

Dimensions

Bisphosphonate und antiresorptive
Medikamente

Bisphosphonates et
médicaments anti-résorptifs

NEU: CROSS ACTION®

Jetzt Gratisprobe¹ anfordern unter
www.dentalcare.com

Oral-B®

powered by **BRAUN**

**PERFEKTER
WINKEL**

FÜR EINE
**ÜBERLEGENE
REINIGUNG***

16°
Winkel



ORAL-B® PRO 6000 MIT **CROSS ACTION®**
EINE NEUE ERRUNGENSCHAFT IN DER 3D-TECHNOLOGIE

Borsten in perfektem Winkel und alternierender Länge führen zu einer Verbesserung der Plaqueentfernung um 22% und zu einer Verminderung der Gingival-Blutung um 35%.^{**}

¹ So lange Vorrat reicht.

^{*} Verglichen mit einer Standard-Handzahnbürste und Sonicare® Diamond Clean®.

^{**} Verglichen mit Sonicare® Diamond Clean® nach sechs Wochen Anwendung.

Sonicare® Diamond Clean® ist ein eingetragenes Warenzeichen der Philips Oral Healthcare, Inc.




ORAL-B® - ELEKTRISCHE ZAHNBÜRSTEN
SANFT. EFFIZIENT. GRÜNDLICH.

Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe

Oral-B®

Dimensions

Editorial	
Dentalhygiene – eine immaterielle Dienstleistung	5
Fachartikel	
Bisphosphonate und antiresorptive Medikamente	6
Stomatologie-Quiz	
Plötzlich auftretende, schmerzhafte, erosiv-ulzerative Läsionen mehrerer intraoraler Schleimhautbereiche	13
Aus der Praxis	
Von der Dentalhygienikerin zur Modedesignerin	15
Notizen	
Oral-B® Symposium 2014	18
Diplom HF Dentalhygiene Careum 2014	20
Kongress	
39. Jahreskongress Swiss Dental Hygienists 14./15. November 2014, Basel	19
Publireportage	
Der Rauchstopp-Wettbewerb erhöht die Motivation zum Aufhören Vom Zahnarzt zum ersten Mal gelobt	21
Éditorial	
Hygiène dentaire – une prestation immatérielle	25
Article spécialisé	
Bisphosphonates et médicaments anti-résorptifs	26
Quiz Stomatologie	
Lésions douloureuses soudaines à caractère érosif-ulcératif de plusieurs régions intra-orales des muqueuses	33
Tiré de la pratique	
D'hygiéniste dentaire à styliste	35
Notices	
Oral-B® Symposium 2014	38
Diplôme d'hygiène dentaire ES Careum 2014	40
Congrès	
39e Congrès annuel Swiss Dental Hygienists 14/15 novembre 2014, Bâle	39
Publireportage	
Le concours augmente la motivation à arrêter de fumer Pour la première fois des compliments	41
Livres	42



Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird durchgehend die weibliche Form verwendet. Angesprochen sind aber sowohl Frauen wie auch Männer.

Publizierte Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Aus der Veröffentlichung ist keinerlei Bewertung durch die Redaktion ableitbar.

Pour plus de clarté, la forme féminine est employée systématiquement. Les hommes sont toutefois inclus au même titre que les femmes.

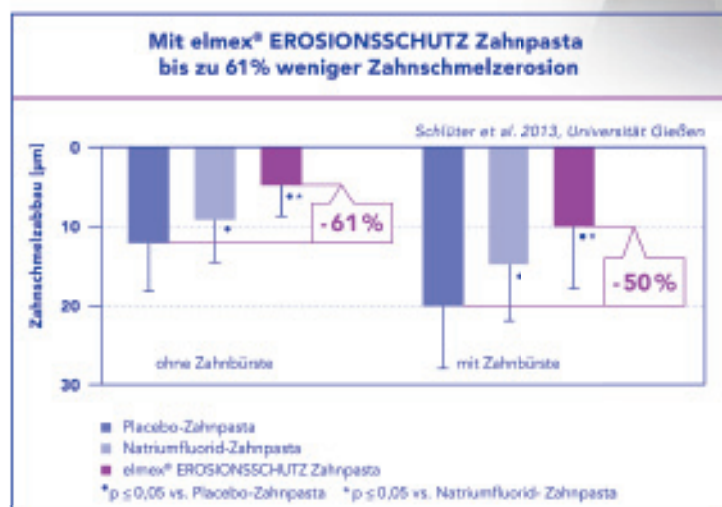
Les articles publiés ne reflètent pas obligatoirement l'avis de la rédaction. La publication n'implique aucun jugement de valeur de la part du comité de rédaction.

Effektiver Schutz vor Säureangriffen, bis zu 61% weniger Zahnschmelzabbau.

Zahnschmelz-Erosion wird zu einem immer größeren Problem – etwa ein Drittel der Bevölkerung ist bereits betroffen. Patienten erkennen Zahnerosion meist nicht selbst, daher ist neben der regelmäßigen Kontrolle ein frühzeitiger, effektiver Schutz besonders wichtig. **Empfehlen Sie ein System, dessen Wirksamkeit klinisch belegt ist.**

elmex® EROSIONSSCHUTZ:

- **stärkt den Zahnschmelz**
- **macht die Zähne widerstandsfähiger gegen wiederholte Säureangriffe**
- **schützt signifikant vor Zahnschmelzabbau**



Signifikant mehr Schutz vor Zahnschmelzerosion und durch Zähneputzen verursachten Zahnschmelzabbau gegenüber einer natriumfluoridhaltigen Zahnpasta.



elmex® EROSIONSSCHUTZ. Effektiver Schutz vor Zahnschmelzabbau.

Weitere Informationen finden Sie auf www.gaba.ch, www.gabashop.com

G
GABA Schweiz
 Spezialist für Mund- und Zahnpflege

Dentalhygiene – eine immaterielle Dienstleistung

Unsere Gesellschaft hat sich seit den 70er-Jahren von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft gewandelt. Heute arbeiten rund 75% aller Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor. Alle möglichen Anbieter buhlen mit ihren Dienstleistungen um die Gunst von Kunden: Banken, Versicherungen, Telekommunikationsanbieter, Coiffeure, Wellnessinstitute, Therapeuten etc. Und natürlich ist auch die Dentalhygienikerin eine wichtige Dienstleistungserbringerin im Gesundheitswesen.

Charakteristisches Merkmal einer Dienstleistung ist, dass diese im Gegensatz zu einem Produkt nicht fassbar ist. Dienstleistungen können nicht gelagert und deshalb auch nicht gezeigt werden, es besteht eine Immaterialität. Die Patienten kaufen bei der Dentalhygienikerin nicht ein Produkt, sondern sie befriedigen ein Bedürfnis oder gleich deren mehrere (Zahnreinigung, Prävention, Linderung von Schmerzen etc.). Der Patient «erlebt» somit die Dienstleistung der Dentalhygiene als Prozess und als Bedürfnisbefriedigung.

Damit dieser Prozess gewinnbringend ist, muss der Patient der Dentalhygienikerin grosses Vertrauen entgegenbringen und er muss das sichere Gefühl haben, in kompetenten Händen zu sein. Für die Schaffung einer Vertrauensbasis in einer Praxis sind verschiedene Aspekte massgebend. Gelingt es beispielsweise bereits beim Empfang, dem Patienten ein positives Gefühl zu vermitteln, dass er gut aufgehoben und betreut ist, ist die erste Hürde für eine vertrauensvolle und nachhaltige Beziehung bereits genommen.

Patienten suchen eine Dentalhygienikerin auf und beziehen eine Dienstleistung, z. B. die

Entfernung von Zahnstein oder die Behandlung einer Parodontitis. Der Prozess behebt das Problem, aber der Patient hat nichts in der Hand, er erhält kein Produkt zum Anfassen. Läuft bei der Dienstleistungserbringung etwas nicht rund, dann sind dies meistens Verhaltensfehler des Erbringers, sprich der Dentalhygienikerin. Somit kann sich die Qualität einer Dienstleistung auf den Ruf einer einzelnen Person in der Praxis reduzieren und die Dienstleistungsqualität innerhalb der gleichen Praxis kann unterschiedlich sein.

Damit kommt der Dentalhygienikerin eine zentrale Bedeutung zu, denn der Patient kann die eigentliche Dienstleistung, d.h. die Behandlung, nicht von der Person trennen, die sie erbringt. Oder anders formuliert: Die Qualitätserwartungen der Patienten bestimmen die Anforderungen an das Verhalten der Dentalhygienikerin und des gesamten Praxisteam. Kundenverluste in Dienstleistungsunternehmen werden in durchschnittlich 67% der Fälle durch das Verhalten der Mitarbeitenden verursacht. Nur in 14% ist die Angebotsqualität und lediglich in 9% der Fälle der Preis ausschlaggebend. Es ist also von entscheidender Bedeutung, dass die Dentalhygienikerin nicht «nur» fachlich kompetent ist, sondern mit ihrer Behandlung einen authentischen und motivierten Eindruck beim Patienten erzeugt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen weiterhin viel Begeisterung und Überzeugung als Dentalhygienikerin und Dienstleisterin.

Isabelle Küttel

Geschäftsführerin Swiss Dental Hygienists



IMPRESSUM

Herausgeber

Swiss Dental Hygienists
Bahnhofstrasse 7b
6210 Sursee
Tel. +41 (0)41 926 07 90
Fax +41 (0)41 926 07 99
info@dentalhygienists.ch

Redaktionskommission

Mia Navratil (Präsidentin)
Mara Bovo, Marlis Donati,
Karin Eisenring, Denise Emmenegger,
Petra Hofmänner

Redaktion und Layout

Walker Management AG
Media-Abteilung
Hirschmattstrasse 36, 6003 Luzern
Redaktion Andreas Affolter
Layout Christiane Pommerien
Tel. +41 (0)41 248 70 11
Fax +41 (0)41 248 10 32
dimensions@dentalhygienists.ch

Übersetzung

Dominique Bommer,
Ernesto Borserini, Jaime Calvé

Inserateakquisition

Mara Bovo
Dahlienstrasse 2, 8820 Wädenswil
Tel. +41 (0)43 536 22 67
Mobile +41 (0)76 536 31 36
marabovo@hotmail.com

Druck und Versand

Multicolor Print AG
Sihlbruggstrasse 105a, 6341 Baar

Auflage

2300 Exemplare

Erscheinungsweise

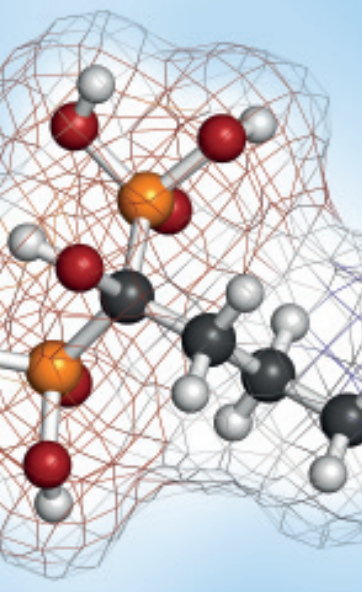
6 Ausgaben pro Jahr

Abonnement

CHF 85 pro Jahr

Copyright

Die Rechte des Herausgebers und der Autoren bleiben vorbehalten. Eine allfällige Weiterverarbeitung, Wiederveröffentlichung oder Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken ohne vorherige ausdrückliche Zustimmung der Autorenschaft oder des Herausgebers ist nicht gestattet.



Bisphosphonate und antiresorptive Medikamente

Bisphosphonate und Denosumab sind sogenannte antiresorptiv wirkende Medikamente, welche den Knochenabbau und damit auch den Knochenumbau wirkungsvoll hemmen. Sie werden zur Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen eingesetzt (Osteoporose, Morbus Paget, Knochenmetastasen, Multiples Myelom und tumorbedingte Hyperkalzämien). Als wichtigste Nebenwirkung der Bisphosphonate und Denosumab gilt die Osteonekrose, welche sich vornehmlich in den Kiefern manifestiert. Da die Therapie solcher Kieferosteonekrosen schwierig und z. T. sehr aufwendig ist, kommt der Prävention dieses Krankheitsbildes grösste Bedeutung zu.

Dr. med. Dr. med. dent.
Marc Baltensperger, Winterthur
FMH Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
SSO Oralchirurgie

Einleitung, Geschichte, Anwendung und Indikation

Die Einführung der Bisphosphonate in der Medizin geht in die frühen 1960er Jahre zurück. Ein wesentlicher Teil der Grundlagenforschung zu diesen Medikamenten erfolgte dabei in der Schweiz. In den folgenden Jahrzehnten wurden die Bisphosphonate bei Krankheitsbildern verwendet, welche sich durch einen grossen Knochenab- und -umbau auszeichnen, allen voran der Morbus Paget (Osteodystrophia deformans). Im grossen Stil wurden Bisphosphonate seit Beginn der 1990er Jahren eingesetzt, um maligne Knochenkrankungen wie das Multiple Myelom und Krebserkrankungen mit Knochenmetastasen (Mammakarzinom, Prostatakarzinom u.a.) zu behandeln. In allen diesen Fällen werden die Bisphosphonate dem Patienten jeweils intravenös in hohen Dosen verabreicht.

Etwas später begann dann mit dem Bisphosphonat Alendronat (Fosamax®) die breite Anwendung der Bisphosphonate in der Therapie der Osteoporose. Bei dieser Indikationsstellung wird das Bisphosphonat in einer viel geringeren Dosierung als bei Krebserkrankungen und per oral verabreicht. Mittlerweile sind auf dem Schweizer Markt mehrere Bisphosphonat-Präparate erhältlich, welche unterschiedlich stark wirken und bei entsprechender Indikationsstellung eingesetzt werden (vgl. Tabelle 1).

Im Jahre 2003 veröffentlichte Robert Marx seine Erfahrungen mit Patienten, welche unter Bisphosphonatmedikation mit Pamidronat (Aredia®) und Zoledronat (Zometa®) standen und im Verlauf Kiefernekrosen entwickelten. Das Thema wurde schnell von vielen Autoren weltweit aufgegriffen, welche über ähnliche Erfahrungen berichteten. Bis heute sind gegen 1500 Artikel in Fachzeitschriften zu diesem Thema

publiziert worden, Tendenz stark steigend. Doch bei genauerer Betrachtung waren Bisphosphonate als Ursache für Kiefernekrosen bereits seit über 100 Jahren bekannt. Von Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts hantierten Arbeiter in Streichholzfabriken offen mit weissem Phosphor und atmeten dabei die giftigen Dämpfe ein, welche sich im Körper zu Bisphosphonaten umwandelten. Unzählige Arbeiter entwickelten im Verlauf zum Teil ausgedehnte Kiefernekrosen, welche in der damaligen Literatur als «Phossy Jaw» bezeichnet wurden. Dieser Zusammenhang wurde bereits damals erkannt und der weisse Phosphor aus der Streichholzfabrikation durch eine deutlich weniger toxische Substanz ersetzt, womit auch das Krankheitsbild der Kiefernekrosen wieder verschwand. Die Verwandtschaft der heute beobachteten Bisphosphonat-induzierten Knochennekrosen der Kiefer mit dem «Phossy Jaw» ist zwischenzeitlich wissenschaftlich umfassend untersucht worden und unbestritten.

Chemie und Wirkungsmechanismus, Nebenwirkungen (Osteonekrosen der Kiefer)

Bisphosphonate sind Verwandte des anorganischen Pyrophosphates, eines wichtigen Bausteins der Knochenmatrix. Entsprechend werden diese Stoffe im Knochen eingelagert. Grundsätzlich können die Bisphosphonate in zwei Gruppen eingeteilt werden (Tabelle 1):

- Ältere, nicht-stickstoffhaltige Bisphosphonate
- Neuere, stickstoffhaltige Bisphosphonate

Die stickstoffhaltigen Bisphosphonate wirken um ein Vielfaches stärker als diejenigen ohne Stickstoff und sind damit wesentlich potenter. Entsprechend sind aber auch die Nebenwirkungen (Kiefernekrosen) bei dieser Gruppe bedeutend häufiger.

Substanzen	Offizielle Indikationen	Verabreichung	Relative Potenz (Hemmung der Knochenresorption)	Übliche Dosierung
Ältere, nicht-stickstoffhaltige Bisphosphonate				
Etidronat (Diodronel®)	Morbus Paget, heterotope Ossifikationen	oral	1x	400 mg/Tag
Clodronat (Bonefos® u. a.)	Hyperkalzämie, Knochenmetastasen	oral, i.v.	10x	1600 mg/Tag 1500 mg/ Infusion (verabreicht ≥4h)
Tiludronat (Skelid®)	Morbus Paget	oral	10x	400mg/Tag
Neuere, stickstoffhaltige Bisphosphonate, vor allem für die Osteoporosebehandlung				
Alendronat (Fosamax®)	Behandlung der Osteoporose und Prävention der steroidinduzierten Osteoporose; Morbus Paget	oral	1000x	10 mg/Tag 70 mg/Woche (Wochentablette)
Risedronat (Actonel®)	Behandlung/Prävention der postmenopausalen und der steroidinduzierten Osteoporose; Morbus Paget	oral	5000x	5 mg/Tag 35 mg/Woche (Wochentablette)
Ibandronat (Bonviva®)	Behandlung der postmenopausalen Osteoporose	oral, i.v.	10000x	2.5 mg/Tag 150 mg/Monat (Monatstablette) 3 mg (verabreicht als Bolus alle 3 Monate)
Neuere, stickstoffhaltige Bisphosphonate, vor allem für onkologische Patienten (Krebstherapie)				
Pamidronat (Aredia®)	Tumorbedingte Hyperkalzämie; Knochenmetastasen bei Mammakarzinom; multiples Myelom	i.v.	100x	60 bis 90mg/Infusion (verabreicht ≥2h)
Zoledronat (Zometa®)	Tumorbedingte Hyperkalzämie; multiples Myelom	i.v.	20000x	4 mg/Infusion (verabreicht ≥15 min.)
Ibandronat (Bondronat®)	Tumorbedingte Hyperkalzämie (nur i.v. Gabe); Knochenmetastasen; multiples Myelom	oral, i.v.	10000x	50 mg/Tag 2 bis 6mg/Infusion (verabreicht über 1–2< h)

Tabelle 1: Übersicht über die gängigen in der Schweiz erhältlichen Bisphosphonatpräparate

Obschon die Bisphosphonate auf verschiedene Zellen und Gewebe wirken können, ist die Hauptzielzelle eindeutig der Osteoklast. Die Osteoklasten sind verantwortlich für den Knochenabbau, der für den stetigen Umbau und die Erneuerung des Knochens essentiell ist. Nur fortlaufend umgebaute Skelett- und Kieferknochen können eine gesunde und einwandfreie Funktion gewährleisten bzw. nach einer Verletzung oder Infektion wieder vollständig abheilen. Die Bisphosphonate werden in den Knochen (Knochenmatrix) eingelagert und dort gespeichert. Beim Knochenabbau werden diese Stoffe freigesetzt und von den Osteoklasten aufgenommen, bis diese dann schliesslich daran zu Grunde gehen. Somit wird der Knochenabbau

erheblich verlangsamt und es bleibt der bestehenden Knochensubstanz ausreichend Zeit, stärker zu mineralisieren, was sich in einer Zunahme der Knochendichte und der Festigkeit äussert. Dadurch wird das Risiko von Knochenbrüchen erheblich vermindert. Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Bisphosphonaten (Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat) zur Verhinderung von Osteoporosebedingten Knochenbrüchen.

Bei Tumorpatienten wird der Abbau von Knochensubstanz durch Knochenmetastasen, welche neben erheblichen Schmerzen auch zu einer hohen Kalziumbelastung im Blut führen können, durch die gleiche Wirkungsweise sehr erfolgreich bekämpft.



