



De beide voorzitters van Team Approach:
links Sascha Jovanovic,
rechts Ransom Altman en tussen hen in
Erwin van der Zee

Het was terug te Amsterdam te doen!!

Wie echt op de hoogte wil blijven van de laatste praktische evoluties binnen de tandartsenpraktijk, komt telkenmale de derde week van januari naar het Grand Hotel Krasnapolsky te Amsterdam. Reeds 12 jaar aaneensluitend treft U daar de toppractici uit gans de wereld samen. Zij illustreren - mooi gedocumenteerd - hun laatste praktische bevindingen, in twee volle cursusdagen. Aansluitend, kunt U 1 of 2 dagen workshops volgen. Een unieke ervaring om met deze lesgevers op topniveau van gedachten te kunnen wisselen.

TEAM APPROACH wordt georganiseerd door GIDE (Global Institute for Dental Education) onder voorzitterschap van Ransom Altman (Amsterdam) en Sascha Jovanovic (Los Angeles).

Geregeld wordt in dit congres de eerste aanzet gegeven voor later in de praktijk nuttige toepassingen... Wat wij van TEAM APPROACH 2007, 12TH GIDE EUROPE CONFERENCE nu onthouden:

Roberto Spreafico

In navolging van Didier Dietsche (Zwitserland) wordt in de kleinste details getoond hoe met het juiste composiet mooie duurzame restauraties kunnen gerealiseerd worden in de front- en laterale zones. De "drie flesjes" methode (etsen en bonding in afzonderlijke stappen) garandeert nog steeds de beste resultaten.

Glazuur (30 sec) en dentine (15 sec) worden afzon-

derlijk geëtsd. Op droog glazuur en VOCHTIG dentine wordt vervolgens de sealing aangebracht en de bonding intens ingestreken.

Een dikkere laag flow-composiet dient als buffer onder onze composiet vulling (volgens een "multi-layer" techniek aangebracht). Het fijn modelleren met gladde speciaal ontworpen instrumenten verdient de voorkeur boven het sculpteren achteraf. Vóór het uitharden wordt met een speciaal penseel het composiet extra tegen de glazuurgrens aangestreeken. In de front wordt nog zelden glazuur-composiet aangebracht boven het dentinecomposiet, omdat na het polijsten de vulling veelal te grijs (te translucient) zal blijken.

Pedro Pena

Als succesrijke implantoloog met een solopraktijk in Madrid, wijst Pedro erop dat implanteren onmiddel-

lijk na extractie een esthetisch risico inhoudt. Na extractie krijgen we steeds 1 mm buccaal botresorptie, wat in de front dikwijls een bezwaar kan zijn. Ook wordt, waar het kan, niet meer met grote botblokken (bonegrafts) gewerkt. Na een extractie wordt de alveole grondig gecurreteerd en met fillermateriaal (Bio Oss®) opgevuld. Met fijne Goretec® draad wordt het geheel afgedekt met een bindweefselent (socket sealing techniek). Pas na 8 maand (!) wordt zonder te flappen het implantaat op de juiste positie aangebracht, meteen voorzien van een definitief concaaf zirconium abutement en een goed gepolijste voorlopige kroon. Om een finaal esthetisch resultaat te bekomen worden in de front veelal de buurelementen ook in de restauratie betrokken.

Robert Miller

Is terug zo iemand (naast Egon Euwe, Paul Malo en Didier Dietsche) die langs TeamApproach Amsterdam zijn vakkennis een grotere internationale uitstraling kan geven. Als Professor te Miami reeds meer dan 25 jaar bezig met de lasertechnologie binnen de paropraktijk, kregen wij een schat aan wetenschappelijke informatie en praktische tips. De kracht van de koude laser (biolaser-duolaser) wordt niet zozeer bepaald door de golflengte dan wel door de frequentie van aan- en uitgaan van het licht. De kracht van de laser is het hoogst bij het aan- en uitgaan van het licht. Bij de laagste frequentie kunnen wij coaguleren en aldus healend werken (weke weefsels), bij de hogere frequenties kunnen wij dieper in het bot penetreren. Een bepaald weefsel neemt een bepaalde frequentie op (volgens het gehalte aan water in dat weefsel). Water zorgt voor een hyperactie in elke richting. Met de golflengte van het licht kan niet worden gespeeld, zodat wij het weefsel niet kunnen verbranden. Bij het gebruik van de nieuwe lasers ontstaat een wit gecoaguleerd weefsel dat we met de curet kunnen verwijderen. Het resultaat is een perfect gesteriliseerde zone met een perfect gezond onderliggend weefsel dat snel wil regenereren. Het is niet de bedoeling met laser sneller te kunnen werken (snijden), maar wel voorzichtig een steriele gezonde omgeving te creëren, waar genezing snel en pijnloos kan plaatsvinden. Ontelbare toepassingen worden ons op video getoond: hyperplasie, blootleggen van implantaat om abutement te plaatsen, mucosale -en bindweefselenten, residuele cystes, granuloom, verwijderen van gebroken wortel, maken van full- en splitthicknessflaps, endodontie, sinuslift, periimplantitis, verwijderen van verloren implantaat... Zowat alles kan, als we maar weten waar we mee bezig zijn, traag stap per stap werken, eerst op



Dhr. Jean-Claude Decraene, Country Manager Nobel Biocare Benelux, tweede van rechts samen met enkele standbezoekers.

wat grote afstand om vervolgens het gecoaguleerde weefsel met curet te verwijderen en dieper te werken. Een niet te miskennen voordeel van laser is dat de lichtstraal volstrekt ongevaarlijk is voor het oog, en dat lokale anesthesie overbodig wordt.

