aus Emax

Fall Axel Schröder spontan:

Multiple Rezessionen OK

Therapie: Rezessionsdeckung mit Alloderm in Tunneltechnik

Diskussion im Auditorium über Vorteile und Risiken von Alloderm

Fall Dr. Michael Fischer, Dr. Florian Klumpp:

Zahn 22 tiefe externe Resorption, mit Knochenverlust

Therapie: Endo 22, Extraktion mit Benex, Replantation in 180° gedreht, dadurch Extrusion.

Schienung, Aufbau mit Komposite. Diese Versorgung ist seit 9 Monaten stabil.

Fall Dr. Wolfram Kretschmar, Dr. Patric Walter:

Gesamtsanierung, multiple Endos, insuffizienter ZE, KG Knacken

Diskussion über Bisshebung, Bissenkung, Therapie des Knackens, KFO

Therapie: Revisionen, KFO mit Langzeitprovisorien, Neuer ZE mit Implantaten

Fall Dr. Frank Meyer:

Aggressive PA, multiple Lücken und nichterhaltungswürdige Zähne, Kreuzbiss, Zwangsbiss, Sehr eingeschränktes Knochenangebot OK re, Patientenwunsch Festsitzende Versorgung

Diskussion: Erhalt der Zähne vs Extraktion, All on 4, herausnehmbar vs festsitzend

Therapie: Erhalt der meisten Zähne, Knochenaufbau mit Spenderknochen OK re Ex und Implantation in Teilschritten, mit jeweils festsitzender prov Versorgung