Abbildung 1:
Spontan aufgetretene
Bisphosphonat-induzierte
Osteonekrose am linken
Unterkiefer bei einer Patientin
nach mehrjähriger Therapie mit
Ibandronat (Bondronat®)
wegen einer metastasierenden
Brustkreberkrankung

Da der Knochenabbau durch die Bisphosphonate erfolgreich verlangsamt wird, sind aber auch der Knochen-Umbau und die Knochen-Erneuerung empfindlich gestört. Besonders anfällig reagiert dabei der Kieferknochen auf eine Bisphosphonatexposition, welche zur gefürchteten Komplikation der Kieferosteonekrose führen kann. Die Tatsache, dass die Kiefer die einzigen Knochen sind, welche solche Nekrosen entwickeln, hat mehrere mögliche Gründe, die zurzeit intensiv erforscht werden:

- Die Kieferknochen weisen eine deutlich höhere Umbaurate auf als jeder andere Knochen im Körper.
- Die Kieferknochen sind mit den Zähnen verbunden und kommunizieren über das Parodont mit der unsterilen Mundhöhle. Kommt es zu einer Verletzung des Parodonts durch ein Trauma (z. B. Zahnextraktion) oder einen Infekt (Parodontitis), so können Bakterien ungehindert in den Knochen eindringen. Dieser kann aufgrund seiner herabgesetzten Regenerationsfähigkeit nur schlecht heilen.
- Die Mundschleimhaut ist im Kieferbereich teilweise sehr dünn, was mit einer entsprechend knappen Durchblutung des darunter-

liegenden Knochens einhergeht. Besonders manifestiert sich dies bei gutartigen Knochenauswüchsen (sogenannten Tori) am Ober- und Unterkiefer.

Seit 2010 ist ein weiteres Medikament auf dem Markt, welches den Knochenstoffwechsel ähnlich beeinflusst wie die Bisphosphonate: Denosumab. Dabei handelt es sich um einen Antikörper, welcher an das RANKL-Protein bindet, welches für die Entwicklung und Funktion der Osteoklasten essentiell ist. Durch den Antikörper wird das RANKL-Protein gebunden, inaktiviert und steht den Osteoklasten nicht mehr zur Verfügung.

Denosumab wird wie die Bisphosphonate sowohl für die Behandlung der Osteoporose als auch in der Krebstherapie verwendet (Tabelle 2). Obwohl das Denosumab einen etwas anderen Wirkungsmechanismus als die Bisphosphonate hat, sind die Komplikationen im Kieferbereich ähnlich. Auch unter der Denosumabtherapie wurden Kiefernekrosen beschrieben.

Bisphosphonate werden nur sehr langsam abgebaut. Sie bleiben über Jahrzehnte im Knochen abgelagert, womit sie auch viele Jahre nach der letzten Verabreichung noch wirksam sind. Entsprechend bleibt die Gefahr einer Kiefernekrose noch sehr lange bestehen. Dies ist v. a. bei den potenten, intravenös verabreichten Bisphosphonaten der Fall, da diese sich in einer viel höheren Konzentration im Knochen ablagern als die per Os verabreichten Präparate.

Aufgrund der deutlich kürzeren Halbwertszeit von Denosumab gegenüber den Bisphosphonaten erholt sich der Knochen nach Absetzen des Präparates entsprechend schneller und das Risiko einer Kiefernekrose sinkt bedeutend rascher.

Bisphosphonat-induzierte Osteonekrosen der Kiefer

Von einer Bisphosphonat-induzierten Osteonekrose des Kiefers kann gesprochen werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Laufende oder abgelaufene Bisphosphonattherapie

Tabelle 2:
Übersicht über die gängigen in der Schweiz erhältlichen Denosumab-Präparate

Substanzen	Offizielle Indikationen	Verabreichung	Übliche Dosierung
Denosumab (Prolia®)	Osteoporose	s.c.	60 mg (alle 6 Monate)
Denosumab (Xgeva®)	Tumorbedingte Hyperkalzämie; Knochenmetastasen	s.c.	120 mg (monatlich)

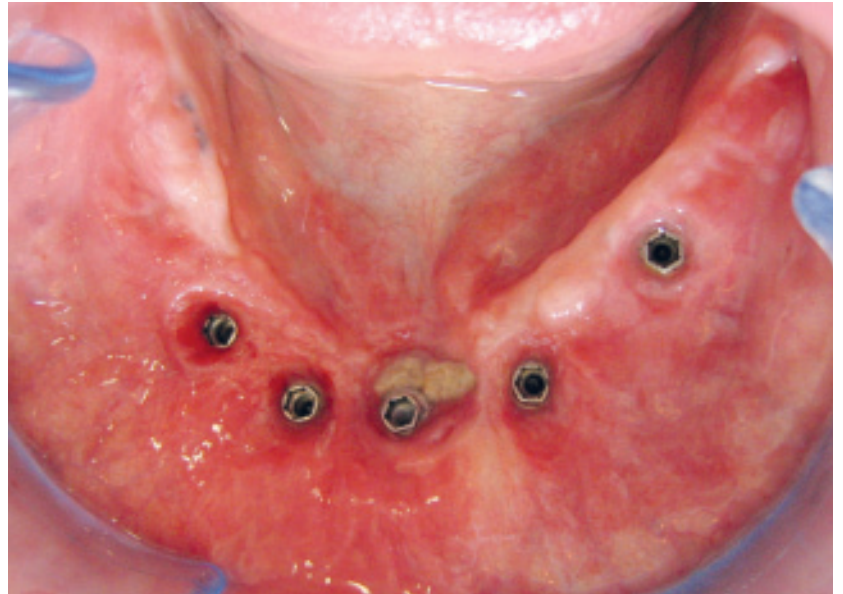
- Dehiszenz mit freiliegendem Knochen am Unter- und/oder Oberkiefer, die für mehr als acht Wochen persistiert
- Keine vorgängige Radiotherapie im Bereich der Kiefer

Wie bereits erwähnt, treten Osteonekrosen deutlich häufiger bei Patienten auf, welche diese Präparate hochdosiert, intravenös und über einen längeren Zeitraum erhalten haben. Dabei handelt es sich zumeist um die Verabreichung im Rahmen einer Krebstherapie. Bei diesem Patientengut findet man eine Inzidenz von Osteonekrosen der Kiefer von 0.8 – 20%, je nach zitierter Studie.

Aber auch bei den niedriger dosierten, per oral verabreichten Bisphosphonaten, wie sie bei der Osteoporosebehandlung verschrieben werden, können Kiefernekrosen beobachtet werden. Die Inzidenz bei diesen Patienten ist aber deutlich geringer und wird in der Literatur mit 0.14% beziffert.

Oft entstehen Kiefernekrosen als Folge von oralchirurgischen Behandlungen, vornehmlich Zahnextraktionen. Auch Druckstellen von Prothesen, paradontale und apikale Infekte können den Ausgangspunkt für die Entstehung einer Osteonekrose bilden. In manchen Fällen treten die Nekrosen am Kiefer aber spontan, ohne erkennbaren äusseren Einfluss, auf.

Es gibt in der Literatur verschiedene Klassifizierungen der Bisphosphonat-induzierten Osteonekrosen des Kiefers. Eine der am häufigsten verwendeten Einteilungen ist diejenige der American Association of Oral- and Maxillofacial Surgeons (Tabelle 3)



Bei der Bisphosphonat-induzierten Osteonekrose des Kiefers liegt der Kieferknochen an einer oder mehreren Stellen der Mundhöhle, mit oder ohne begleitende Entzündung, frei (Abbildungen 1, 2). Der Patient kann dabei weitgehend beschwerdefrei sein oder wenig bis starke Schmerzen verspüren. Das Ausmass der Beschwerden hängt dabei hauptsächlich von der Ausdehnung der Nekrose und von einer allfälligen Begleitentzündung ab.

Radiologisch manifestiert sich die Bisphosphonatexposition des Kieferknochens vornehmlich durch eine vermehrte Sklerosierung. Diese tritt oftmals zuerst im Bereiche der Lamina dura des Alveolarknochens auf, lange bevor eine Kiefernekrose klinisch manifest wird. In fortgeschrit-

Abbildung 2: Patientin mit 3-jähriger Therapie mit Pamidronat (Aredia®) wegen einer metastasierenden Brustkrebskrankung. Nach der Implantatversorgung im Unterkiefer bildete sich eine Osteonekrose um das eine Implantat, was später zum Implantatverlust führte.

Stadium der BRONJ	Symptome/Klinische Befunde
0	<ul style="list-style-type: none"> • Unspezifische klinische Symptome • Keine Knochennekrose nachweisbar
1	<ul style="list-style-type: none"> • Freiliegender nekrotischer Knochen • Asymptomatische Patienten • Keine Infektion nachweisbar
2	<ul style="list-style-type: none"> • Freiliegender nekrotischer Knochen • Symptomatische Patienten • Infektion klinisch nachweisbar
3	<ul style="list-style-type: none"> • Freiliegender nekrotischer Knochen • Symptomatische Patienten mit Schmerzen und Nachweis einer Infektion sowie mindestens einer der folgenden Komplikationen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pathologische Fraktur 2. Extraorale Fistel 3. Mund-Antrum-Fistel-Nachweis 4. Osteolyse, die sich auf den Unterrand des Unterkiefers oder den Sinus ausbreitet

Tabelle 3: Stadieneinteilung der Bisphosphonat-induzierten Osteonekrosen des Kiefers (Bisphosphonate Associated Osteonecrosis of the Jaws BRONJ)

tenen Fällen weitet sich die Sklerose auf grössere Teile der Kieferknochen aus. Infiziert sich der Knochen, führt dies zu Osteolysen, Sequester- und Fistelbildungen (Abbildung 3)

Behandlung von Patienten unter Bisphosphonat- und antiresorptiver Therapie

Die Behandlung von Patienten, welche Bisphosphonate oder Denosumab erhalten, richtet sich nach dem Stadium des Krankheitsbildes und den Beschwerden (Tabelle 4).

Prinzipiell gibt es zwei wesentliche Grundsätze, welche es bei diesen Patienten zu beachten gibt:

- Die Prävention einer Kiefernekrose ist viel einfacher und effektiver als die Therapie einer manifesten Kiefernekrose.
- Die (chirurgische) Behandlung einer Kiefernekrose sollte sich nach dem Grundsatz «so viel wie nötig, so wenig als möglich» richten.

Da der Knochen aufgrund seines reduzierten Umbauvermögens bedeutend schlechter abheilen kann, ist es wichtig, Traumatisierungen und Infektionen der Kieferknochen zu vermeiden. Idealerweise werden Patienten, bei denen aus irgendeinem Grund eine Bisphosphonat- oder Denosumabtherapie geplant ist, vorgängig zum

Zahnarzt für eine Herdabklärung geschickt. Dabei werden alle beherrdeten Zähne saniert, bzw. falls nötig extrahiert. Ebenso sollte eine manifeste Parodontitis saniert, bzw. in einen möglichst stabilen und entzündungsfreien Zustand überführt werden.

Steht der Patient unter Bisphosphonattherapie, sollte die Mundhygiene auf einem möglichst perfekten Niveau gehalten werden, um spätere (chirurgische) Interventionen zu vermeiden. Oralchirurgische Eingriffe (Extraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Knochenaufbauten, Implantate etc.) sind beim Patienten, der unter einer Bisphosphonat- oder Denosumabtherapie steht, immer mit einem erhöhten Risiko für eine Kiefernekrosenbildung verbunden. Dieses Risiko muss vom behandelnden Zahnarzt bei jedem Patienten individuell abgewogen werden und ist stark von der Art des Bisphosphonates und der bisher verabreichten Menge (Dauer und Dosierung) abhängig.

Bei Patienten, welche bereits eine manifeste Kiefernekrose aufweisen, sollte man sich vor einer zu raschen und zu aggressiven chirurgischen Vorgehensweise hüten. Da der Knochen nur eine reduzierte Heilungskapazität auf-

Tabelle 4:

Stadienabhängige Therapie der Bisphosphonat-induzierten Osteonekrosen des Kiefers (Bisphosphonate Associated Osteonecrosis of the Jaws BRONJ)

Stadium der BRONJ	Therapie
Risikopatienten (ohne klinische Symptome)	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Therapie notwendig • Patientenaufklärung • Perfekte Mundhygiene, Prophylaxe
0	<ul style="list-style-type: none"> • Systemische Therapie im Sinne einer symptomatischen Schmerztherapie und ggf. Antibiotikagabe
1	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung einer antibakteriellen Mundspüllösung (z. B. Chlorhexidin 0.12 %) • Recallintervall engmaschiger (alle 3 Monate) • Aufklärung des Patienten und Reevaluation der Indikation zur Fortsetzung der Bisphosphonattherapie
2	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatische Therapie mit oraler Antibiotikagabe • Anwendung einer antibakteriellen Mundspüllösung (z. B. Chlorhexidin 0.12 %) • Schmerztherapie • Oberflächliches Debridement, um die Weichgewebsirritation zu reduzieren
3	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatische Therapie mit oraler Antibiotikagabe • Anwendung einer antibakteriellen Mundspüllösung (z. B. Chlorhexidin 0.12 %) • Chirurgisches Débridement/Resektion, um eine längerfristige Schmerz- und Infektionslinderung zu erzielen

Salvatore L. Ruggiero, DMD et al.

Task Force on Bisphosphonate-Related

Osteonecrosis of the Jaws:

American Association of Oral and

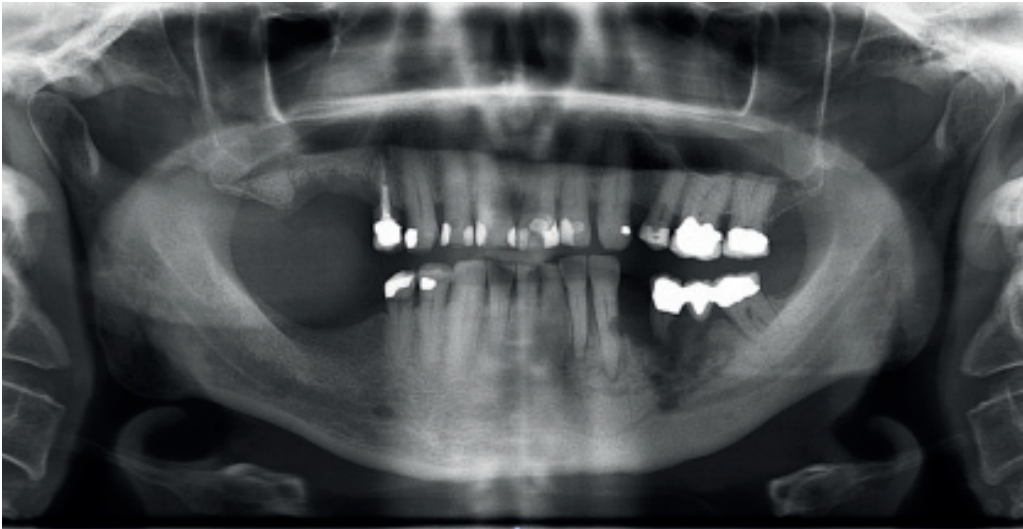
Maxillofacial Surgeons Position Paper

on Bisphosphonate-Related

Osteonecrosis of the Jaw 2009 Update

Approved by the Board of Trustees

January 2009

**Abbildung 3:**

Infiizierte Bisphosphonat-induzierte Osteonekrose des linken Unterkiefers. Zu beachten ist die ausgeprägte Sklerose des gesamten linken Unterkiefers von der Kinnsymphyse bis hin zur Regio 37. Im Prämolarenbereich deutliche Osteolysen und Bildung eines grösseren Knochen-sequesters als Zeichen eine begleitenden Infektes.

weist, ist nach oral- und kieferchirurgischen Eingriffen mit grösseren Komplikationen im Sinne von Wundheilungsstörungen und weiterer Nekrosebildung zu rechnen. Konservative Massnahmen wie Mundspülungen und die Behandlung von begleitenden Infekten mit Antibiotika sind Mittel der ersten Wahl. Ebenfalls hilfreich kann das (temporäre) Absetzen der Bisphosphonat- oder Denosumabtherapie sein (sog. «Drug Holiday»). Diese Pause erlaubt dem Knochengewebe, sich wieder etwas zu er-

holen. Ein solcher «Drug Holiday» darf aber nur in Abstimmung mit dem behandelndem Arzt des Patienten erfolgen.

Falls eine chirurgische Therapie dann doch unumgänglich ist, sollte diese möglichst schonend erfolgen und sich v. a. auf die Entfernung von Sequestern und totem Knochengewebe beschränken. In Fällen einer ausgedehnten Knochennekrose muss dann jedoch nicht selten ein grösserer Teil des Kiefers chirurgisch entfernt und wieder rekonstruiert werden.

LITERATUR

Marx RE.

Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic.

J Oral Maxillofac Surg. 2003 Sep;61(9):1115-7

Marx RE, Cillo JE, Ulloa JJ.

Oral Bisphosphonates Induced Osteonecrosis: Risk Factors, Prediction of Risk Using Serum CTX Testing, Prevention, and Treatment.

J Oral Maxillofac Surg 65:2397, 2007

Salvatore L. Ruggiero, DMD et al.

Task Force on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw—2009 Update Approved by the Board of Trustees January 2009

Der Autor

Dr. med. Dr. med. dent. Marc Baltensperger
FMH Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
SSO Oralchirurgie

Gemeinschaftspraxis für Kiefer- und Gesichtschirurgie
in Winterthur und Baden mit

Dr. Dr. med. M. Baltensperger

Dr. Dr. med. R. Lebeda

Dr. Dr. med. T. Bottler

PD Dr. med. W. Engelke

Fachärzte FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Dentomaxillofaciale Radiologie und virtuelle Planung
www.kiefergesichtschirurgie.ch



Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. med. dent. Marc Baltensperger
Zürcherstrasse 7
8400 Winterthur
baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch

Waterpik – hydrodynamische Schallzahnbürste

Sensonic Professional
PLUS SR 3000 E

**entfernt hochwirksam
den Plaque-Biofilm**

- 30 500 wippende Bewegungen pro Minute
- Reinigt schonend ohne Druck
- Geeignet bei empfindlichen Zahnhälsen, Implantaten und für Spangenträger
- Mit Interdentalbürste
- Speziell mit Aufsteckbürste Small – für Kinder geeignet
- Mit Hartplastik-Reise-Etui und Akku-Ladeanzeige (100–240 Volt)

Empfohlen
von der Task Force
Schallzahn-
bürsten



Für gesündere Zähne
ein Leben lang!

BioMed[®]

Biomed AG
8600 Dübendorf
Tel. 044 802 16 16
Fax 044 802 16 00

biomed@biomed.ch
www.waterpik.ch



Swiss Service
by BioMed[®]



Stomatologie-Quiz

Plötzlich auftretende, schmerzhafte, erosiv-ulzerative Läsionen mehrerer intraoraler Schleimhautbereiche



Patientengeschichte

Ein 34-jähriger männlicher Patient wurde zur notfallmässigen oralmedizinischen Beurteilung der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Universität Bern zugewiesen. Seit einer Woche hatte der Maurer persistierende intraorale Schmerzen, die sich beim Essen und Trinken nochmals verstärkten. Begonnen hatte die Problematik an einem Sonntagabend mit Schwellungen der Lippen. Zudem bemerkte er Bläschen und wunde Schleimhautbereiche in der Mundhöhle. Er fühlte sich abgeschlagen und müde. Er ist ein starker Raucher (30 Zigaretten pro Tag) und trinkt gelegentlich Alkohol. Allergien waren keine bekannt und die weitere allgemeinmedizinische Anamnese war unauffällig. Einige Jahre zuvor hatte er ein ähnliches Ereignis und wurde damals vom Hausarzt mit Valaciclovir (ein Virustatikum) therapiert.

