



Het VBT Lustrumcongres 2014: Tandheelkunde & Biologie

Een gesprek met de 4 internationale sprekers

De VBT nodigde op 20 en 21 maart 2014, 4 internationale kleppers uit naar het Hilton Hotel te Antwerpen voor haar 2-daags Lustrumcongres.

Beeldmateriaal en verhalen van het allerhoogste niveau. Wij praten met elk van de professoren nadien...



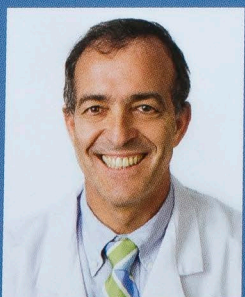
Professor Daniel Edelhoff



Professor Filip Keulemans



Professor Stavros Pelekanos

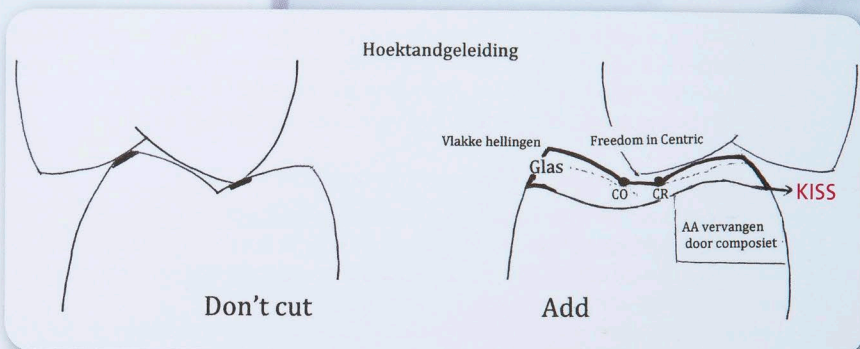


Professor Domingo Martin Salvador

1. Professor Daniel Edelhoff

Professor "Prosthodontics", Ludwig-Maximilians Universiteit Munchen.

De aandachtige Consuland lezer herinnert zich het artikel NVVRT in Consuland nr 54 april 2013, p 34.



Hm, Professor, wat een prachtig beeldmateriaal, wat een verhaal! Wat kan je nog bijvertellen?

Wel mijn verhaal is volledig, dacht ik. Mijn boodschap is duidelijk: **"ADD, DON'T CUT."** Slijp niets van natuurlijke tandsubstantie weg. Bestudeer eerst alles vooraf. Kijk eerst waar je in het front esthetisch wil uitkomen. Wil je de fronttanden verlengen of wil je tandvlees-correctie? Dit wordt met een kunststofsplint in de mond beoordeeld. Vooraf wordt wel alle amalgaam uitgeboord en vervangen door composiet. Composiet dat achteraf kan bedekt worden met porselein. In articulator wordt bekeken waar materiaal moet toegevoegd worden. Wij slijpen nooit iets in, altijd voegen wij langs de andere zijde materiaal toe. Wij zorgen voor een dynamische occlusie. Hoektandgeleiding; molaren met "freedom in centric"; geen "splinting" wel bewegingsvrijheid; weinig steile en liefst bolle knobbelhellingen. Waar nodig creëren wij een **beetverhoging - van maximaal 5mm** - om het wegslijpen van tandsubstantie te beperken. **Prepareer KISS: Keep It Stupidly Simple.** Een vlakke beperkte occlusale preparatie met afgeronde hoeken, bijna zonder preparatiegrens geeft ruimte om **porselein maximaal 2mm dik** te kleven.

U moet wel geloven in bonding!

Wel bonding is nu toch meer dan betrouwbaar, tenminste als de behandelingsinstructies worden nagekomen. Bvb **ets dentine nooit langer dan 20 seconden**, glazuur nooit langer dan 30 seconden.

Weet u, 1mm² bonded glazuur verdraagt 3kg trekkkracht. Bovendien moet u weten dat nieuwe materialen in ontwikkeling zijn, nieuw porselein en glas, nog fijner te verwerken, nog sterker en toch eenvoudig etsbaar.

Hoe ziet u de restauratieve tandheelkunde in de toekomst?

Hetgeen wij nu nauwlettend moeten bestuderen in articulator, waar wij dat inzicht zo goed mogelijk moeten overbrengen in de mond en met de vrije hand moeten inslijpen, wordt ongetwijfeld door de digitalisering overgenomen. De tijd is niet meer zo ver dat

intra- en extra-oraal scannen zal toelaten virtuele modellen te maken met de juiste preparatievormen met hierop de gefreesde porselein restauraties.

Kleine frezen - intra-oraal gefixeerd - slijpen automatisch de preparaties. Wij hebben dan alleen nog de pc-gefreesde restauraties te kleven. Dit staat echt te gebeuren. Maar let wel, esthetiek in de frontzone zal nooit digitaal gebeuren. Daar zal de artistieke interpretatie van de tandarts en de artistieke hand van de tandtechniker noodzakelijk blijven, geloof mij!