Tidu Mankoo

Telkenmale wordt er op gewezen dat wij bij implanteren steeds biologisch moeten blijven denken. Het bot is altijd met 2,5 mm bindweefsel en epitheel bedekt (biological width). Plaatsen wij het implantaat te diep, dan ontstaat botresorptie tot 2mm onder het implantaatplateau. Plaatsen wij het implantaat dicht bij een buurtand (<2mm) of een ander implantaat (<3mm), resorbeert het bot. Over een glad (titanium)oppervlak, glijdt het bot naar apicaal tot aan een ruw oppervlak. Over goud en porselein oppervlakken glijdt bindweefsel en epitheel af. Over een zirconiumoppervlak (en in mindere mate een titanium oppervlak) vertakken fibrocyten zich met elkaar en verbinden de epitheelcellen zich met hemidesmosome aan het zirconium. Een zirconium abutment



Ransom Altman op de stand van Global Institute for Dental Education



Sfeerbeeld van een van de workshops: plaatsen bindweefselent rond implantaten.

wordt, eens geplaatst, niet meer verwijderd. Rond een concaaf (buccaal, interdentaal eventueel wat concex) zirconium abutment zal het bindweefsel, als een elastische ring, het implantaat en bot afschermen van de intraorale ruimte. Een voorlopige kroon moet altijd optimaal gepolijst zijn om plaque retentie te voorkomen en het epitheel mooi te geleiden maar zijn definitieve vorm.

Stefan Paul

Meer en meer wordt zirconium geprezen om zijn biocompatibiliteit.

Het is te gebruiken als abutment op implantaat, als kap voor solitaire kroon, en nu ook als frame voor brugwerk tot 4 elementen. Het krijgt een speciale toepassing omwille van zijn uitzonderlijke sterkte, als kanaalstift met opbouw. Te wit en te opaak wordt zirconium bedekt met een speciaal op punt gesteld porselein (alhoewel het porselein minder biocompatibel is). Er mogen nog meerdere tandheelkundige toepassingen van het zirconium in de nabije toekomst verwacht worden...



Workshop composieten onder leiding van Roberto Spreafico.

Eric van Dooren / Egon Euwe

Hoe wordt een verloren frontelement behandeld om een mooi duurzaam eindresultaat te bekomen?

Actieve orthodontische eruptie neemt het omgevende weefsel mee naar coronair en voorkomt al te veel botverlies na extractie. Er wordt flapless geïmplantéerd (iets naar palataal). Na een week komt het definitief zirconium abutment ter plaatse. Het concaaf abutment is voorzien van een extra ringvormige inkeping om het bindweefsel nog beter op zijn plaatse te houden. De nodige bindweefselenten worden gelegd rond de hoog gepolijste voorlopige kroon. Deze voorlopige kroon wordt geregeld bijgewerkt en gepolijst om de gingiva te geleiden. Implanteren direct na extractie geeft echter altijd 1mm buccale botresorptie.

Egon Euwe maakt duidelijk dat als esthetiek belangrijk is, best in stappen wordt gehandeld:

1. Atraumatische extractie, zonder flap (flap = 1 mm extra resorptie); curettage en desinfectie; Bio Oss® en afsluiten met een bindweefselent is zeer belangrijk. Een etsbrugje gingivaal geregeld bijwerken.
2. Indien nodig bucaal bot opbouwen. Na 8 maand met bindweefselenten de mucosa verdikken (boost the biotype).
3. Implanteren op de juiste plaats en juiste positie. Laatste boring zonder koeling (bloed is nodig voor osseo-integratie). Heel voorzichtig met gedoseerde kracht, geregeld wat terugdraaiend (bot-compressie!).
4. Maken van een definitief concaaf zirconium abutment. De grens van de (voorlopige) kroon net onder de gingivale grens.
5. De voorlopige kunststofkroon interdentaal bijwerken om de papil te geleiden en het contactpunt eventueel meer apicaal te leggen.
6. Nu hebben we alle tijd om de gingivale contouren van buurelementen bij te werken en een definitieve porseleinen kroon te maken.

Na deze vermoeiende en boeiende uiteenzettingen, was het wel soms nodig onze zinnen wat te verzetten...

Wij genoten van dit 12de Team Approach te AMSTERDAM.

Wij verwachten U voor de 13de (keer) op 18 en 19 januari 2008 te Amsterdam!

www.globalinstituteonline.com

Fernand Vandekerckhove