Klinischer Befund

Extraoraler Befund: Die Körpertemperatur war aurikulär gemessen physiologisch. Es waren keine Asymmetrie/Schwellung und keine vergrösserten Lymphknoten im Kopf-/Halsbereich festzustellen. An der Unterlippe waren feine, trockene Schleimhaut-Abschilferungen mit dezenter Krustenbildung rechts zu erkennen (Abbildung 1).

Intraoraler Befund: Eine langgezogene, von einer Fibrinmembran bedeckte, erosive Veränderung erstreckte sich vom anterioren zum mittleren linken Zungenrand und ging auf den Mundboden über. Die direkt angrenzende Mukosa war gerötet und bildete einen Saum um die erosiv-ulzerative Läsion (Abbildung 2). Ähnliche, aber kleinere erosiv-ulzerative Veränderungen waren am anterioren rechten Planum buccale, an der Zungenspitze sowie am rechten hinteren Zun-

genrand zu erkennen (Abbildungen 3 und 4). Des Weiteren fiel ein ausgeprägter weisslich-bräunlicher, wegwischarer Belag am Zungenrücken auf (Abbildung 3).

Fragen zum Befund

- 1) Was sind aufgrund von Anamnese und Befund die Verdachtsdiagnosen?
- 2) Welche weiteren Abklärungen sind notwendig?
- 3) Was ist die Therapie?



Abbildung 1



Abbildung 2



Abbildung 3



Abbildung 4




Abbildung 5



Abbildung 6

Dr. med. dent. Valérie G. A. Suter
Prof. Dr. med. dent.
Michael M. Bornstein
Klinik für Oralchirurgie und
Stomatologie der Universität Bern

Lösungen

- 
- 1) Ausgedehnte erosiv-ulzerative Veränderungen können Merkmale von Infekten, Verletzungen (mechanisch/thermisch/chemisch) oder systemischen Erkrankungen sein. Aufgrund der Anamnese und der intraoralen Verteilung der erosiven Läsionen liess sich eine Verletzung ausschliessen. Infekte können viral, bakteriell oder fungal sein. Die häufigsten viralen Infekte mit oraler Manifestation sind durch die Herpes-simplex-Viren (Typ I und II) verursacht. Typisch ist dabei die Bildung von Bläschen, die platzen und in erosiv-ulzerative Veränderungen übergehen. Die Erstmanifestation (Gingivostomatitis herpetica) geht oft mit systemischen Symptomen wie Fieber, Abgeschlagenheit oder einer Lymphknotenschwellung einher und kann die gesamte Mundhöhle betreffen. Nach Latenzphasen rezidiert der Infekt oft lokal an der Lippe als Herpes labialis. Varizella-Zoster-Viren können ebenfalls nach Latenzphasen in Ganglien wieder eruptieren. Die Haut-/Schleimhautmanifestationen betreffen dann streng den (einseitigen) segmentalen Bereich des Versorgungsgebietes des Nervens, was beim vorliegenden Fall nicht zutraf. Die sexuell übertragene Syphilis (bakteriell) kann im sekundären Stadium (Inkubationszeit von ca. 6 bis 8 Wochen), zusätzlich zum typischen Hauterythem, intraorale muköse Plaques und erosive Veränderungen zeigen. Fungale Infekte bewirken eher selten erosiv-ulzerative Läsionen. Von den systemischen Erkrankungen stehen aufgrund der Anamnese und des Befundes bullöse Erkrankungen im Vordergrund. Sie charakterisieren sich durch die Bildung von Blasen, die platzen und Erosionen und Ulzerationen hinterlassen. Sie können alle Schleimhäute und die Haut betreffen. Der orale Lichen planus als systemische mukokutane Erkrankung oder lokale lichenoide Reaktionen können ebenfalls erosiv-ulzerative Läsionen präsentieren.
- 2) Ein Blutbild gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand und die Immunlage. Auch können Syphilis und HIV-Serologie durchgeführt werden. Abstriche zum mikrobiologischen Nachweis von Viren, Bakterien oder Pilzen sind auch möglich. Eine Infektion konnte beim beschriebenen Patienten nicht nachgewiesen werden. Im Vordergrund standen somit nochmals die Anamnese mit akutem Auftreten sowie Geschlecht und Alter des Patienten. Der Patient vermutete den Konsum

von Zwetschgen als Auslöser. Wir fragten spezifisch nach Medikamenten sowie Genussmitteln/Drogen, welche am Wochenende womöglich konsumiert worden waren. Der Patient erwähnte alkoholische Getränke, verneinte aber den Konsum anderer Stoffe. Anamnese und Befund liessen eine akute bullöse Schleimhautreaktion vermuten, am ehesten eine milde Form eines Erythema multiforme. Dies ist eine bullöse Reaktion von Haut und Schleimhaut unklarer Ätiologie, obwohl verschiedene Triggerfaktoren wie Medikamente, Nahrungsmittel(zusatzstoffe), Viren und Bakterien diskutiert werden. Die Diagnose stellt sich basierend auf der Klinik und der Anamnese. Die Reaktionen sind meist rezidivierend und betreffen oft junge Männer. Mildes Fieber und Krankheitsgefühl können begleitend auftreten. Lippenschwellung, Blasen, Krustenbildung und erosiv-ulzerative Veränderungen eher der anterioren Mundhöhle sind die Merkmale der milden oralen Form des Erythema multiforme. Oft ist auch die Haut (Extremitäten) mit roten Flecken mitbetroffen, nicht jedoch beim beschriebenen Patienten. Aufgrund des vorliegenden Befundes war ebenfalls eine lokale lichenoide Reaktion auf Medikamente oder andere allergene Stoffe denkbar.

- 3) Die akute Schmerztherapie, die Förderung der Ausheilung sowie die Verhinderung eines Rezidivs standen im Vordergrund. Der Patient wurde mit einer Kortikosteroid-Mundspülung therapiert und die Läsionen waren innerhalb zweier Wochen abgeheilt (Abbildungen 5 und 6). Triggerfaktoren sind beim Erythema multiforme oft schwierig zu identifizieren. Ergänzend wurden beim Patienten allergologische Abklärungen auf multiple Stoffe durchgeführt sowie serologisch nach Antikörpern gesucht, die im Zusammenhang zu Autoimmunkrankheiten auftreten. Alle Resultate waren negativ. Dem Patienten wurde empfohlen, sich im Falle eines Rezidivs unmittelbar an die Klinik zu wenden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Valérie Suter
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern
valerie.suter@zmk.unibe.ch

Von der Dentalhygienikerin zur Modedesignerin

Beim Schreiben dieses Artikels machte sich Maya Trachsler immer wieder Gedanken zu ihren zwei Berufen und legte sich im Kopf Textabschnitte zurecht. Sie stellte fest, dass dieser Prozess gewisse Ähnlichkeiten mit dem Entwerfen eines Kleides aufweist – so wie auch ihre Berufe durchaus gewisse Parallelen haben: Sowohl die Dentalhygienikerin als auch die Designerin müssen fingerfertig sein und verständnisvoll mit den Menschen umgehen.

Alles begann, als ich im Herbst 2001 durch Zufall ein Inserat für ein «Open House» an der Modedesignschule Zürich entdeckte. Ich befand mich damals in einer eher schwierigen Lebensphase. Meine Kinder wollten zunehmend nicht mehr mit mir basteln, womit meine Kreativität auf der Strecke blieb. Eigene Handarbeit (ich stellte schon als Kind mit meiner Grossmutter Kleider für meine Puppen her) blieb wegen Mangel an Zeit und Musse liegen. Der Praxisalltag wiederholte sich im Halbjahresrhythmus, wie dies bei langjähriger Tätigkeit mit treuen Patienten jeweils der Fall ist. Daneben hatten meine drei Kinder seit Jahren drei verschiedene Stundenpläne – die Blockzeiten existierten leider noch nicht. Ich fühlte mich wie eine Marionette in einem Korsett: Diese strikt in Stunden eingeteilten Tage lagen mir einfach nicht.

Aus lauter Neugier besuchte ich also am Tag der offenen Tür die Modedesignschule, was zur Folge hatte, dass ich viele Nächte wach im Bett lag. Alles an diesem Studiengang – jedes einzelne Fach – interessierte mich so sehr, dass ich mich nach vielen Rücksprachen mit meinem Mann, der mich sehr unterstützte (obwohl er eine Dentalhygienikerin verlor...) zur Aufnahmeprüfung anmeldete. Richtig gute Erfolgchancen hatte ich mit meinem fortgeschrittenen Alter und meinem manuell zwar Geschicklichkeit erfordernden, aber nicht wirklich kreativen Ersterberuf ja nicht. Aber mein Mann und ich fanden, dass das Schicksal entscheiden sollte. Das tat es: Im Sommer 2002 durfte ich in diese Modeschule eintreten.

Das Label «Boulot» entsteht

Nach der Ausbildung wollte ich nichts überstürzen. Die Modebranche mit den in diesem Metier Tätigen war für mich ein eher schwieriges

Pflaster; das pflichtbewusste, gut organisierte und klare Arbeiten, wie es von Dentalhygienikerinnen gefordert wird, liegt den meisten Kunstschaffenden nicht. Da mir diese Qualitäten glücklicherweise erhalten geblieben waren, entschloss ich mich, im Alleingang meine schon lange im Hinterkopf schlummernde Idee eines eigenen Labels für Berufsmode umzusetzen. Berufsmode hat den grossen Vorteil, dass sie zwangsläufig nicht so fest den schnell wechselnden Trends unterliegt. Ausserdem kannte ich von der Dentalhygiene her die Anforderungen an medizinische Berufskleider und wusste aus eigener Erfahrung, dass hübsche, aber trotzdem bequeme und pflegeleichte Kleider Mangelware waren. Und ein Praxistag dauert zu lange, als dass man in Sachen Kleidung ein Mauerblümchendasein fristen mag! Ausserdem brauchen medizinische Berufsgruppen deutlich weniger andere Alltagskleider, weshalb in schöne Praxiskleidung durchaus etwas investiert werden kann.

Im Jahr 2005 machte ich mich also mit zunehmender Freude daran, meine Idee umzusetzen. Es war eine enorm kreative, aber auch arbeitsintensive Zeit. Neben dem Entwerfen der ersten Outfits und dem Erstellen von Prototypen suchte ich nach einem geeigneten Namen für mein Label. Ich gestaltete Schriftzüge und machte mir Gedanken darüber, wie meine Webseite aussehen sollte und wie ich mein «viertes Kind» präsentieren wollte. Oft arbeitete ich die halbe Nacht durch, was möglich war, da ich mir mein Atelier zu Hause eingerichtet hatte. Ab 2007 stand meine Hauptkollektion und ich durfte schon auf einen kleinen Kundenstamm blicken. 2009 erhielt ich von der Modedesignschule Zürich den Förderpreis für mein Schaffen. Dieser Preis wird alle zwei Jahre an ehemalige Studierende vergeben.

Maya Trachsler, Zürich
Dentalhygienikerin,
kreiert heute medizinische
Berufsmode



Heutiger Berufsalltag

Meine Kleider sind 100% Swiss Made – ein Prä dikat, das mir sehr wichtig ist. Ich wollte und will Nachhaltiges schaffen. Die Stoffe beziehe ich aus der Schweiz, Deutschland oder Frankreich. Meine Prototypen nähe ich selber. Die dann eingehenden Bestellungen, bei welchen ich auch auf Schnittänderungen eingehen kann, gebe ich an ein Schneideratelier weiter. Auf Wunsch präsentiere ich den Interessenten einzelne Stücke in ihrer Praxis. Für eine Besichtigung der ganzen Kollektion empfiehlt es sich, in mein Atelier im Zürcher Seefeld zu kommen. Da ich oft für mich alleine am Arbeiten bin, schätze ich Kundenbesuche und Kontakte sehr.

«Von der Dentalhygiene her kannte ich die Anforderungen an medizinische Berufskleider.»

Seit mein Label besteht, erstelle ich «nur» noch ein bis zwei neue Outfits

pro Jahr. Ich sammle Inspirationen in Modeheften, in der Natur, meistens aber in der Stadt, auf Plätzen, im ÖV usw. Oft sind es nur kleine Details, die mich ansprechen und aus denen dann ein Teil entsteht. Meistens entwerfe ich in einem ersten Schritt ein Stück für mich, das ich dann pflege- und praxistauglich umzusetzen versuche. Oft ist dies ein langer, aber kreativer Prozess. Eine Idee wird zuerst gezeichnet und dann zu einem Schnittmuster weiterentwickelt. Daraus entsteht der erste Prototyp, der meistens in Moulure, einem sehr einfachen und billigen Baumwollstoff, angefertigt wird. An diesem

werden dann so lange Schnitt und Nähte geändert, bis das Teil und die modische Aussage, die es macht, meinen Vorstellungen entsprechen. Ist der Prototyp dann gelungen und sieht er auch im vorgesehenen Stoff toll aus, wird in Karton das Schnittmuster erstellt und auf die verschiedenen Grössen gradiert. Anschliessend werden die Prototypen in allen Grössen erarbeitet. Einmal pro Jahr organisiere ich ein Fotoshooting und präsentiere die neuen Kreationen dann auf meiner Webseite.

Der nicht gestalterische Teil meines Berufes beansprucht viel Zeit. In einer Kundenkarte sammle ich alle Kundeninformationen (zum Teil haben meine Kunden sogar eigene Schnittmuster), die Buchhaltung muss getätigt werden, Stoff und anderes Material müssen bestellt und organisiert sein. Alle meine Stoffe müssen vorgewaschen und die Farben getestet werden. Ich muss Aufträge für das Schneideratelier vorbereiten, das Genähte kontrollieren und versenden. Rechnungen müssen geschrieben, Kundentermine festgelegt und PR-Auftritte organisiert werden. Die rein kreative Zeit einer Modedesignerin ist leider also relativ kurz. Aber meine Arbeit ist vielseitig und gibt mir viel Freiheit, das zu tun, was ich gerne tue. Freischaffend zu sein braucht aber auch viel Eigenmotivation und Selbstdisziplin. Das liebe ich, denn kein Tag, keine Woche gleicht den folgenden. Kreativität braucht Musse, Zeit und Raum; sie funktioniert nicht nach Stundenplan. Es ist sehr befreiend, wenn ich eine Zeichnung, einen Entwurf oder sogar





einen Prototyp zerreißen und wegschmeissen und mit der Arbeit wieder von vorne beginnen kann – auch wenn es manchmal Abend wird, ohne dass ich ein konkretes Stück weiter bin. Es ist befreiend, an einer Materie und nicht am Menschen zu arbeiten, vor allem nicht in einer seiner sensiblen und intimen Körpergegenden, wie es bei den Dentalhygienikerinnen der Fall ist. Ebenfalls als befreiend erlebe ich es, den Berufsalltag ohne Zeitraster zu bewältigen. Dagegen muss ich es hinnehmen, dass ich manchmal zu viel und manchmal zu wenig Arbeit habe, dass ich hie und da von einem Kunden in den Ferien «gestört» werde und dass mein monatliches Einkommen in der Höhe schwankt und immer sehr bescheiden ist.

Schlussgedanken

Bis anhin habe ich nur noch in absoluten Notfällen als Dentalhygiene-Aushilfe gearbeitet, nicht weil ich keine Lust dazu gehabt hätte, sondern weil mir einfach die Zeit dafür fehlte. Da die Zeit nie reicht, um alle in meinem Kopf umherschwirrenden Modeideen umzusetzen, wird sich daran wohl auch künftig nichts ändern, obwohl meine zwei Berufe sich durch ihre Verschiedenheit bestens ergänzen würden. Gewisse Eigenschaften braucht es bei beiden: Geschicklichkeit und Fingerfertigkeit sowie eine offene und verständnisvolle Art, mit den Kunden resp. Patienten umzugehen. Eines ist sicher: Ohne meine langjährige Tätigkeit als Dentalhygienikerin wäre ich nicht da, wo ich heute stehe.

Die Autorin

Maya Trachsler bietet mit ihrem Label «Boulot» medizinische Berufsmode an.

1984 erhielt Maya Trachsler das Diplom der Dentalhygiene-Schule Zürich. Bis 1987 arbeitete sie in diversen Praxen und als Instruktorin an der Dentalhygiene-Schule Zürich. Nach verschiedenen Babypausen arbeitete sie von 1991 bis 2002 mit einem Teilzeitpensum in der Praxis Dr. R. Trachsler. 2002 bis 2004 absolvierte sie die Vollzeitausbildung an der Modedesignschule Zürich; anschliessend baute sie ihr eigenes Modelabel «Boulot» auf. Seit 2006 ist Maya Trachsler selbstständige Modedesignerin.

www.boulot.ch





Oral-B® Symposium 2014

Am 21. März dieses Jahres fand das 5. Oral-B® Symposium in Frankfurt am Main statt. Rund 800 Teilnehmerinnen – die meisten aus Deutschland, einige aus Österreich und ca. zwölf Kolleginnen aus der Schweiz – fanden den Weg in die Jahrhunderthalle.

Mia Navratil, Gossau ZH
Dipl. Dentalhygienikerin HF
Präsidentin Redaktionskommission
«Dimensions»

Oral-B® präsentierte ein umfangreiches Programm aus Wissenschaft und Praxis zum Thema «Biofilm-Management – Schlüssel zur Mundgesundheit» mit bekannten Referenten. Leicht verständlich und praxisrelevant wurde das Biofilm-Management thematisiert, so konnte das ganze Praxisteam davon profitieren.

Aktuell stellte die P&G Professional Oral Health den Bürstenkopf Oral-B® CROSS ACTION® mit seinen im 16 Grad-Winkel angeordneten Borsten vor – jetzt auch für elektrische Zahnbürsten. Eine noch effektivere Reinigung durch optimierte Scherkräfte und ein tieferes Eindringen der Borsten in die Zahnzwischenräume sollen möglich sein. Die besonders hohe Borstendichte des Bürstenkopfes soll darüber hinaus den Putzdruck verringern und ermöglicht dadurch ein schonendes Putzen.

Vor angekündigt wurde ein neues Oral-B® App für Smartphones mit iOS und Android, es soll für die nötige Motivation des Patienten sorgen. Die Oral-B® Professional Care™ 6000 übermittelt via Bluetooth Daten an die App und ermöglicht dadurch das Erstellen von individuellen Putzstatistiken inklusive integriertem Timer mit Putzanleitung.

Ein Highlight nach dem Symposium war der grosse Abend-Event «Night in Motion» im Parkettsaal der Jahrhunderthalle. Der beliebte deutsche Fernsehmoderator Kai Pflaume moderierte die eigens für diesen Event kreierte «Kai+Show». Coole Preise aus dem Hause Procter & Gamble konnte man durch interaktives

Raten mit einem «Klicker» gewinnen. Unsere Dentalhygienikerinnen gehörten nicht zu den glücklichen Gewinnerinnen, doch die mutige und charmante Silvia Lehner hatte den TV-Moderator Kai Pflaume nach seinem Quiz-Show-Auftritt ganz unverblümt für ein Fotoshooting mit uns Schweizer Dentalhygienikerinnen angefragt. Kai Pflaume kam tatsächlich, quer durch den Saal, zu uns und liess sich geduldig mit allen Damen ablichten. Ein DJ und die Berliner Band JCB luden abwechslungsweise zum ausgelassenen Tanzen ein und liessen schliesslich den Event ausklingen. Es war ein attraktiver, perfekt organisierter Anlass – wir haben ihn sichtlich genossen.



Die Oral-B® Professional Care™ 6000 übermittelt via Bluetooth Daten an die App.



Bürstenkopf Oral-B® CROSS ACTION®



Moderator Kai Pflaume umringt von Kolleginnen der Sektion Zürich.