2. Professor Filip Keulemans

Professor materiaalwetenschappen, Universiteit Gent



Professor, uw boodschap is ook: slijp geen gezonde natuurlijke tandsubstantie weg?

Inderdaad, de tijd is voorbij dat wij bij een gedevitaliseerde tand het coronaire gedeelte wegslijpen en retentie zoeken in een breed, diep geprepareerd kanaal. Het cementeren van een gouden stiftopbouw met Havard-cement is achterhaald. Wij slijpen niet aan gezonde dentine en glazuur. Indien er voldoende kroonmateriaal overblijft wordt eerst de gutta afgedicht, geseald met **SDR**. Is er onvoldoende kroonmateriaal dan wordt kleine glasvezels samengekit in het smalle korte conisch geprepareerde kanaal. Dankzij de buigzaamheid van de vezels en het uitgelichte composiet zien wij zelden wortelbreuk. Hierboven wordt een vezel-versterkt composiet aangebracht ter vervanging van de verloren gegane dentine. Ter vervanging van het verloren glazuurmateriaal plaatsen wij een glad composiet. Een laag nooit dikker dan 2mm, mooi anatomisch gesculpteerd.

Een directe kroonopbouw; toch niet zo evident?

Alles is een zaak van inzichten en geloven in nieuwe producten. Het kennen ook van de specifieke eigenschappen van nieuwe producten. De nieuwe producten met de juiste eigenschappen heb ik duidelijk in mijn voordracht toegelicht. Ik kan begrijpen dat het voor een leek niet gemakkelijk is om door het bos de bomen nog te zien. Maar ja, dat was juist het opzet van mijn verhaal daarnet. "Les absents ont toujours tort" nietwaar! Geloven in adhesieve tandheelkunde, is toch zo belangrijk om tandbesparend te kunnen werken! Aanvullen, niet opvullen. Wortelkanalen worden trechtervormig, smal en ondiep uitgeboord. Niets moeilijk aan, het is eigenlijk eenvoudiger geworden.

Professor, hoe kunt u al deze nieuwe producten evalueren?

Welke nieuwe ontwikkelingen verwacht u?

Dat is juist mijn job natuurlijk. Veel literatuur doornemen. "Evidence based", zeer belangrijk. De biologische eigenschappen natrekken. De chemische eigenschappen evalueren. De mechanische eigenschappen meten. Met de vertegenwoordigers en producenten praten. In vitro is nog niet in vivo. Dus een product echt gebruiken en beoordelen. Voorstellen formuleren.

Zoals verteld geloof ik sterk in **nieuwe nano-hybrides**. Composieten te gebruiken in laterale en esthetische zone, weinig slijtage, hoogglanzend te polijsten. Ik verwacht veel van het zoeken naar direct **antibacteriële monomeren**. Er zou geen secundaire cariës meer ontstaan rond uitlopende composieten... Boeiend toch!

3. Professor Stavros Pelekanos

Professor "Prosthodontics" Universiteit Athene.

Wat een mooi visueel verhaal, wel complex toch!

Wanneer men in de esthetische zone een verloren element moet vervangen moet met meerdere factoren rekening gehouden worden. Slechts door in meerdere stappen te werken, de juiste wachttijden tussen elke stap te respecteren kan een mooi eindresultaat verwacht worden. Ook hier niet meteen de boor of de tang in de hand nemen.

Denk niet mechanisch, denk biologisch!

- **Dek na extractie de bloedklonter af met een bindweefsel-ent.**
- Plaats het smalle implantaat palataal in de alveole om de buccale plaat niet te beschadigen.
- Plaats het implantaat niet te diep om ruimte te houden voor de biological width, wel 3mm onder de gingivale rand.
- Met bindweefsel-enten buccaal zorgen wij ervoor dat **het implantaat volledig in vaste gingiva** komt te liggen.
- Een concaaf zirconium abutment creëert ruimte voor een gingivale (afsluit)ring.
- Een voorlopige kroon hooggepolijst met een correct "emergency profile".

En nu afwachten... en kijken naar ons eindresultaat om...

De definitieve kroon pas na één jaar?

Eigenlijk is mijn boodschap: **"ONE MIRACLE AT THE TIME"**

Werk in stappen, neem de tijd, wacht telkens het resultaat af vooraleer de volgende stap te ondernemen.

Laat u geen termijnen opleggen.

Kan digitalisatie ons toelaten sneller te werken?

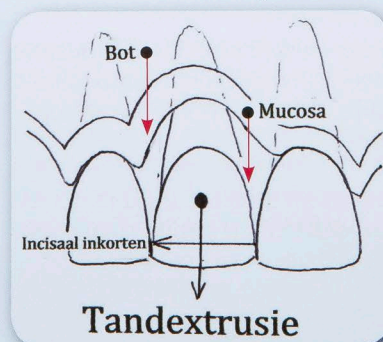
Digitalisatie laat ons niet toe sneller te werk te gaan, wel preciezer. Laat ons toe een implantaat juist te positioneren of een abutment precies te frezen. Digitalisatie is mechanica. De gebruiker moet evenwel "biologisch" denken. Een groot verschil! En vergeet ook niet dat wat uiteindelijk gezien wordt - de definitieve kroon - een esthetisch kunstwerkje moet zijn. Dit blijft "handmade".