39. Jahreskongress Swiss Dental Hygienists 14./15. November 2014, Basel

Changing Times



Freitag, 14. November 2014

23. Delegiertenversammlung

- 09.30 h **Türöffnung**
- 10.00 – 11.30 h **Delegiertenversammlung**
- ab 10.00 h **Registrierung / Eröffnung Ausstellung**
- 13.00 – 13.15 h **Begrüssung**
Cornelia Jäggi, Zentralpräsidentin Swiss Dental Hygienists
- Grussbotschaft**
Regierungsrat Kanton Basel-Stadt
- 13.15 – 13.45 h **Alt gleich krank? Mythen und Fakten zum Alter**
Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello (d)
- 13.45 – 14.25 h **Ist das Altern eine Herausforderung für das zahnmedizinische Team?**
Prof. Dr. med. dent. Christian Besimo (d)
- 14.25 – 14.50 h **Zahnärztlich-prothetische Behandlung aus der Sicht eines Patienten**
Dr. med. dent. Christina Brand-Luzi, Beat Hiltbrunner (d)
- 14.50 – 15.00 h **Fragerunde**
- 15.00 – 16.00 h **Pause in der Ausstellung**
- 16.00 – 16.15 h **Ehrung Dentalhygienikerin des Jahres**
- 16.15 – 17.00 h **Demenz – das unheimliche Vergessen**
Dr. Christophe Graf und eine Pflegefachfrau als Co-Referentin (f)
- 17.00 – 17.50 h **Gedächtnistraining – megamemory – unser Gehirn, das 8. Weltwunder**
Gregor Staub (d)
- 17.50 – 18.00 h **Fragerunde**
- ab 18.00 h **Apéro in der Ausstellung**

Samstag, 15. November 2014

- 09.00 – 09.45 h **Zahnanomalien und ihre Tücken**
Prof. Dr. med. dent. Adrian Lussi (d)
- 09.45 – 10.15 h **Moderne Methoden für die Diagnose und die Behandlung von Karies**
Dr. med. dent. Marwa Abdelaziz (f)
- 10.15 – 11.00 h **Karies: das zahnmedizinische Rätsel**
Dr. med. dent. Alaa Mannaa (f)
- 11.00 – 11.10 h **Fragerunde**
- 11.10 – 12.10 h **Lunch in der Ausstellung**
- 12.10 – 12.25 h **Prämierung Posterwettbewerb**
- 12.25 – 13.05 h **Ist Glück Glücksache?**
Ute Lauterbach, Philosophin (d)
- 13.05 – 13.35 h **Immer auf die Zähne beißen – über Stress und Burnout**
Dr. med. Franz Caduff (d)
- 13.35 – 14.05 h **Neuroenhancement und Neurodoping – Fakt oder Fiktion?**
Prof. Dr. med. Michael Soyka (d)
- 14.05 – 14.15 h **Fragerunde**
- 14.15 h **Schlusswort**
Cornelia Jäggi, Zentralpräsidentin Swiss Dental Hygienists

RAHMENPROGRAMM

Workshop Oral-B:
Freitag, 14. November 2014, 10.00 h
Gingivale Rezessionen – ein altersunabhängiges Problem! (d)
PD Dr. Ines Kapferer-Seebacher

Workshop GABA:
Freitag, 14. November 2014, 18.45 h
Kontrolle des Biofilms zur Kariesprävention (e)
Prof. Dr. Svante Twetman

Kongressessen:
Freitag, 14. November 2014, 19.30 h
St. Jakob-Park, Basel
Das Kongressessen steht unter dem Motto «Eine kulinarische und musikalische Reise im St. Jakob Stadion».

careum

careum

Diplom HF Dentalhygiene Careum 2014

Sandra Augustin-Wolf
Leiterin Bildungsgang HF
Dentalhygiene
Careum DH AG Zürich

18 Studierende der Höheren Fachschulen Dentalhygiene haben am 13. März 2014 ihr Diplomzeugnis von der Careum DH AG entgegen genommen. 6 Studierende haben eine Ausbildungsverlängerung von 6 Monaten und werden Ende August die Abschlussprüfungen absolvieren. Die Diplomfeier fand in der Arena Filmcity zusammen mit dem Bildungsgang HF Pflege und mit rund 400 Gästen statt.

Für die Ansprache konnte Dr. Miriam Engelhardt gewonnen werden. Die promovierte Soziologin, die sich intensiv mit dem Thema der Generationenkompetenz auseinandergesetzt hat, gratulierte den Absolventinnen und Absolventen zum Diplom.

Für Frau Engelhardt steht fest, dass die demografischen Veränderungen und die Zunahme der Komplexität der Patientensituationen eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen unabdingbar machen. Genau hier sieht sie eine grosse Chance für die Branche, denn aus soziologischer Sicht ist die Generation der «Netzwerkkinde», zu der der grösste Teil der Diplomandinnen zählt, prädestiniert, diese Form der Zusammenarbeit zu perfektionieren.

Das musikalische Rahmenprogramm wurde von der A-Cappella Gruppe a-live bestritten. Ohne Instrumente, dafür mit gewaltigen Stimmen, konnten die fünf Herren das Publikum mit Hits von ABBA, Britney Spears oder Prince überzeugen. Die erstklassige Beatbox-Einlage war einer der Höhepunkte des Abends. Als die Gruppe dann ihre Version von Bob Marleys «Everything's Gonna Be Alright» anstimmte, gab es für die Absolventinnen kein Halten mehr. Ausnahmslos stürmten die Diplomandinnen auf die Bühne und feierten die bestandenen Prüfungen und den Abschluss ihrer Ausbildung.

Die erfolgreichen Absolventinnen:

Martina Atzrodt, Carina Baumgartner, Flavia Stella Duttweiler, Funda Erarslan, Viola Fleck, Sarah Gaberthüel, Céline Krauer, Stephanie Lüthi, Lazarina Maier, Mirna Malki, Krutana Man, Nadia Filipa Paixao, Lea Prescher, Anita Rupcic, Veronica Russo, Melissa Skrijelj, Kallini Vettas, Emel Yama



Der Rauchstopp-Wettbewerb erhöht die Motivation zum Aufhören



Am 2. Juni startet der Rauchstopp-Wettbewerb 2014. Diese Aktion des Nationalen Rauchstopp-Programms ist eine gute Gelegenheit, rauchende Patientinnen und Patienten für einen Aufhörversuch zu motivieren. Für viele Rauchende ist der Wettbewerb ein «sehr wichtiger» oder «wichtiger» Anlass für

einen Aufhörversuch. Das folgt aus den repräsentativen Befragungen, die regelmässig zum Rauchstopp-Wettbewerb stattfinden. Besonders attraktiv sind die Geldpreise von einmal 5000 und zehnmal 500 Franken, die zu gewinnen sind.

Wenn Sie rauchende Patientinnen und Patienten auf den Wettbewerb hinweisen, können Sie deren Motivation für einen Rauchstopp stärken. Der Wettbewerb dauert vom 2. bis 30. Juni 2014. Rauchende können sich selber anmelden online auf www.at-schweiz.ch (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch und Türkisch) oder schriftlich mit der Anmeldekarte (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch, Türkisch sowie Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch und Spanisch). Die Anmeldekarte ist telefonisch unter der Nummer 031 599 10 20 zu bestellen. In der zahnärztlichen Praxis fehlt manchmal die Zeit für ein ausführliches Beratungsgespräch zum Rauchstopp. In dem Fall können

Sie Patientinnen und Patienten an die Rauchstopp-Linie 0848 000 181 verweisen. Die Beraterinnen und Berater kennen sich in allen Fragen zum Tabakkonsum aus. Zudem begleiten sie Rauchende beim Aufhören mit mehreren kostenlosen Rückrufen. Studien zeigen, dass mit jedem Aufhörversuch die Chance für den endgültigen Ausstieg aus der Nikotinabhängigkeit steigt.

Swiss Dental Hygienists macht mit

Der Rauchstopp-Wettbewerb ist eine Aktion des Nationalen Rauchstopp-Programms zum Welttag ohne Tabak vom 31. Mai. Partnerorganisationen sind die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, pharmaSuisse – Schweizerischer Apothekerverband, die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und Swiss Dental Hygienists. Das Programm wird durch den Tabakpräventionsfonds finanziert.

Das Chlorhexidin-System CURASEPT ADS® im Praxistest

Vom Zahnarzt zum ersten Mal gelobt

Als der Baselbieter Heinz Weisskopf (60) kürzlich beim Zahnarzt zur Kontrolle war, hat er zum ersten Mal in seinem Leben ein Lob für seine Mundhygiene erhalten. Denn erst dank den Chlorhexidin-Produkten von CURASEPT ADS® hält er seine Zahngesundheit im Gleichgewicht.

Herr Weisskopf, Sie verwenden täglich die Mundhygieneprodukte von CURASEPT ADS® mit Chlorhexidin. Wie kam es dazu?

Heinz Weisskopf: Vor drei Jahren sprach mein Zahnarzt ein ernstes Wort mit mir. Er meinte, ich müsse mir den Zustand meiner Zähne so vorstellen, als liege eine Kugel mitten auf einer flachen Scheibe. Bezogen auf meine Mundhygiene gelte es nun, diese Kugel möglichst im Gleichgewicht zu halten.

Eine alarmierende Diagnose.

Bei uns zu Hause wurde – als ich in der Sechzigerjahren aufwuchs – Mundhygiene klein geschrieben. Dadurch stand es mit meinen Zäh-

nen nie zum Besten. (...) Aber erst mit CURASEPT ADS® gelingt es mir nun, dieses Gleichgewicht, von dem der Zahnarzt sprach, zu halten.

Hand aufs Herz: Was wäre, wenn es die CURASEPT ADS®-Mundhygiene-Artikel nicht gäbe? Dann hätte ich nicht das Vergnügen gehabt, bei meinem letzten Besuch beim Zahnarzt, ein Lob für meine sehr gute Zahnhygiene zu erhalten. Das ist mir in meinen 60 Jahren noch nie passiert.

Lesen Sie das ganze Interview auf www.curaprox.com



Chlorhexidin-System CURASEPT ADS®: Volle CHX-Wirkung, kaum Nebenwirkungen, maximale Compliance

Curasept ADS® – Wirksamkeit

«Chlorhexidine with ADS® is as efficient in reducing the signs of gum inflammation, in comparison to a mouthwash exclusively with Chlorhexidine.»¹

«Plaque and Gingival Index have shown a similar trend, both with a traditional mouthwash with Chlorhexidine and with a mouthwash with Chlorhexidine+ADS®.»²

«After a fortnight, no remarkable differences were found between a mouthwash containing Chlorhexidine only and another one with Chlorhexidine+ADS®, as for Plaque Index and Gingival Index.»³

¹ Cortellini (2008) in einer überkreuzten, randomisierten, dreifach verblindeten klinischen Einzentren-Studie: CORTELLINI P, PINI PRATO G, TONETTI M ET AL. Chlorhexidine with an Anti Discoloration System after periodontal flap surgery: a crossover, randomized, triple-blind clinical trial. J Clin Periodontol 2008; 35: 614-620.

² Basso (2008) in einer randomisierten, überkreuzten, doppelt verblindeten, kontrollierten italienischen Studie: BASSO ET AL. A modified mouthwash, to reduce the discoloration caused by Chlorhexidine. Dental Cadmos, set 76 (7), 2008.

³ Bernardi (2004) in einer randomisierten, überkreuzten, doppelt verblindeten, kontrollierten internat. Studie. BERNARDI F, PINCELLI MR, CARLONI S ET AL. Chlorhexidine with an Anti Discoloration System. A comparative study. Int J Dent Hyg. 2004; 2: 122-6.

CANDIDA



CANDIDA WHITE DIAMOND.

INNOVATIVE DIAMOND-TECHNOLOGIE FÜR EIN STRAHLENDES LÄCHELN.

- Schonend zum natürlichen Zahnweiss zurück.
- Enthält Diamantpartikel anstelle von abrasivem Silika.
- Entfernt Zahnstein in der Entstehungsphase.
- Schonender RDA-Wert von 30 – bei gleichzeitig hoher Putzleistung.
- Wirkung klinisch nachgewiesen.

Kadertreffen vom 3. April 2014	1
Delegiertenversammlung SVMTT Gesundheit	2
Neu: Koordinationsgruppe Praxisteam	2
Projekt Marketingkonzept	2
Neuer SSO-Präsident	2
Rencontre des cadres du 3 avril 2014	3
Assemblée des délégués ASMTT Santé	3
Nouveau: groupe de coordination Equipe du cabinet	3
Projet Concept de Marketing	4
Nouveau président de la SSO Beat Wäckerle	4
Riunione dei quadri del 3 aprile 2014	4
Assemblea delle delegate ASMTT Sanità	4
Nuovo: Gruppo di coordinamento Team studio medico dentistico	5
Progetto Strategia di Marketing	5
Nuovo presidente dell'SSO	5
Agenda	6
Stellenangebote Offres d'emploi Offerte d'impiego	7

Kadertreffen vom 3. April 2014

Der Zentralvorstand, die Geschäftsführerin und das Kader von Swiss Dental Hygienists besuchten am 3. April im Hotel Kreuz in Bern das Kadertreffen. Ziel war der gegenseitige Austausch sowie die Information der Kadermitglieder über das Projekt Bildungskonzept und die Bildungsstrategie, die an der DV vom November zur Abstimmung gelangen.

Erfreulicherweise sind in diesem Geschäftsjahr alle Kommissionen und Arbeitsgruppen komplett besetzt. So fand das Kadertreffen zum ersten Mal mit dem erweiterten Zentralvorstand und einigen neuen Kommissionspräsidentinnen statt.

Die neue Präsidentin der Kommission für Weiterbildung KfW, Isabelle Passanah, berichtete aus ihrer Kommission.

Auch die Kommission für Öffentlichkeitsarbeit KfO wurde von der neuen Präsidentin Susana Rio vertreten. Die letzten Messeauftritte ohne den Behandlungsstuhl zeigten, dass die Kontakte mit den Messebesuchern sogar einfacher zustande kommen. Ab der LUGA im Mai 2014 kommt ein völlig neues Standkonzept zum Einsatz, worauf alle sehr gespannt sind.

Die zurückgetretene IFDH-Delegierte Marlise Feldmann informierte ein letztes Mal über Neuigkeiten aus dem Weltverband der Dentalhygienikerinnen.

Die Berufsordnungskommission BOK, vertreten durch Präsidentin Marianne Kaegi, beschäftigte sich hauptsächlich mit der Re-Zertifizierung der QM-Teilnehmerinnen.

Die Rekurskommission RK hatte im vergangenen Jahr keinen Fall zu bearbeiten.

Die nicht anwesenden Präsidentinnen und Delegierten hatten Berichte über ihr Geschäftsjahr eingereicht, welche verlesen wurden.

Die Zentralpräsidentin und der Vorstand informierten über ein zeitintensives und herausforderndes Verbandsjahr. Durch den erweiterten Vorstand und die neu verteilten Aufgaben kann die Arbeit für die einzelnen Vorstandsmitglieder besser verteilt werden. Erste positive Auswirkungen lassen sich bereits feststellen.

Aufgrund der durch einige Absagen etwas reduzierten Runde werden Form und Rahmen des Kadertreffens hinterfragt. Die Anwesenden – vor allem auch diejenigen, welche erstmals dabei waren – fanden es sinnvoll und wichtig für ihre Arbeit in den Kommissionen.

Das gemeinsame Nachtessen nach dem Kadertreffen bot Gelegenheit zum informellen Austausch und auch zu persönlichen Gesprächen.

*Denise Emmenegger
Präsidentin Rekurskommission Swiss Dental Hygienists*

Delegiertenversammlung SVMTT Gesundheit

Am 27. Februar 2014 nahmen die drei Delegierten von Swiss Dental Hygienists (Mia Navratil, Jacqueline Boss, Conny Schwiete) an der 10. Delegiertenversammlung des Schweizerischen Verbandes der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe (SVMTT Gesundheit) teil. Es wurden einige wegweisende Beschlüsse gefasst.

Seit Anfang 2013 ist der SVMTT offizielles B-Mitglied bei der OdA Santé. Präsidentin Doris Hüsler konnte an der DV erfreut berichten, dass sich die Zusammenarbeit nun eingespielt hat. Der SVMTT bzw. seine Mitgliederverbände profitieren vom direkten und vertieften Informationsfluss und können dies berufspolitisch nutzen.

Die Delegierten genehmigten die angepassten Statuten und ein neues Spesenreglement. Somit ist der SVMTT nun wieder auf einer soliden und klaren Basis aufgestellt.

Im Weiteren beschloss die DV auf Antrag des Vorstandes den Beitritt zum ODEC. Die ODEC ist die PR- und Lobbying-Organisation der dipl. Absolventinnen und Absolventen HF (www.odec.ch). Damit erhält der SVMTT Zugang zu einem breiten Netzwerk und kann bildungspolitische Anliegen über diese Plattform einbringen.

Wie letztes Jahr angekündigt, ist Doris Hüsler als Präsidentin des SVMTT zurückgetreten. Auch Franziska Bähler, Vertreterin des SBVTOA, hat demissioniert. Beide waren seit der Gründung des SVMTT im 2003 im Vorstand vertreten.

Doris Hüsler hat das Präsidium des SVMTT 2008 übernommen. Dank ihrem Verhandlungsgeschick, ihrer Diplomatie und ihrer Hartnäckigkeit kann der SVMTT heute in geordneten Strukturen agieren. Die Delegierten würdigten die grosse Leistung von Doris Hüsler mit lang anhaltendem Applaus.

Als Nachfolgerin von Doris Hüsler wurde Cornelia Jäggi zur neuen Präsidentin des SVMTT gewählt. Damit verbleibt das Präsidium in den Händen von Swiss Dental Hygienists.

*Isabelle Küttel
Geschäftsführerin Swiss Dental Hygienists*

Neu: Koordinationsgruppe Praxisteam

Am 7. März 2014 fand in Bern zum ersten Mal eine gemeinsame Sitzung aller Verbände des zahnmedizinischen Teams statt.

Innerhalb der SSO ist Dr. Etienne Barras für das ganze Praxisteam verantwortlich. In dieser Funktion hat er erstmals eine Koordinationsitzung aller Verbände des zahnmedizinischen Teams veranlasst. Bisher trafen sich die beteiligten Berufsverbände – SSO, Verband der Dentalassistentinnen (SVDA),

Verband der Prophylaxeassistentinnen (SVPA) und Swiss Dental Hygienists – in verschiedenen Gremien und Kommissionen. Am 7. März 2014 trafen sich nun zum ersten Mal alle Verbände zu einem gemeinsamen Austausch. Das wichtigste Ziel dieser Koordinationsitzung ist eine optimale Zusammenarbeit des gesamten Praxisteam zur bestmöglichen Betreuung des Patienten. Einer der Diskussionspunkte war auch die Thematik PA-DH. Die Anwesenden sind sich einig, dass sich mit einer guten Zusammenarbeit der Verbände die angesprochenen Herausforderungen und Probleme besser lösen lassen. Man will in Zukunft enger zusammen arbeiten. Die nächste Sitzung wird im Herbst 2014 stattfinden und künftig ist jährlich einmal ein Treffen zu einem gemeinsamen Austausch vorgesehen. Die Vision «Teamspirit schaffen» sollte nicht nur Traum, sondern im Sinne einer bestmöglichen Betreuung für all unsere Patienten Realität sein.

*Cornelia Jäggi
Zentralpräsidentin Swiss Dental Hygienists*

Projekt Marketingkonzept

Nach der Genehmigung des Marketingkonzeptes durch die Delegiertenversammlung im letzten November erfolgt nun die Umsetzung. Die Projektgruppe hat das Ziel, bis Ende Jahr die wichtigsten Massnahmen eingeleitet zu haben.

Die mit der Umsetzung des Marketingkonzeptes betreute Projektgruppe wird von Hans Walker geleitet und besteht aus Cornelia Jäggi, Sigrid Kaehr, Florence Arter, Jacqueline Boss und Isabelle Küttel. Begleitet wird die Gruppe von einer externen Kommunikationsspezialistin. An der ersten Sitzung im März wurde ein detailliertes Kommunikationskonzept erarbeitet. Künftig wird die Website von Swiss Dental Hygienists die Drehschreibe der Kommunikation sein. Daher wird diese grundlegend überarbeitet. Ergänzend wird in Teilprojekten der Einsatz von Social Media abgeklärt und geprüft, in welcher Form ein Newsletter etabliert wird. In Zusammenhang mit dem Newsletter wird voraussichtlich auch das Dimensions gewisse Änderungen erfahren.

*Isabelle Küttel
Geschäftsführerin Swiss Dental Hygienists*

Neuer SSO-Präsident

Die Delegierten der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO haben den Zürcher Zahnarzt Dr. med. dent. Beat Wäckerle zum neuen Präsidenten gewählt. Er folgt auf François Keller. Der 1949 geborene Wäckerle ist seit 2011 Vorstandsmitglied der SSO Schweiz. Sein erklärtes Ziel: die Erhaltung einer qualitativ hoch stehenden, unabhängigen Zahnmedizin.

Rencontre des cadres du 3 avril 2014

Le comité central, la responsable administrative et les cadres de Swiss Dental Hygienists se sont réunis le 3 avril à l'hôtel Kreuz de Berne pour la rencontre des cadres. La séance avait pour but l'échange mutuel et l'information des cadres sur le projet Concept de formation ainsi que la stratégie de formation qui seront soumis à l'AD en novembre.

Il est heureux de constater que toutes les commissions et tous les groupes de travail affichent complet cette année. La rencontre des cadres s'est tenue pour la première fois avec le comité central élargi et un certain nombre de nouvelles présidentes de commissions.

La nouvelle présidente de la Commission de formation continue Isabelle Passanah a communiqué les nouvelles correspondantes. La Commission des relations publiques était également représentée par sa nouvelle présidente Susana Rio. Les dernières participations à des salons professionnels, sans fauteuil de traitement, ont montré que les contacts avec les visiteurs s'établissent même plus facilement. A partir de la LUGA de mai 2014, un nouveau modèle de stand sera utilisé, et nous l'attendons toutes avec beaucoup de curiosité.

Marlise Feldmann, déléguée IFDH démissionnaire, a informé pour la dernière fois des nouveautés provenant de l'association internationale des hygiénistes dentaires.

La Commission du règlement professionnel, représentée par la présidente Marianne Kaegi, s'est principalement consacrée à la nouvelle certification des participantes QM.

La Commission de recours n'a dû traiter aucun cas l'année passée. Les présidentes et les déléguées absentes avaient remis des rapports qui ont été lus.

La présidente centrale et le comité ont informé sur une année associative très exigeante et particulièrement chargée. L'élargissement du comité et la redistribution des tâches permet de mieux répartir le travail entre les différents membres du comité. De premiers effets positifs peuvent déjà être constatés. La forme et le cadre de la réunion seront réexaminés en raison de la fréquentation plus faible consécutive à certaines absences. Les personnes présentes – surtout celles qui participaient pour la première fois – ont trouvé la rencontre utile et importante pour leur travail dans les commissions.

Le dîner commun au terme de la rencontre a favorisé les échanges informels et les discussions personnelles.

Denise Emmenegger
présidente de la Commission de recours Swiss Dental Hygienists

Assemblée des délégués ASMTT Santé

Le 27 février 2014, trois déléguées de Swiss Dental Hygienists (Mia Navratil, Jacqueline Boss, Conny Schwiete)

ont participé à la 10e assemblée des délégués de l'Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques (ASMTT Santé). Un certain nombre de résolutions ont été prises.

Depuis le début 2013, l'ASMTT est membre B officiel d'OdA Santé. La présidente Doris Hüsler a fait savoir à l'AD que la collaboration était bien rodée maintenant. L'ASMTT et ses associations affiliées profitent du flux d'information direct et approfondi et peuvent le mettre à profit sur le plan professionnel.

Les délégués ont adopté les statuts révisés ainsi qu'un nouveau règlement sur la prise en charge des frais. L'ASMTT repose ainsi désormais sur une base solide et claire.

En outre, l'AD a décidé, sur mandat du comité, d'adhérer à l'ODEC. Il s'agit de l'organisation de relations publiques et de lobbying des diplômées et de diplômés ES (www.odec.ch). L'ASMTT a ainsi accès à un vaste réseau et peut soumettre des revendications relatives à la formation par l'intermédiaire de cette plate-forme.

Comme il avait été annoncé l'année passée, Doris Hüsler s'est démis de ses fonctions de présidente de l'ASMTT. Franziska Bähler, la représentante de l'APS TSO a elle aussi démissionné. Toutes deux siégeaient au comité depuis la fondation de l'ASMTT en 2003.

Doris Hüsler avait pris la présidence de l'ASMTT en 2008. Grâce à ses dons de négociatrice, à sa diplomatie et à sa ténacité, l'ASMTT est aujourd'hui en mesure d'agir de manière structurée. Les délégués ont rendu hommage à la précieuse contribution de Doris en lui faisant une longue ovation.

Cornelia Jäggi a été élue nouvelle présidente de l'ASMTT pour succéder à Doris Hüsler. La présidence reste ainsi entre les mains de Swiss Dental Hygienists.

Isabelle Küttel
responsable administrative de Swiss Dental Hygienists

Nouveau: groupe de coordination Equipe du cabinet

Une première réunion commune de toutes les associations professionnelles représentées au cabinet s'est tenue le 7 mars 2014 à Berne.

Au sein de la SSO, c'est le docteur Etienne Barras qui est responsable de l'équipe du cabinet. Dans cette fonction, il a organisé pour la première fois une réunion de coordination de toutes les associations professionnelles impliquées. Jusqu'à présent les associations concernées – la SSO, Société Suisse d'odontostomatologie, l'Association Suisse des Assistantes dentaires, l'Association Suisse des Assistantes en Prophylaxie et Swiss Dental Hygienists – se retrouvaient dans différents organes et commissions.

Le 7 mars 2014, toutes les associations se sont rencontrées ensemble pour la première fois à l'occasion d'un échange commun. Cette réunion de coordination avait pour principal objectif de favoriser une collaboration optimale au sein de l'équipe du

cabinet afin de garantir la meilleure prise en charge possible du patient. Le thème AP-HD constituait également un des points de discussion. Les personnes présentes sont d'avis qu'une bonne collaboration entre les associations permet de mieux relever les défis évoqués et de mieux résoudre les problèmes. Une collaboration plus étroite à l'avenir est souhaitée par tous. La prochaine réunion se tiendra à l'automne 2014 et une rencontre annuelle à des fins d'échange mutuel est prévue dorénavant. La vision «Créer un esprit d'équipe» ne doit pas rester un rêve, mais devenir réalité pour servir au mieux nos patients.

*Cornelia Jäggi
présidente centrale Swiss Dental Hygienists*

Projet Concept de Marketing

Après l'approbation du concept de marketing par l'assemblée des déléguées en novembre dernier, sa réalisation commence. Le groupe chargé du projet a pour objectif de mettre en œuvre les principales mesures d'ici la fin de l'année.

Le groupe chargé de la réalisation du concept de marketing est dirigé par Hans Walker et se compose des personnes suivantes: Cornelia Jäggi, Sigrid Kaehr, Florence Arter, Jacqueline Boss et Isabelle Küttel. Il est accompagné par une spécialiste externe de la communication.

Un concept de communication détaillé a été élaboré lors de la première séance de mars. A l'avenir, le site internet de Swiss Dental Hygienists sera la plate-forme de communication. C'est pourquoi il va faire l'objet d'une refonte en profondeur. A titre de complément, divers sous-projets porteront sur le recours aux médias sociaux et sur la façon d'établir une Newsletter. Dimensions devrait aussi connaître quelques modifications en rapport avec la Newsletter.

*Isabelle Küttel
responsable administrative de Swiss Dental Hygienists*

Beat Wäckerle président de la SSO

Les délégués de la Société suisse des médecins-dentistes ont élu le médecin-dentiste zurichois Beat Wäckerle au poste de président. Il reprend les fonctions de François Keller. Beat Wäckerle, né en 1949, est membre du comité de la SSO Suisse depuis 2011. Il veut maintenir la médecine dentaire à un excellent niveau qualitatif et protéger l'indépendance de la profession.

centrale e la segretaria centrale, si è svolta il 3 aprile presso l'Hotel Kreuz di Berna. L'obiettivo della riunione era quello di uno scambio di informazioni da parte dei quadri relativo al progetto piano di formazione e alla strategia in materia di formazione, due tematiche che saranno sottoposte al voto nell'ambito dell'AD il prossimo novembre.

Siamo liete di comunicare che quest'anno le commissioni e i gruppi di lavoro sono al completo. Per tale motivo, la riunione dei quadri ha avuto luogo per la prima volta congiuntamente al Comitato centrale allargato e vi hanno partecipato anche alcune presidenti di commissione nuove.

Isabelle Passanah, la nuova presidente della Commissione per la formazione professionale (CFP), ha informato sui lavori in corso nella sua commissione.

Anche la Commissione Pubbliche Relazioni (CPR) è stata rappresentata da una nuova presidente nella persona di Susana Rio. Le recenti presenze di SDH nell'ambito delle fiere, in cui si è rinunciato al riunito hanno mostrato che i contatti con i visitatori sono diventati persino più facili. Il prossimo maggio, si prevede di partecipare alla LUGA con uno stand di nuova progettazione. Siamo molto curiose di vederne i risultati.

Marlise Feldmann, la delegata dimissionaria all'IFDH ha informato per l'ultima volta sulle novità emerse dall'associazione mondiale delle igieniste dentali.

La Commissione per l'ordinamento professionale (COP), rappresentata dalla presidente Marianne Kaegi, si sta occupando soprattutto della ricertificazione dei partecipanti al QM.

La Commissione Ricorsi (CR) ha segnalato di non aver avuto alcun caso da trattare nell'anno appena trascorso.

Le presidenti e le delegate assenti avevano inoltrato dei rapporti di gestione di cui è stata data lettura.

La presidente centrale e il Comitato hanno informato sull'anno sociale appena concluso, al quale è stato dedicato molto tempo e impegno. Il rafforzamento del Comitato centrale e la ridistribuzione dei compiti consente una migliore gestione dei compiti assegnati ai singoli membri del comitato. I primi effetti positivi sono già visibili.

Data la riduzione del numero dei presenti, causata da diverse assenze, ci si è chiesti sulla necessità della riunione dei quadri. I presenti, soprattutto le persone alla prima partecipazione, considerano che la riunione sia utile e importante per il loro lavoro nelle commissioni.

La cena prevista al termine della riunione ha fornito l'opportunità per promuovere uno scambio informale e contatti personali.

*Denise Emmenegger
presidente Commissione Ricorsi Swiss Dental Hygienists*

Riunione dei quadri del 3 aprile 2014

La riunione dei quadri di Swiss Dental Hygienists, alla quale hanno partecipato oltre ai quadri anche il Comitato

Assemblea delle delegate ASMTT Sanità

Il 27 febbraio 2014 si è svolta la 10a Assemblea delle delegate dell'Associazione svizzera delle professioni sanitarie

medico-tecniche e medico-terapeutiche (ASMTT Sanità), alla quale hanno partecipato le tre delegate di Swiss Dental Hygienists (Mia Navratil, Jacqueline Boss, Conny Schwiete). L'AD ha preso alcune decisioni di notevole importanza.

Dall'inizio del 2013 l'ASMTT è ufficialmente un membro B dell'OdA Santé. La presidente Doris Hüsler ha avuto il piacere di informare l'AD che la collaborazione funziona ora nel migliore dei modi. L'ASMTT e quindi le associazioni che vi aderiscono possono trarre vantaggio dal flusso di informazioni importanti e dirette e utilizzarlo nell'ambito della politica professionale. Le delegate hanno approvato l'adeguamento degli statuti e il nuovo regolamento spese. L'ASMTT può ora contare di nuovo su basi solide e chiare. L'AD ha inoltre deciso, su proposta del comitato direttivo, di aderire all'ODEC. L'ODEC è l'organizzazione di pubbliche relazioni e di lobbying delle diplomate e dei diplomati delle scuole specializzate superiori in Svizzera (www.odec.ch). L'adesione consente all'ASMTT di accedere a una vasta rete di contatti e di utilizzare tale piattaforma per divulgare le iniziative per quanto riguarda la politica di formazione.

Come già annunciato l'anno scorso Doris Hüsler ha rassegnato le dimissioni da presidente dell'ASMTT. Ha dimissionato anche Franziska Bähler, rappresentante dell'APSTSO. Ambedue colleghe erano nel Comitato direttivo dal 2003, anno di fondazione dell'ASMTT.

Doris Hüsler ha assunto la presidenza dell'ASMTT nel 2008. Le sue spiccate doti negoziali, l'innato senso per la diplomazia e la sua perseveranza consentono ora all'ASMTT di agire nell'ambito di strutture ordinate. Un intenso applauso prolungato delle delegate ha reso onore all'enorme lavoro svolto da Doris Hüsler.

Quale nuova presidente dell'ASMTT è stata ora eletta la collega Cornelia Jäggi. Le presidenze dell'ASMTT resta quindi nelle responsabilità di Swiss Dental Hygienists.

*Isabelle Küttel
amministratrice Swiss Dental Hygienists*

Nuovo: Gruppo di coordinamento Team studio medico dentistico

Il 7 marzo 2014 ha avuto luogo a Berna la prima riunione di tutte le associazioni di categoria dei membri dei team studio medico dentistico.

In seno all'SSO la responsabilità per l'intero team studio medico dentistico è affidata al dott. Etienne Barras. In questa sua funzione ha pertanto avanzato la proposta di promuovere una riunione di coordinamento di tutte le associazioni di categoria dei membri dei team studio medico dentistico. Finora, le associazioni professionali coinvolte, ovvero l'SSO, l'Associazione svizzera delle assistenti dentali (SVDA), l'Associazione svizzera delle assistenti alla profilassi (SVPA) e Swiss Dental Hygienists, erano rappresentate in organismi e commissioni diverse.

Il 7 marzo 2014 vi è stato dunque il primo incontro delle

associazioni in tal ambito, finalizzato a uno scambio di opinioni. L'obiettivo più importante di questo incontro di coordinamento è stato quello di ottimizzare la collaborazione dell'intero team studio medico dentistico al fine di garantire al paziente il miglior trattamento possibile. Uno dei punti discussi è stata la questione del rapporto fra le AP e le ID. I presenti hanno condiviso il parere secondo cui una proficua collaborazione fra le associazioni costituisca il migliore dei modi per risolvere le sfide discusse e i problemi che comportano. L'obiettivo è quello di rendere ancora più stretto il rapporto di collaborazione. La prossima riunione avrà luogo nell'autunno 2014. Inoltre è previsto un incontro annuale da dedicare allo scambio di informazioni fra le associazioni. La visione di «creare uno spirito di gruppo» non dovrebbe rimanere un sogno ma trasformarsi in una realtà consolidata al fine di garantire ai pazienti il miglior trattamento possibile.

*Cornelia Jäggi
presidente centrale Swiss Dental Hygienists*

Progetto Strategia di Marketing

Dopo l'approvazione, lo scorso novembre, della strategia di marketing da parte dell'Assemblea delle delegate, si passa ora all'attuazione della stessa. Il gruppo di progetto si è posto l'obiettivo di avviare le misure principali entro fine anno.

Il gruppo di progetto incaricato di realizzare la strategia di marketing è presieduto da Hans Walker ed è composto da Cornelia Jäggi, Sigrid Kaehr, Florence Arter, Jacqueline Boss e Isabelle Küttel. Il gruppo è accompagnato dall'esterno da una specialista della comunicazione.

Nel corso della prima riunione, svoltasi a marzo, è stato elaborato un piano di comunicazione dettagliato. In futuro la comunicazione di Swiss Dental Hygienists ruoterà attorno al sito Internet, il quale sarà rielaborato da cima a fondo. Inoltre saranno avviati dei progetti parziali in cui si valuterà la presenza dell'associazione nei media sociali e si esaminerà quale potrebbe essere la forma idonea per una newsletter. In concomitanza con la newsletter vi saranno presumibilmente anche delle modifiche per quanto riguarda la rivista Dimensions.

*Isabelle Küttel
amministratrice Swiss Dental Hygienists*

Nuovo presidente dell'SSO

I delegati della Società svizzera odontoiatri (SSO) hanno eletto il dentista zurighese dott. med. dent. Beat Wäckerle quale nuovo presidente della loro associazione. Succede a François Keller. Nato nel 1949, Wäckerle è membro del comitato direttivo di SSO Svizzera dal 2011. Il suo obiettivo dichiarato è quello di mantenere una medicina dentale indipendente e di qualità elevata.

Agenda 2014

Monat Mois Mese	Tag Jour Giorno	Thema/Referent Thème/Orateur Tema/Referente	Ort Lieu Luogo	Organisator Organisateur Organizzatore
Juni Juin Giunio	11.	Frontzahnästhetik mit Komposit: Möglichkeiten und Grenzen Dr. med. dent Gabriel Krastl	Congresshotel Olten, Olten	Sektion Nordwestschweiz anja_sutter@hotmail.com
	20.	Cours d'aiguillage Diane Bonny, CEO Fa. Deppeler SA	Deppeler SA, Rolle	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch
September Septembre Settembre	4.	Kommunikation: Der schwierige Patient (Teil 2) Dr. phil. Esther Oberle-Rüegger, Psychologin, Supervisorin OE BSO	Hotel Cascada, Luzern	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch
	16.	Generalversammlung der Sektion Zürich	Zentrum für Zahnmedizin (ZZM), Universität Zürich	Sektion Zürich katharina.wuffli@hispeed.ch
	17.	Assemblea generale della sezione Ticino		Sezione Ticino iva-simo@bluewin.ch
	18.	Zeitgewinn in der Behandlung mit perfekt geschliffenen Instrumenten Sabine Gruber, Fa. Deppeler SA	Hotel Arte, Olten	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch
	18.	Generalversammlung der Sektion Zentralschweiz		Sektion Zentralschweiz j.stadelmann@bluewin.ch
	19.	Generalversammlung der Sektion Nordwestschweiz		Sektion Nordwestschweiz anja_sutter@hotmail.com
	22.	Generalversammlung der Sektion Bern		Sektion Bern nicole.capelli@bluewin.ch
	25.	Conférence du Séminaire neuchâtelois des hygiénistes dentaires SNHD Cavité buccale et risques pour le cœur Monsieur le Docteur Jean-Luc Crevoisier, cardiologue	CPLN, école professionnelle, Neuchâtel	Séminaire neuchâtelois des hygiénistes dentaires SNHD jostrahm@bluewin.ch
	26.	Introduction aux techniques hypnotiques Daniel Taiana, infirmier en psychiatrie, enseignant au CAS en techniques hypnotiques HES SO Valais, enseignant et superviseur agréé IRHYS / Alexandra Mella, directrice IRHYS	Hotel Astra, Vevey	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch
	27.	Assemblée générale de la section romande		Section romande isaramuz@yahoo.fr
Oktober Octobre Ottobre	11.	Bleaching – Kariesrisiko und Kariesprophylaxe Prophylaxe und Therapie von Erosionen Dr. med. dent. Carmen Anding / Dr. med. dent. Klaus Neuhaus MMA, MAS	Hotel Continental-Park, Luzern	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch
November Novembre Novembre	14./15.	39. Jahreskongress Swiss Dental Hygienists 39° Congrès annuel Swiss Dental Hygienists 39° Congresso annuale di Swiss Dental Hygienists	Basel Bâle Basilea	Swiss Dental Hygienists info@dentalhygienists.ch

DH an den zmk bern der Universität Bern


Auf den 1. August 2014 wird an den **zmk bern** die neue **Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Gerodontologie** ihre Aktivitäten in Lehre, Forschung und Ausbildung aufnehmen.