Waar ik echter wel een nieuwe (r)evolutie zie, is in de parodontologie: namelijk de **parodontale microchirurgie**. Met speciale fijne instrumenten en hechtdraden 08/010 wordt onder 6x vergroting de gingiva bijgewerkt. **Gedaan met buccale flappen** waarbij wij altijd een recessie van 0,6 mm iatrogenen veroorzaken, gezien wij gedurende onze ingreep de bloedtoevoer hebben afgesneden.

4. Professor Domingo Martin Salvador

Orthodontie San Sebastian, Professor Universiteit Bilbao.

Orthodontische extractie; een nieuw inzicht!



buccale botplaat te behouden. Extruderen tot het bot en mucosa de gewenste hoogte hebben. Pas na 6 maand maturatie wordt een kroon vervaardigd of wordt er in het ideale bot-bed geïmplant.

Toch wel een lange behandelingsperiode?

Ja, de periode van extrusie kan tot een jaar duren. Dit is in elk geval niet langer dan wondheling na extractie, implanteren, opbouwen van bot en aandikken van gingiva met bindweefsel-enten. Bovendien is orthodontische extrusie minder belastend dan al die

afzonderlijke chirurgische ingrepen. Het omgevende weefsel ligt mooi natuurlijk aan. Wij hebben immers de mucosa niet aangeraakt. Mijn boodschap is duidelijk:

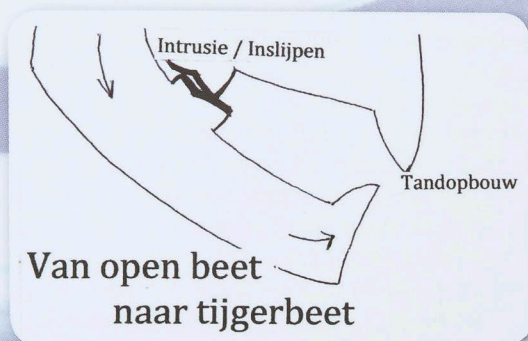
“ORTHODONTIC EXTRUSION IS THE APPROACH THAT ACHIEVES THE MOST ESTHETIC RESULT”

Occlusie, ook je stokpaardje!

Logisch toch, als wij elementen verschuiven ontstaan premature contacten.

Mijn assistente weet wat zij mij moet aangeven. In mijn linkerhand de spantang, in mijn rechterhand het hoekstuk met steentje! Jammer genoeg beogen veel orthodontisten enkel een esthetisch resultaat. Het netjes in een boog zetten van tanden, meer niet. Daar moet men geen jaren opleiding voor volgen. Het gevolg? Orthodontisch recidief; elementen te ver buccaal gedruwd met buccale botresorptie, dehiscence en tandgevoeligheid als gevolg. Weet u, 50% van de orthodontie patiënten hebben geen hoektandcontact, hebben dus per definitie (iatrogeen veroorzaakte) premature contacten, wat op termijn leidt tot kaakgewrichtklachten.

Wij mensen zijn verticale bijters. Wij zijn tijgers; stevige hoektandcontacten, één juiste beet zonder premature contacten. Wij zijn geen koeien die horizontaal malen en premature contacten wegknarsen.



Teamwork, zeer belangrijk !

Wij beogen een functioneel en esthetisch resultaat voor de patiënt. Dit kan veelal niet alleen door orthodontie. Er moet in team gewerkt worden. **De kapitein van het team is de restauratieve tandarts.** Hij zet het esthetisch resultaat voorop. Hij bepaalt hoe wij een hoektandgeleiding bekomen. Hij bepaalt de beetverhoging. Hij bepaalt waar ruimte moet gecreëerd worden voor implantaten.

De orthodontist is slechts een uitvoerder, die eventueel de beperking van zijn ortho-behandeling aangeeft.

Na 3 uren voordracht bleek je niet uitgepraat. Je zou nog zoveel tips achterhouden.

Eentje nog misschien?

Oh! Je begreep het, **bekijk ELKE extractie als erg traumatiserend, een amputatie.** Zelfs **bij ankylose boren wij niets weg.** Beter is de wortel intra-radiculair aan te boren tot deze zich met bloed vult. Osteoplasten zorgen voor botaanmaak binnen de wortel. Wij hebben het bot niet aangeraakt. Nadien kunnen wij implanteren zonder probleem.

Dank u wel, professor. Wij moeten u bij een volgend congres terug uitnodigen, u verder laten praten, dat is zeker!

“Wie niet op ons congres aanwezig was, heeft heel wat mooie beelden en nieuwe inzichten gemist!”

Fernand Vandekerckhove