Für die Betreuung unserer Patienten suchen wir **eine oder zwei DentalhygienikerInnen** (insgesamt 100% Arbeitspensum).

Unser spannendes Arbeitsumfeld bietet Ihnen interessante Patientenfälle und die Integration in ein dynamisches Team. Neben den klinischen Arbeiten sind Sie auch in andere universitäre Aufgaben (Studentenambulanz, Forschung) eingebunden.

Wenn Sie diese Herausforderung interessiert, bewerben Sie sich bitte per e-mail bei urs.braegger@zmk.unibe.ch

Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik
Freiburgstrasse 7
3010 Bern
Telefon 031 632 09 10



UNIVERSITÄT
BERN

zmk bern
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

Wir suchen per 1.8.2014 eine

Dentalhygienikerin (40%)

Sind Sie eine engagierte, einfühlsame und fröhliche Person, arbeiten selbständig, verantwortungsbewusst und qualitätsorientiert, so würden wir Sie gerne kennen lernen. Vollständige Bewerbungsunterlagen mit Foto senden Sie bitte an:

Praxis Dr. Heidi B. Meier, Steinentorstrasse 13, 4051 Basel

Dentalhygieniker/innen

DENTALIS hat viele interessante Stellenangebote
Vollzeit-, Teilzeit-, Temporär- und Aushilfestellen
DENTALIS findet für Sie die passende Arbeitsstelle.



**Stellenvermittlung
Praxisvermittlung**

Tel.: 062 212 45 00, info@dentalis.ch, www.dentalis.ch
Vermittlung ist für DHs kostenfrei

Höhere Fachschule für Dentalhygiene Zürich

swiss smile ist eine international führende Gruppe von zahnmedizinischen Kompetenzzentren und Praxen im In- und Ausland. Hierfür werden initiative, motivierte und umsetzungsstarke Mitarbeiter benötigt. Flache Hierarchien ermöglichen es, frühzeitig Verantwortung zu übernehmen, gemeinsam mit der Organisation und den Aufgaben zu wachsen und sich persönlich weiter zu entwickeln. Für die Leitung der höheren Fachschule für Dentalhygiene, Herzogenmühlestrasse 20, 8051 Zürich suchen wir nach Vereinbarung einen

SCHULLEITER W/M

IHRE AUFGABEN:

- Leitung des administrativen Teils der Schule
- Sicherstellung der qualitativen Ausbildung der DH-Studierenden
- Mitverantwortlich für das Budget
- Verantwortlich für die Eignungsabklärung der aufzunehmenden DH-Studentinnen
- Betreuung und Förderung der Studierenden in ihrer Ausbildung
- Überwachung des Ausbildungskonzeptes
- Verantwortlich für die DH-Ausbildnerinnen
- Vertretung des Bildungsganges gegenüber externen Organisationen
- Verantwortlich für die ISO-Zertifizierung


IHR PROFIL:

- Ausbildung zur dipl. Dentalhygienikerin HF
- Pädagogische Ausbildung
- Führungs- und Fach Erfahrung in einer ähnlichen Position mit Managementausbildung
- Umfassendes Wissen in der Zahnmedizin und in einem Bildungsgang
- Selbstständige, organisierte und exakte Arbeitsweise
- Teamorientierte, belastbare, zuverlässige und engagierte Persönlichkeit mit einem hohen Qualitätsbewusstsein
- Gute EDV-Kenntnisse


UNSER ANGEBOT:
Wir bieten Ihnen eine anspruchsvolle und vielseitige Arbeit mit hoher Eigenverantwortung in einem motivierten Team am Standort Schwamendingen in Zürich.

INTERESSE?
Dann senden Sie uns Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen mit Foto per E-Mail an hr@swiss-smile.com. Für weitere Auskünfte steht Ihnen Frau Isabelle Nowak (+41 43 888 75 62) gerne zur Verfügung.

www.swiss-smile.com



Home of dental perfection



Consumer Lifestyle

Philips Consumer Lifestyle met sa force d'innovation et son expérience au service des consommateurs afin d'améliorer leur santé et leur bien-être, dans l'esprit de son slogan «Innovation pour vous». Nous sommes une entreprise orientée vers le client et attachons une grande importance aux désirs individuels des consommateurs dans les domaines de la qualité de vie, du bien-être psychique et physique et de l'apparence extérieure.

Pour renforcer notre équipe de vente, nous recherchons pour la Suisse Romande une

Sales Representative Oral Healthcare – Hygiéniste dentaire 60% f/h

Votre mission

- Visiter les clients (dentistes, hygiénistes dentaires, professeurs en médecine dentaire), présenter les produits du secteur Oral Healthcare
- Atteindre les objectifs fixés en matière de rendement et de chiffre d'affaires
- Développer, étendre et suivre le portefeuille clients
- Vendre les produits
- Analyser la structure du marché et de la clientèle
- En collaboration avec le responsable des ventes: mettre en place des concepts de formation, développer les relations avec les leaders de la communauté dentaire
- Animer des séances de formation, participer à des foires et événements professionnels

Votre profil

- Titulaire d'un diplôme d'hygiéniste dentaire
- Une expérience de plusieurs années dans le milieu dentaire est un avantage
- Performance personnelle éprouvée
- Qualités relationnelles, créativité et aisance dans la communication
- Attitude orientée vers le client et la vente
- Approche structurée, faculté d'analyse
- Excellente maîtrise de l'allemand et du français, anglais un atout
- Bonnes connaissances de MS-Office, SAP R/3 un avantage

Nous offrons un poste à responsabilité exigeant, aux activités variées, dans un domaine en constante évolution. Une culture d'entreprise évolutive, des conditions d'engagement modernes, un véhicule d'entreprise également à disposition pour l'usage privé et des avantages sociaux très intéressants sont autant de facteurs qui renforcent l'attrait de ce poste.

Nous avons éveillé votre intérêt? Alors n'attendez pas pour nous faire parvenir votre dossier de candidature.

Adrian Pook, HR Manager, Ressources humaines, Philips SA, Allmendstrasse 140, 8027 Zürich, Switzerland, Tél. direct: 044 488 27 52, e-mail: hr.ch@philips.com

Autres offres d'emploi sous www.philips.ch



*Meine berufliche Vorsorge
Welches Einkommen kann ich
im Alter erwarten?*

*Nutzen Sie Ihr Sparpotential bei sermed!
Als Verbandsmitglied werden Sie
von unserem Versicherungs-Partner
kostenlos beraten.*

0848 848 810
www.sermed.ch
info@sermed.ch



LISTERINE[®] TOTAL CARE

Die erste Mundspülung mit dem 6-in-1-Schutz



Ihre Patientenempfehlung für einen rundum gesunden Mund:

- 1 Wirksame Bekämpfung von Bakterien im Mund
- 2 Zahnbelag-Reduzierung
- 3 Gesundes Zahnfleisch
- 4 Stärkung gegen Karies
- 5 Verhinderung von Zahnstein; die Zähne bleiben natürlich weiß
- 6 Langanhaltend frischer Atem

Die Mundflora bleibt im Gleichgewicht.

www.listerine.ch

LISTERINE[®]
Tiefenstarke Mundhygiene

Le concept intégré pour vos patients souffrant de gingivite et de parodontite

Phase 1: Traitement court terme

Phase 2: Traitement long terme

meridol[®] perio

- Chlorhexidine (CHX 0,2%) pendant 2 semaines
- Instructions pour un nettoyage en profondeur



meridol[®]

- **Prolonger** le succès du traitement
- **Prévenir** une nouvelle inflammation des gencives
- Pour une utilisation quotidienne



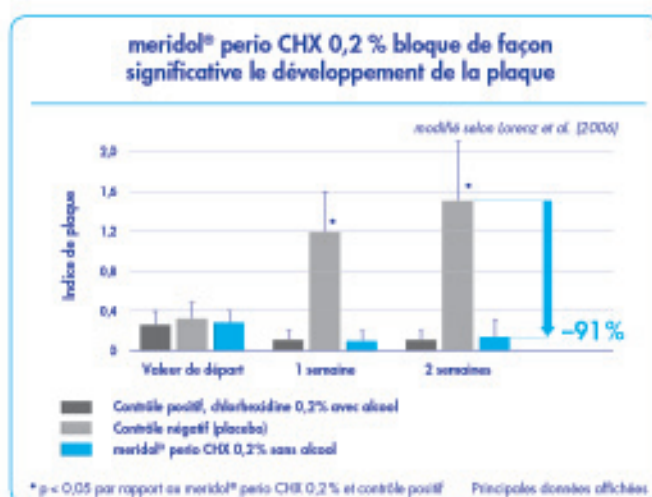
300 ml x 6

(Réf.: 246725; n° d'agrément: 57479)

La référence absolue* avec un goût agréable

- Efficacité cliniquement prouvée
- Goût agréable pour une meilleure acceptation par le patient
- Sans alcool
- Contenance adaptée à un traitement de 2 semaines
- Avec un doseur pratique

* La chlorhexidine 0,2 % représente la référence absolue des agents antibactériens pour l'utilisation dans la cavité buccale.



Indice de plaque nettement plus faible par rapport au contrôle négatif. Pas de différence entre la solution de chlorhexidine 0,2 % Meridol[®] perio et le groupe de comparaison CHX 0,2 % avec alcool.¹

meridol[®] perio solution chlorhexidine à 0,2%: **Principe actif:** Chlorhexidine digluconate 2 mg/ml. **Indications:** Réduit provisoirement le nombre de germes présents dans la cavité buccale, traite les inflammations passagères des gencives et des muqueuses buccales d'origine bactérienne, évite l'infection des plaies lors d'opérations de chirurgie bucco-dentaire, permet de pallier une hygiène bucco-dentaire déficiente. **Contre-indications:** Cas d'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, se conformer à la composition. **Administration:** Réservée à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans. Rincer la bouche deux fois par jour avec 10 ml de Meridol[®] perio solution chlorhexidine à 0,2%, rincer. **Effets indésirables:** Écoulement, réactions d'hypersensibilité. Quelques cas de réactions allergiques sévères après application locale de digluconate de chlorhexidine ont été rapportés. Quelques cas de modifications desquamatives réversibles de la muqueuse et d'enflure de la parotide ont été rapportés. Des troubles réversibles du goût, une sensation d'hyposensibilité ou de brûlure sur la langue peuvent survenir. Un changement de couleur réversible des substances dentaires fixes, des restaurations et des prothèses dentaires peut survenir. **Interactions:** L'effet de la chlorhexidine est entravé par des substances organiques (sulfures de sodium, par exemple). **Catégorie de révision:** D. Titulaire de l'autorisation: GABA Schweiz AG, CH-4104 Thunwil. **Date de révision de la notice:** Décembre 2005. Vous trouverez les informations destinées aux professionnels et aux patients sur www.meridol.ch.

Vous trouverez d'autres informations et des études sur: www.gaba.ch

¹ Lorenz K, Bruhn G, Heumann C, Nitschil I, Brex M, Hoffmann T, Journal of Clinical Periodontology, 33 (2006), 561-567

GABA Suisse
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

Hygiène dentaire – une prestation immatérielle



Durant les années 70, notre société est passée de l'ère industrielle à l'ère des services. Aujourd'hui, quelque 75% des actifs travaillent dans le secteur tertiaire. Toute une série de prestataires s'arrachent les faveurs du client avec leurs services: banques, assurances, opérateurs de télécommunication, coiffeurs, instituts de wellness, thérapeutes, etc. Et, naturellement, l'hygiéniste dentaire est une importante prestataire de services dans le domaine de la santé. La prestation a pour trait distinctif, par rapport à un produit, son caractère intangible. Les prestations ne peuvent se stocker, ni s'afficher par voie de conséquence. Elles sont immatérielles. Les patients n'achètent pas un produit chez l'hygiéniste dentaire, mais assouissent un besoin ou plusieurs (nettoyage dentaire, prévention, soulagement de douleurs, etc.). Le patient «vit» ainsi la prestation d'hygiène dentaire comme processus et satisfaction d'un besoin. Pour que ce processus soit bénéfique, le patient doit accorder une grande confiance à l'hygiéniste dentaire et se sentir avec certitude entre des mains compétentes. Divers aspects sont déterminants pour l'instauration d'une base de confiance au cabinet. Si la confiance s'instaure déjà à l'accueil et donne aussi au patient le sentiment d'être correctement pris en charge, le premier obstacle à l'établissement d'une relation durable fondée sur la confiance est déjà franchi. Les patients rendent visite à une hygiéniste dentaire et font appel à une prestation, p. ex. un détartrage ou le traitement d'une parodontite.

Le processus résout le problème, mais le patient n'a rien en main, aucun produit tangible. Si quelque chose ne tourne pas rond dans la prestation de service, il s'agit généralement d'erreurs comportementales du prestataire, de l'hygiéniste dentaire en l'occurrence. Ainsi, la qualité d'une prestation peut se réduire à la réputation d'une seule personne, et la qualité de la prestation peut varier au sein du même cabinet. L'hygiéniste dentaire revêt une signification centrale, car le patient ne peut dissocier la prestation en soi, c.-à-d. le traitement, de la personne qui le dispense. Ou, autrement dit: les attentes du patient en matière de qualité déterminent les exigences relatives au comportement de l'hygiéniste dentaire et de l'ensemble de l'équipe du cabinet. Dans 67% des cas environ, la perte de clients dans le secteur tertiaire se doit au comportement des employés. La qualité est décisive dans 14% des cas, et le prix, dans 9% des cas uniquement. L'hygiéniste dentaire ne doit donc pas «uniquement» faire preuve de compétence technique, mais, avec sa prestation, produire une impression authentique et motivante sur le patient. Dans cet esprit, je vous souhaite, beaucoup d'enthousiasme et une grande force de conviction dans l'exercice de votre métier et la fourniture de votre prestation, à savoir l'hygiène dentaire.

Isabelle Küttel
directrice de Swiss Dental Hygienists

IMPRESSUM

Edition

Swiss Dental Hygienists
Bahnhofstrasse 7b
6210 Sursee
Tél. +41 (0)41 926 07 90
Fax +41 (0)41 926 07 99
info@dentalhygienists.ch

Commission de rédaction

Mia Navratil (Présidente)
Mara Bovo, Marlis Donati,
Karin Eisenring, Denise Emmenegger,
Petra Hofmänner

Rédaction et mise en page

Walker Management AG
Media-Abteilung
Hirschmattstrasse 36, 6003 Luzern
Rédaction Andreas Affolter
Mise en page Christiane Pommerien
Tél. +41 (0)41 248 70 11
Fax +41 (0)41 248 10 32
dimensions@dentalhygienists.ch

Traduction

Dominique Bommer,
Ernesto Borserini, Jaime Calvé

Annonces

Mara Bovo
Dahlienstrasse 2, 8820 Wädenswil
Tél. +41 (0)43 536 22 67
Mobile +41 (0)76 536 31 36
marabovo@hotmail.com

Impression et expédition

Multicolor Print AG
Sihlbruggstrasse 105a, 6341 Baar

Tirage

2300 exemplaires

Fréquence de parution

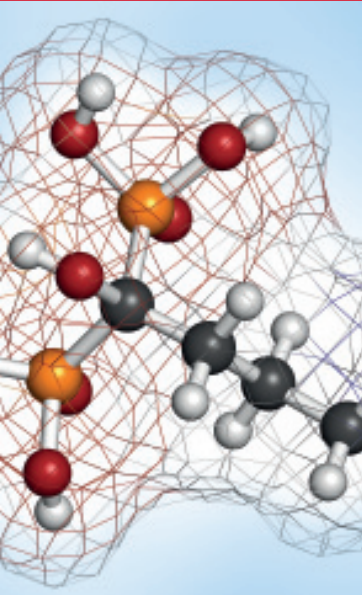
6 fois par an

Abonnement

CHF 85 par an

Copyright

Les droits de l'éditeur et les droits d'auteur demeurent réservés. Toute réutilisation, publication nouvelle ou duplication à des fins commerciales sans l'assentiment exprès et préalable de l'auteur ou de l'éditeur est interdite.



Bisphosphonates et médicaments anti-résorptifs

Les bisphosphonates et le Denosumab sont des médicaments dits anti-résorptifs, qui inhibent efficacement l'ostéolyse et, de la sorte, le métabolisme osseux. Ils sont employés pour le traitement de différentes affections (l'ostéoporose, la maladie de Paget, les métastases osseuses, le myélome multiple et les hypercalcémies tumorales). L'ostéonécrose, qui se manifeste principalement dans les maxillaires, est le principal effet secondaire des bisphosphonates et du Denosumab. Comme le traitement de telles nécroses s'avère difficile, et souvent complexe, la prévention de ce tableau pathologique revêt une grande signification.

Dr med. Dr med. dent.
 Marc Baltensperger, Winterthur
 FFMH Chirurgie buccale et
 maxillo-faciale
 SSO Chirurgie orale

Introduction, historique, application et indication

L'introduction des bisphosphonates dans la médecine remonte au début des années 1960. Une partie considérable de la recherche fondamentale sur ces médicaments s'est effectuée en Suisse. Les décennies suivantes, les bisphosphonates ont été utilisés pour des pathologies caractérisées par une ostéolyse et un métabolisme osseux prononcé, la maladie de Paget avant tout (Osteodystrophia deformans).

Les bisphosphonates ont été dispensés à grande échelle depuis le début des années 1990 pour traiter des affections osseuses malignes comme le myélome multiple et les cancers à métastases osseuses (cancer du sein, cancer de la prostate, etc.). Dans ces cas, les bisphosphonates sont administrés aux patients à forte dose par voie intraveineuse.

Un peu plus tard, les bisphosphonates ont été largement employés dans le traitement de l'ostéoporose sous la forme d'alendronate (Fosamax®). Pour cette indication, le bisphosphonate est administré par voie orale, et à plus faible dose que pour les maladies cancéreuses. Depuis, plusieurs préparations au bisphosphonate sont disponibles en Suisse. La puissance de leur effet varie en fonction de l'indication (cf. Tableau 1). En 2003, Robert Marx a publié les expériences qu'il avait faites avec ses patients, traités au pamidronate (Aredia®) et au zolédronate (Zometa®), deux bisphosphonates, et qui avaient développé des nécroses du maxillaire au fil du temps. Divers auteurs ont rapidement repris le thème dans le monde entier. Ils faisaient état d'expériences similaires. A cette date, quelque 1'500 articles ont paru sur le sujet dans des revues spécialisées, avec une forte tendance à la hausse. Or, une observation plus poussée révèle

que les bisphosphonates étaient connus depuis plus de 100 ans comme la cause de nécroses du maxillaire. Entre le milieu du XIXe siècle et le début du XXe siècle, les ouvriers manipulaient du phosphore blanc dans les manufactures d'allumettes et respiraient des vapeurs toxiques qui se transformaient en bisphosphonates dans l'organisme. Avec le temps, un très grand nombre d'ouvriers développaient des nécroses du maxillaire, parfois étendues. La littérature spécialisée de l'époque les appelait nécroses phosphorées de la mâchoire (Phossy jaw). Déjà à l'époque, le lien fut établi, et le phosphore blanc fut remplacé par une substance nettement moins toxique. La pathologie en question (nécrose de la mâchoire) disparut. La parenté des nécroses osseuses des maxillaires, provoquées par le bisphosphonate et observées aujourd'hui, avec le phénomène de Phossy jaw a fait l'objet d'études scientifiques poussées entre-temps et n'est pas contestée.

Chimie et mécanisme, effets secondaires (ostéonécroses des maxillaires)

Les bisphosphonates sont apparentés avec les pyrophosphates anorganiques, constituants importants de la matrice osseuse. Ces substances sont stockées dans l'os. En principe, les bisphosphonates peuvent se subdiviser en deux groupes (Tableau 1):

- les bisphosphonates plus anciens, non azotés.
- les bisphosphonates azotés, plus récents.

Les bisphosphonates azotés ont un effet bien supérieur à celui des bisphosphonates sans azote, et sont donc plus puissants. En conséquence, les effets secondaires (nécroses des maxillaires) sont nettement plus fréquents avec ce groupe.

Bien que les bisphosphonates puissent agir sur différentes cellules et tissus, la principale cellule

Substances	Indications officielles	Administration	Puissance relative (inhibition de la résorption osseuse)	Dosage usuel
Bisphosphonates plus anciens, non azotés				
Etidronate (Diodronel®)	Maladie de Paget, ossification hétérotopes	orale	1x	400 mg/jour
Clodronate (Bonafos® u. a.)	Hypercalcémie, métastases des os	orale, i.v.	10x	1600 mg/jour 1500 mg/perfusion (administré ≥4h)
Tiludronate (Skelid®)	Maladie de Paget	orale	10x	400 mg/jour
Bisphosphonates plus récents, azotés, pour le traitement de l'ostéoporose surtout				
Alendronate (Fosamax®)	Traitement de l'ostéoporose et prévention de l'ostéoporose aux stéroïdes; maladie de Paget	orale	1000x	10 mg/jour 70 mg/semaine (cachet hebdomadaire)
Risedronate (Actonel®)	Traitement/Prévention de l'ostéoporose post-ménopause et de l'ostéoporose induite par les stéroïdes; maladie de Paget	orale	5000x	5 mg/jour 35 mg/semaine (cachet hebdomadaire)
Ibandronate (Bonviva®)	Traitement de l'ostéoporose post-ménopause	orale, i.v.	10000x	2.5 mg/jour 150 mg/mois (cachet mensuel) 3 mg (administré en tant que bol tous les 3 mois)
Bisphosphonates plus récents, azotés, en oncologie surtout (traitement du cancer)				
Pamidronate (Aredia®)	Hypercalcémie tumorale; Métastases osseuses en présence de cancer du sein; myélome multiple	i.v.	100x	60 à 90 mg/perfusion (administré ≥2h)
Zoledronate (Zometa®)	Hypercalcémie tumorale; myélome multiple	i.v.	20000x	4 mg/perfusion (administré ≥15 min.)
Ibandronate (Bondronat®)	Hypercalcémie tumorale (seulement en i.v.); Métastases osseuses; myélome multiple	orale, i.v.	10000x	50 mg/jour 2 à 6 mg/perfusion (administré 1–2< h)

Tableau 1:
Aperçu des préparations usuelles de bisphosphonate commercialisées en Suisse

visée est l'ostéoclaste. Celle-ci est responsable de l'ostéolyse, essentielle pour le métabolisme constant et le renouvellement de l'os. Seul un squelette et des maxillaires faisant l'objet d'un métabolisme continu garantissent un fonctionnement sain, sans faille, et peuvent guérir complètement après une lésion ou une infection. Les bisphosphonates se déposent dans les os (matrice osseuse) et y sont stockés. L'ostéolyse libère ces substances, qui sont absorbées par les ostéoclastes, qui finissent par en mourir. L'ostéolyse s'en trouve considérablement ralentie et il reste à la substance osseuse existante suffisamment de temps pour se reminéraliser plus fortement, ce qui accroît la densité de l'os et le

consolide. Le risque de fracture osseuse est nettement amoindri de la sorte. De nombreuses études étayent l'efficacité de bisphosphonates (alendronate, risédronate, ibandronate, zoledronate), qui préviennent les fractures liées à l'ostéoporose.

Chez les patients atteints de tumeurs, l'ostéolyse provoquée par les métastases, qui, en plus de fortes douleurs, peuvent entraîner une surcharge calcique du sang, est combattue de la même manière avec succès.

Comme les bisphosphonates ralentissent l'ostéolyse, le métabolisme et l'ostéogénèse des os se trouvent aussi notablement altérés. L'os des maxillaires en particulier s'avère particulière-



Illustration 1:

Ostéonécrose spontanée du maxillaire inférieur consécutive à l'administration de bisphosphonate chez une patiente, après plusieurs années de traitement à l'ibandronate (Bondronat®) en raison d'un cancer du sein avec métastases.

ment sensible aux bisphosphonates, susceptibles de provoquer la redoutable complication qu'est la nécrose.

Le fait que les maxillaires soient les seuls os à développer de telles nécroses peut avoir diverses raisons, qui font l'objet d'intenses recherches:

- les os des maxillaires affichent un métabolisme plus rapide que tout autre os du corps.
- les os des maxillaires sont reliés avec des dents et communiquent par le parodonte avec la cavité buccale non stérile. En cas de lésion du parodonte par suite de traumatisme (extraction dentaire p. ex.) ou d'infection (parodontite), des bactéries peuvent pénétrer dans l'os sans entrave. Celui-ci ne peut que difficilement cicatrifier en raison de sa capacité de régénération altérée.
- la muqueuse buccale est en partie très fine dans la région des maxillaires, ce qui se traduit par une faible irrigation sanguine de l'os sous-jacent. Cela se manifeste tout spécialement par l'apparition d'excroissances bénignes (appelées tori) sur le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur.

Depuis 2010, un autre médicament qui influence le métabolisme osseux de la même façon que les bisphosphonates est commercialisé: le Denosumab. Il s'agit d'un anticorps qui se lie à la protéine RANKL, essentielle au développement et à la fonction des ostéoclastes. L'anticorps lie la protéine RANKL, qui se trouve inactivée et n'est plus à la disposition des ostéoclastes.

Le Denosumab s'utilise aussi bien pour le traitement de l'ostéoporose que pour le traitement du cancer (Tableau 2). Bien que le Denosumab possède un autre mécanisme que les bisphosphonates, les complications au niveau des maxillaires sont analogues. Ces nécroses de la mâchoire ont aussi été observées lors de traitements au Denosumab.

Les bisphosphonates s'éliminent très lentement. Ils restent présents et actifs dans l'os des décennies après la dernière administration. Le risque de nécrose osseuse des maxillaires subsiste donc longtemps. C'est surtout le cas pour les bisphosphonates très puissants administrés par intraveineuse, car ceux-ci se déposent dans l'os dans une concentration bien plus forte que les préparations administrées oralement.

Étant donné la durée de vie nettement plus courte du Denosumab par rapport aux bisphosphonates, l'os se remet plus rapidement au terme de l'administration de la préparation et le risque de nécrose des maxillaires diminue bien plus vite.

Nécrose osseuse des maxillaires induite par le bisphosphonate

Nous pouvons parler d'une nécrose osseuse des maxillaires induite par le bisphosphonate lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- traitement en cours ou passé aux bisphosphonates,
- déhiscence avec os du maxillaire supérieur ou inférieur à nu, persistant plus de huit semaines,
- pas de radiothérapie antérieure dans la région des maxillaires.

Tableau 2:

Aperçu des préparations usuelles de Denosumab commercialisées en Suisse

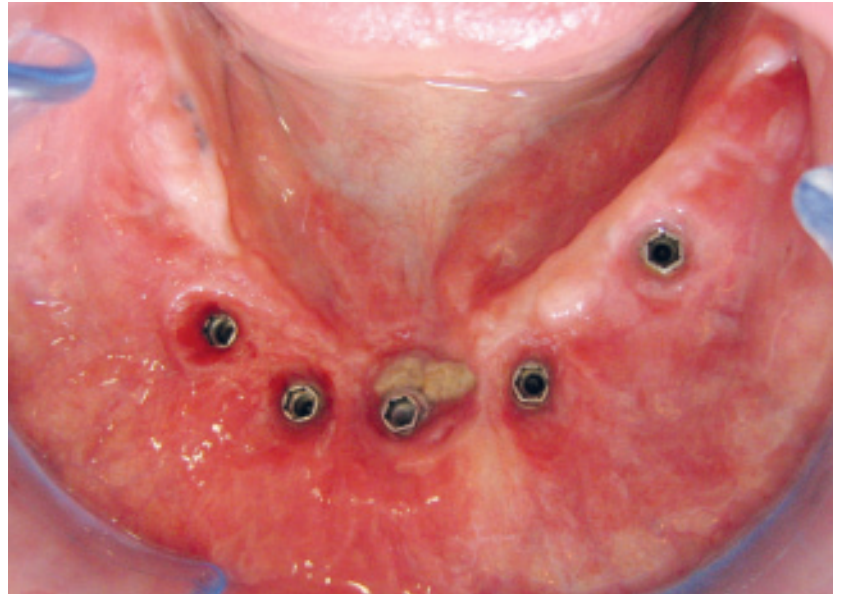
Substances	Indications officielles	Administration	Dosage usuel
(Prolia®)	Ostéoporose	s.c.	60 mg (tous les 6 mois)
Dénosumab (Xgeva®)	Hypercalcémie tumorale; métastases osseuses	s.c.	120 mg (une fois par mois)

Comme nous l'avons vu précédemment, les nécroses apparaissent bien plus souvent chez les patients qui ont reçu ces préparations à forte dose, par voie intraveineuse et sur une longue période. Il s'agit en l'occurrence de l'administration dans le cadre d'une radiothérapie la plupart du temps. Parmi ces patients, on trouve une incidence d'ostéonécrose des maxillaires de 0,8 à 20%, selon l'étude citée.

Or, des nécroses des maxillaires peuvent aussi s'observer avec les bisphosphonates administrés à faible dose par voie orale en cas d'ostéoporose par exemple. Chez ces patients, l'incidence est toutefois nettement plus faible. La littérature fait état de 0,14%.

Souvent des nécroses apparaissent à la suite d'interventions chirurgicales dans la cavité buccale, principalement des extractions dentaires. Des pressions exercées par les prothèses, ainsi que des infections parodontales et apicales peuvent aussi être à l'origine d'une ostéonécrose. Dans certains cas, les nécroses des maxillaires se déclarent spontanément, sans influence extérieure apparente.

Il existe dans la littérature diverses classifications des ostéonécroses des maxillaires dues aux bisphosphonates. La classification la plus commune est celle de l'American Association of Oral- and Maxillofacial Surgeons (Tableau 3) En présence d'ostéonécrose du maxillaire, l'os est à nu en un ou plusieurs endroits de la cavité buccale, avec ou sans inflammation associée



(Illustrations 1, 2). Il se peut que le patient ne ressente aucune douleur, ou bien de faibles, voire de fortes douleurs. L'importance des troubles dépend principalement de l'étendue de la nécrose et d'éventuelles inflammations allant de pair.

Sur le plan radiologique, l'exposition aux bisphosphonates de l'os du maxillaire se manifeste sous la forme d'une sclérotisation accrue. Celle-ci se produit tout d'abord dans la région du mur alvéolaire, bien avant que ne se manifeste une nécrose du maxillaire. En cas de pathologie avancée, la sclérose se propage lar-

Illustration 2:

Patiente traitée 3 ans au pamidronate (Aredia®) en raison d'un cancer du sein avec métastases. Après la pose d'implants dans le maxillaire inférieur, une ostéonécrose s'est formée autour d'un implant, entraînant par la suite la perte de celui-ci.

Stade de BRONJ	Symptômes/Diagnostics cliniques
0	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes cliniques non spécifiques • Pas de nécrose identifiable
1	<ul style="list-style-type: none"> • Os nécrosé à nu • Patients asymptomatiques • Pas d'infection identifiable
2	<ul style="list-style-type: none"> • Os nécrosé à nu • Patients symptomatiques • Infection identifiable cliniquement
3	<ul style="list-style-type: none"> • Os nécrosé à nu • Patients symptomatiques avec douleurs et infection avérée, ainsi qu'une des complications suivantes au minimum: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracture pathologique 2. Fistule extraorale 3. Fistule cavité buccale - antre avérée 4. Ostéolyse s'étendant au rebord inférieur de la mandibule ou au sinus

Tableau 3:

Classement des stades d'ostéonécrose du maxillaire induit par les bisphosphonates (Bisphosphonate Associated Osteonecrosis of the Jaws BRONJ)

gement dans l'os du maxillaire. Une infection de l'os peut entraîner une ostéolyse tout comme la formation de séquestres et de fistules (Illustration 3).

Traitement de patients aux bisphosphonates et traitement anti-résorptif

Le traitement de patients qui reçoivent des bisphosphonates ou du Denosumab est fonction du stade pathologique et des troubles en présence (Tableau 4).

Il existe deux principes essentiels à prendre en compte chez ces patients:

- la prévention de la nécrose du maxillaire est plus simple et plus efficace que le traitement d'une ostéonécrose manifeste.
- le traitement (chirurgical) d'une nécrose du maxillaire doit s'inspirer du principe suivant : «Autant que nécessaire, aussi peu que possible».

Comme l'os cicatrise nettement moins bien en raison de son métabolisme réduit, il est important d'éviter le traumatisme et l'infection de l'os du maxillaire. De manière idéale, les patients

devant faire l'objet d'un traitement aux bisphosphonates ou au Denosumab sont envoyés au préalable chez le dentiste qui vérifiera la présence de foyers. Toutes les dents touchées par un foyer infectieux sont assainies, ou extraites si nécessaire. Il faut aussi traiter toute parodontite manifeste pour obtenir un état stable non inflammatoire.

Si le patient suit un traitement aux bisphosphonates, l'hygiène buccale doit se maintenir à un niveau aussi parfait que possible pour éviter des interventions (chirurgicales) ultérieures. Les interventions de chirurgie orale (extractions, résection des pointes radiculaires, constructions osseuses, implants, etc.) sont toujours associées à un risque accru de nécrose chez les patients suivant un traitement aux bisphosphonates ou au Denosumab. Le médecin-dentiste traitant doit évaluer ce risque pour chaque patient individuellement, car il dépend fortement du type de bisphosphonate et de la quantité administrée jusqu'alors (durée et dosage).

Chez les patients qui présentent déjà une nécrose manifeste du maxillaire, il faut se garder

Tableau 4:

Traitement de l'ostéonécrose du maxillaire induit par les bisphosphonates selon le stade (Bisphosphonate Associated Osteonecrosis of the Jaws BRONJ)

Stade de BRONJ	Thérapie
Patients à risque (sans symptômes cliniques)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun traitement nécessaire • Information du patient • Hygiène bucco-dentaire parfaite, prophylaxie
0	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie systémique de type traitement symptomatique de la douleur, avec antibiotiques le cas échéant
1	<ul style="list-style-type: none"> • Application d'une solution bucco-dentaire antibactérienne (p. ex. chlorhexidine 0.12 %) • Intervalles de contrôles plus courts (tous les 3 mois) • Information du patient et réévaluation de l'indication pour la poursuite du traitement aux bisphosphonates
2	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement symptomatique avec administration orale d'antibiotiques • Application d'une solution bucco-dentaire antibactérienne (p. ex. chlorhexidine 0.12 %) • Traitement contre la douleur • Débridement superficiel pour réduire l'irritation du tissu mou
3	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement symptomatique avec administration orale d'antibiotiques • Application d'une solution bucco-dentaire antibactérienne (p. ex. chlorhexidine 0.12 %) • Débridement/Résection par chirurgie, pour soulager durablement contre la douleur et prévenir les infections

Salvatore L. Ruggiero, DMD et al.

Task Force on Bisphosphonate-Related

Osteonecrosis of the Jaws:

American Association of Oral and

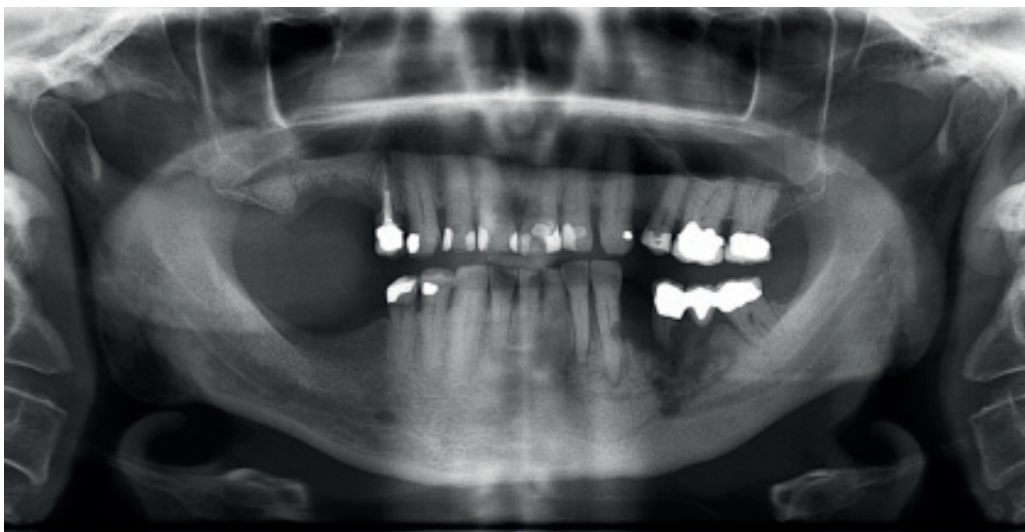
Maxillofacial Surgeons Position Paper

on Bisphosphonate-Related

Osteonecrosis of the Jaw 2009 Update

Approved by the Board of Trustees

January 2009

**Illustration 3:**

Ostéonécrose du maxillaire inférieur gauche consécutive à l'administration de bisphosphonate. Observer la sclérose prononcée de l'ensemble du maxillaire inférieur gauche de la symphyse du menton à la région 37. Ostéolyses nettes dans la région prémolaire et formation d'un séquestre osseux considérable comme signe d'infection associée.

de pratiquer une intervention chirurgicale trop rapide et trop agressive. Comme l'os cicatrise moins bien, les interventions chirurgicales sur la cavité buccale ou la mâchoire peuvent plus facilement entraîner d'importantes complications comme des troubles de la cicatrisation et d'autres nécroses. Les mesures conservatrices comme les solutions bucco-dentaires et le traitement d'infections associées au moyen d'antibiotiques doivent avoir la préférence. La suspension (temporaire) du traitement aux bisphosphonates ou au Denosumab («Drug holi-

day») peut aussi s'envisager. Cette pause permet au tissu osseux de récupérer un peu. De telles «vacances» ne peuvent se prendre qu'en accord avec le médecin traitant du patient.

Si un traitement chirurgical s'avère tout de même indispensable, il doit avoir un caractère aussi préserveur que possible et se limiter surtout à l'élimination de séquestres et du tissu osseux nécrosé. En cas de nécrose étendue, il n'est toutefois pas rare de devoir enlever chirurgicalement une partie importante du maxillaire et de le reconstruire par la suite.

LITERATUR

Marx RE.

Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic.

J Oral Maxillofac Surg. 2003 Sep;61(9):1115-7

Marx RE, Cillo JE, Ulloa JJ.

Oral Bisphosphonates Induced Osteonecrosis: Risk Factors, Prediction of Risk Using Serum CTX Testing, Prevention, and Treatment.

J Oral Maxillofac Surg 65:2397, 2007

Salvatore L. Ruggiero, DMD et al.

Task Force on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw—2009 Update Approved by the Board of Trustees January 2009

L'auteur

Dr. med. Dr. med. dent. Marc Baltensperger

Chirurgien FMH maxillo-facial

SSO chirurgie orale

Pratique générale en chirurgie maxillo-faciale à Winterthur et Baden avec

Dr Dr. med. M. Baltensperger

Dr Dr. med. R. Lebeda

Dr Dr. med. T. Bottler

PD Dr. med. W. Engelke

Spécialistes FMH en chirurgie maxillo-faciale, radiologie dentaire et maxillo-faciale et planification virtuelle

www.kiefergesichtschirurgie.ch

Correspondance:

Dr. med. Dr. med. dent. Marc Baltensperger

Zürcherstrasse 7

8400 Winterthur

baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch



SUNSTAR



FÜR GESUNDES ZAHNFLEISCH

Komplettlösungen für die Mundpflege. Von der Vorbeugung bis zur Behandlung.

PAROEX

Fortschrittliches zweifach aktives antibakterielles Pflegesystem. Verbindet die klinisch bewiesene Wirksamkeit von Chlorhexidin mit dem Toxin neutralisierenden Stoff CPC für einen optimalen Schutz gegen Zahnfleischprobleme.



Ohne Alkohol



NEU!

0.6 0.8 0.9 1.1 1.2 1.3 1.4 1.6 2.0

TRAV-LER

Innovatives Design für ein angenehmeres und effektiveres Putzen der Zahnzwischenräume, **innovative Dreiecksfilamente entfernen bis zu 25% mehr Plaque.**

Verfügbar in 9 Größen, da nicht alle Zahnzwischenräume gleich sind.

SOFT-PICKS™

Die innovative Einweg-Lösung zur Interdentalreinigung. Reduziert Gingivitis und entfernt Plaque zwischen den Zähnen genau so effektiv wie Zahnseide.



Ohne Alkohol



OriginalWhite

Für natürlich weiße Zähne und gesundes Zahnfleisch. GUM Original White entfernt wissenschaftlich bewiesen **Verfärbungen** und hilft deren Neubildung vorzubeugen.

Offizieller Partner von Swiss Dental Hygienists

Swiss Dental Hygienists

www.sunstarGUM.com

Sunstar wird in der Schweiz von der Firma Decoreta AG vertrieben - Tel 027 764 23 01 - info@decoreta.ch

Quiz Stomatologie

Lésions douloureuses soudaines à caractère érosif-ulcératif de plusieurs régions intra-orales des muqueuses

**Anamnèse**

Un patient de 34 ans avait été envoyé en urgence à la Clinique de chirurgie orale et de stomatologie de l'Université de Berne pour un examen bucco-dentaire. Depuis une semaine, ce maçon souffrait de douleurs intra-orales persistantes, que renforçaient encore la consommation de boissons et d'aliments. Le problème avait commencé un dimanche soir avec une tuméfaction des lèvres. Il avait par ailleurs constaté la présence de vésicules et de plaies dans la cavité buccale. Il se sentait abattu et fatigué. C'est un gros fumeur (30 cigarettes par jour) et il boit occasionnellement de l'alcool. Il ne se connaissait aucune allergie et l'anamnèse de médecine générale ne révélait rien de particulier. Quelques années auparavant, il avait connu un événement similaire et son médecin de famille lui avait prescrit du valaciclovir (un virostatique).

Constat clinique

Constat extra-oral: La température auriculaire mesurée était physiologique. Aucune asymétrie/tuméfaction et aucun ganglion lymphatique enflé n'était perceptible dans la région de la tête et du cou. La lèvre inférieure présentait de fines érosions sèches de la muqueuse avec formation d'une croûte décente du côté droit (Illustration 1).

Constat intra-oral: Une longue altération érosive recouverte d'une membrane de fibrine s'étendait du rebord antérieur au rebord moyen gauche de la langue et passait au plancher buccal. La muqueuse directement limitrophe était érythémateuse et formait un ourlet autour de la lésion érosive-ulcéra-tive (Illustration 2). Le plancher buccal gauche, la pointe de la langue et le bord postérieur droit de la langue présentaient des altérations érosives-ulcératives similaires mais de moindre dimension (Illustrations 3 et 4).

En outre, un dépôt blanchâtre-brunâtre effaçable bien marqué pouvait s'observer au dos de la langue (Illustration 3).

Questions relatives au diagnostic

- 1) Quels sont les diagnostics envisageables compte tenu de l'anamnèse et du constat?
- 2) Quels éclaircissements additionnels sont nécessaires?
- 3) Quel est le traitement?

Dr méd. dent. Valérie G. A. Suter
Prof. Dr med. dent.
Michael M. Bornstein
Clinique de chirurgie orale et
stomatologie de l'Université de
Berne



Illustration 1



Illustration 2



Illustration 3



Illustration 4



Illustration 5



Illustration 6

Solutions

1) Les altérations érosives-ulcératives étendues peuvent être la marque d'infections, de lésions (mécaniques, thermiques, chimiques) ou d'affections systémiques. Compte tenu de l'anamnèse et de la répartition intra-orale des lésions érosives, une blessure pouvait s'exclure. Les infections peuvent être d'ordre viral, bactérien ou fongique. Les infections virales à manifestation orale les plus fréquentes ont pour origine le virus de l'herpès simple (types I et II). Elles se manifestent typiquement par la formation de vésicules qui éclatent et se transforment en lésions érosives-ulcératives. La première manifestation (Gingivostomatitis herpetica) s'accompagne souvent de symptômes systémiques comme la fièvre, l'abattement ou la tuméfaction de ganglions lymphatiques et peut affecter l'ensemble de la cavité buccale. Après une phase de latence, l'infection récidive localement sur la lèvre sous la forme d'Herpes labialis. Les virus de la varicelle-zona peuvent également entrer en éruption après une phase de latence dans des ganglions. Les manifestations sur la peau et les muqueuses touchent alors strictement le segment (monolatéral) du nerf d'alimentation, ce qui n'était pas le cas ici. La syphilis à transmission sexuelle (bactérienne) peut, au second stade (période d'incubation d'environ 6 à 8 semaines) donner lieu en outre à l'érythème cutané typique, à des plaques intra-orales sur la muqueuse ainsi qu'à des altérations érosives. Les infections fongiques provoquent assez rarement des lésions érosives-ulcératives.

Parmi les maladies systémiques, les maladies bulleuses viennent au premier plan compte tenu de l'anamnèse et du constat. Elles se caractérisent par la formation de vésicules qui éclatent et laissent des érosions ainsi que des ulcérations. Elles peuvent toucher toutes les muqueuses et la peau. Le lichen plan oral comme maladie systémique muco-cutanée ou des réactions lichenoïdes locales peuvent également donner lieu à des lésions érosives-ulcératives.

2) L'hémogramme informe sur l'état de santé général et la situation immunitaire. Des dépistages de la syphilis et du VIH peuvent aussi se pratiquer. Il est aussi possible d'effectuer des frottis microbiologiques pour établir la présence de virus, de bactéries ou de champignons. Aucune infection n'a pu être mise en évidence chez le patient en question. L'anamnèse, avec apparition aiguë, ainsi que le sexe et l'âge du patient

repassaient donc au premier plan. Le patient soupçonnait la consommation de pruneaux. Nous avons posé des questions spécifiques sur la consommation de médicaments, d'alcool, de drogues éventuellement, consommés le week-end. Le patient a mentionné des boissons alcoolisées, mais nié la prise d'autres substances. L'anamnèse et le constat laissaient supposer une réaction bulleuse aiguë des muqueuses, le plus probablement une forme légère d'un érythème multiforme. Il s'agit d'une réaction bulleuse de la peau et de la muqueuse d'étiologie indéterminée, bien que différents éléments déclencheurs puissent entrer en ligne de compte comme les médicaments, des aliments (additifs), des virus et des bactéries. Le diagnostic s'établit en fonction du constat clinique et de l'anamnèse. Les réactions sont généralement récidivantes et touchent souvent des hommes jeunes. Une faible fièvre et une impression de maladie peuvent y être associées. La tuméfaction des lèvres, la formation de vésicules, de croûtes, et des altérations érosives-ulcératives de la cavité buccale (antérieure plutôt) sont les caractéristiques de la forme orale légère de l'érythème multiforme. Souvent, la peau également (extrémités) est tachetée de rouge, mais pas chez le patient en question. Compte tenu du présent constat, une réaction lichenoïde locale à des médicaments ou à d'autres substances allergènes était envisageable.

3) Le traitement aigu contre la douleur, la cicatrisation rapide et la prévention de la récurrence étaient prioritaires. Le patient a fait l'objet d'un traitement au moyen d'une solution bucco-dentaire corticostéroïde, et les lésions étaient guéries en l'espace de quinze jours (Illustrations 5 et 6). Il est souvent difficile d'identifier les éléments déclencheurs de l'érythème multiforme. En complément, le patient a subi un examen de dépistage d'allergies possibles à diverses substances et d'une analyse sérologique des anticorps pouvant entrer en jeu dans des maladies auto-immunes. Tous les résultats se sont révélés négatifs. Il a été conseillé au patient de se présenter immédiatement à la clinique en cas de récurrence.

Correspondance:

Dr méd. dent. Valérie G. A. Suter
Clinique de chirurgie orale et stomatologie de l'Université de Berne
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern
valerie.suter@zmk.unibe.ch



D'hygiéniste dentaire à styliste

En rédigeant le présent article, Maya Trachsler a réfléchi à ses deux professions et préparé mentalement les paragraphes du texte. Elle a remarqué que cette procédure présente quelques analogies avec la conception d'un vêtement – tout comme ses professions présentent un certain nombre de parallèles: tant l'hygiéniste dentaire que la styliste doivent faire preuve de dextérité, et de compréhension pour les personnes auxquelles sont destinées leurs prestations.

Tout a commencé par hasard à l'automne 2001 lorsque je suis tombée sur une annonce de «Journée portes ouvertes» à l'École de mode de Zurich. A l'époque, je traversais une phase difficile. Mes enfants voulaient de moins en moins bricoler avec moi, et ma créativité restait en plan. Faute de temps et d'envie, mes propres travaux manuels (déjà enfant, je concevais des vêtements de poupée avec ma grand-mère) n'avançaient guère. Le quotidien professionnel se répétait à un rythme semestriel, comme c'est le cas avec des patients fidèles après plusieurs années d'activité. En outre, mes trois enfants avaient différents programmes d'études depuis des années – les horaires en bloc n'existaient malheureusement pas encore. Je me sentais comme une marionnette dans un corset: ces journées réparties en plages horaires fixes ne me convenaient tout simplement pas.

Par pure curiosité, je me suis donc rendue à la journée portes ouvertes de l'école de mode – et j'ai passé de nombreuses nuits au lit sans fermer l'œil. Tout dans cette filière – chaque branche – m'intéressait à tel point que je me suis inscrite à l'examen d'entrée après en avoir longuement discuté avec mon mari, qui m'a apporté tout son soutien (même s'il allait y perdre un hygiéniste dentaire). Je n'avais pas de grandes chances étant donné mon âge avancé et mon premier métier, guère créatif, même s'il demande une dextérité manuelle certaine. Mais mon mari et moi-même avons estimé que le destin devait décider. Et le destin a décidé: à l'été 2002, j'ai pu commencer mes études de styliste.

Naissance de la griffe «Boulot»

Après la formation, je ne voulais pas précipiter les choses. La branche de la mode, avec les gens qui la peuplent, m'apparaissait un terrain diffi-

cile; l'aspect consciencieux, le travail bien défini et correctement organisé, n'est pas l'apanage de la plupart des créateurs. Comme j'ai heureusement conservé ces qualités, j'ai décidé de réaliser une idée qui me trottait dans la tête depuis longtemps, à savoir créer ma propre marque de mode vestimentaire pour le travail. La mode vestimentaire de travail présente par sa nature le grand avantage de ne pas être soumise aux aléas des changements de tendance à tout bout de champ. En outre, étant hygiéniste dentaire, je connaissais les exigences auxquelles doivent satisfaire les tenues de travail médical, et je savais, pour en avoir fait l'expérience, que d'élégants vêtements à usage professionnel, à la fois confortables et faciles d'entretien, ne courraient pas les rues. Et une journée de travail est trop longue pour faire simplement figure de potiche du matin au soir! En outre, les professionnels du domaine médical requièrent moins d'autres vêtements d'usage quotidien, raison pour laquelle un petit investissement dans l'élégantes tenues de travail vaut bien la peine.

En 2005, j'ai donc entrepris avec joie de mettre en œuvre mon projet. C'était une période très créative, mais qui a également demandé un travail énorme. Par delà la conception des premières tenues et l'élaboration de prototypes, je cherchais un nom approprié pour ma griffe. J'ai travaillé sur le monogramme et réfléchi à la conception de mon site internet, en me demandant comment j'allais présenter mon «quatrième enfant». J'ai souvent travaillé jusqu'au milieu de la nuit, ce qui était possible dans la mesure où j'avais installé mon atelier à la maison. Ma collection principale était prête à partir de 2007, et j'avais déjà un petit nombre de clients en perspective. En 2009, l'école de mode de Zurich m'a décerné le prix d'encouragement pour mon

Maya Trachsler, Zurich
Hygiéniste dentaire,
crée aujourd'hui
de la mode vestimentaire
médicale



œuvre. Ce prix est attribué à d'anciens étudiants tous les deux ans.

Quotidien professionnel aujourd'hui

Mes vêtements sont 100 % Swiss Made – un label auquel je tiens absolument. Je voulais et souhaite continuer à créer durablement. Les tissus viennent de Suisse, d'Allemagne ou de France. Je couds mes prototypes moi-même. Je transmets à un atelier de couture les commandes qui demandent des retouches. Sur demande, je présente les différents modèles au cabinet directement. Pour découvrir l'ensemble de la collection, il vaut mieux me rendre visite dans mon atelier de Seefeld à Zurich. Comme je travaille souvent seule, j'apprécie beaucoup les contacts et les vi-

«Étant hygiéniste dentaire, je connaissais les exigences auxquelles doivent satisfaire les tenues de travail médical.»

sites des clients. Depuis que ma griffe existe, je crée «seulement» une ou deux nouvelles tenues par an. Je cherche l'inspiration dans les revues de mode, dans la nature, mais aussi en vie, dans la rue, dans les transports en commun, etc. Souvent, ce sont de tout petits détails qui retiennent mon attention, qui suscitent mon intérêt et qui se retrouvent dans mes créations. Généralement, je crée d'abord une tenue pour moi-même, dont je teste ensuite le confort et la praticabilité. C'est souvent un processus de longue haleine, mais un processus créatif. Une idée fait d'abord l'objet d'un dessin, qui donne le jour à un patron. Ensuite vient le premier prototype,

élaboré tout d'abord sous forme de moulure, dans un tissu de coton très simple et bon marché. La coupe et les coutures sont alors modifiées jusqu'à ce que la pièce vestimentaire véhicule le message souhaité et reflète mon idée. Lorsque le prototype est concluant et qu'il a bonne apparence dans le tissu prévu, un patron est conçu sur carton, avec les différentes gradations par taille. Les prototypes sont ensuite confectionnés en différentes tailles. Une fois par an, j'organise une séance de shooting photo, puis expose les nouvelles créations sur mon site internet.

La partie non conceptrice de mon métier demande beaucoup de temps. J'établis un fichier clients (certains de mes clients ont même leurs propres modèles); il ne faut pas oublier la comptabilité, pas plus que la commande de tissus, de matériel divers et la logistique. Tous les tissus doivent être lavés au préalable pour tester les couleurs. Je dois également passer des commandes à l'atelier de couture, contrôler le produit fini et l'envoyer. Il faut dresser les factures, prendre rendez-vous avec les clients et organiser des rencontres à des fins de relations publiques.

La partie purement créative du travail d'une styliste de mode est donc malheureusement relativement courte. Mais mon activité est très variée et me laisse beaucoup de liberté pour faire ce que j'aime. Pour travailler à son compte, il faut toutefois beaucoup de motivation personnelle et d'autodiscipline. J'adore cela, car





aucun jour, aucune semaine ne ressemble à l'autre. La créativité demande de l'inspiration, du temps et de l'espace; elle ne fonctionne pas selon un plan. C'est très libérateur de pouvoir déchirer un dessin, un croquis ou même un prototype, et de le jeter, pour repartir à zéro – même si parfois le soir arrive sans que j'aie abouti concrètement. C'est également libérateur de travailler sur de la matière et non pas sur un être humain, sur une région sensible et intime du corps, comme c'est le cas en hygiène dentaire. Et c'est aussi libérateur de travailler sans grille horaire définie. Par contre, je dois accepter d'avoir parfois trop de travail, et parfois pas assez, qu'un client vient parfois me «déranger» en plein milieu des vacances et que mon revenu mensuel fluctue et reste toujours très modeste.

Considérations finales

Jusqu'à présent, je n'ai donné un coup de main comme hygiéniste dentaire qu'exceptionnellement, non pas que je n'avais pas envie, mais le temps me manquait tout simplement. Et la situation ne va certainement pas changer à l'avenir, car le temps ne suffit jamais pour réaliser toutes idées de créations qui me trottent dans la tête, même si mes deux métiers se complèteraient idéalement. Les deux métiers demandent un certain nombre de qualités: adresse et dextérité, ainsi qu'une approche des patients empreinte de compréhension, avec un esprit ouvert. Une chose est sûre: sans mes longues années d'expérience comme hygiéniste dentaire je ne serais pas arrivée où je suis.

L'auteure

Maya Trachsler propose avec sa marque «Boulot» des tenues de travail à la mode pour les professionnels de la médecine.

En 1984, Maya Trachsler a obtenu le diplôme d'hygiéniste dentaire de l'Ecole de Zurich. Jusqu'en 1987, elle a travaillé dans différents cabinets et comme instructrice à la Dental hygiène-Schule Zürich. Après diverses interruptions pour cause de maternité, elle a travaillé à temps partiel dans le cabinet du Dr R. Trachsler de 1991 à 2002. Entre 2002 et 2004, elle a suivi des études à plein temps à l'Ecole de mode de Zurich, et créé ensuite sa propre griffe «Boulot». Depuis 2006, Maya Trachsler est styliste de mode indépendante.

www.boulot.ch





Symposium Oral-B® 2014

Le 5e Symposium Oral-B® de cette année s'est tenu le 21 mars à Francfort. Quelque 800 participantes – d'Allemagne principalement, quelques unes d'Autriche et une douzaine de collègues de Suisse – s'étaient retrouvées à la Jahrhunderthalle.

Mia Navratil, Gossau ZH
Hygéniste dentaire dipl. ES
Présidente Commission de
rédaction «Dimensions»

Oral-B® a exposé un vaste programme scientifique et pratique intitulé «Gestion du biofilm – la clé de la santé orale» avec des intervenants de renom. La gestion du biofilm était présentée de façon compréhensible pour le cabinet dentaire de sorte que l'ensemble de l'équipe en a profité.

P&G Professional Oral Health a présenté la tête de brosse Oral-B® CROSS ACTION® avec ses soies ordonnées avec un angle de 16 degrés – désormais aussi pour les brosses à dents électriques. Elle devrait permettre un nettoyage encore plus efficace grâce à une puissance de cisaillement optimisée et à une pénétration plus profonde des soies dans les interstices dentaires. La densité particulière des soies atténue par ailleurs la pression du brossage et favorise un nettoyage en douceur.

Une nouvelle application Oral-B® pour smartphones avec iOS et Android a été annoncée; elle a pour but de motiver le patient comme il convient. Oral-B® Professional Care™ 6000 envoie des données à l'application via Bluetooth et permet d'établir des statistiques individuelles de brossage, avec minuteur intégré doté d'instructions de nettoyage.

Un moment fort attendait les participantes au terme du symposium: la soirée «Night in Motion» sur le parquet de la Jahrhunderthalle. Le très apprécié présentateur de la télévision Kai Pflaume animait le «Kai+Show» créé spécialement pour l'événement. Un jeu interactif de devinettes permettait de gagner de séduisants prix de la maison Procter Et Gamble d'un simple clic. Nos hygiénistes dentaires ne

comptaient pas au nombre des heureuses gagnantes, mais l'audacieuse et charmante Silvia Lehner a directement invité le présentateur Kai Pflaume à poser avec nous autres hygiénistes dentaires suisses après le concours. Kai Pflaume a effectivement traversé toute la salle pour nous rejoindre et s'est laissé patiemment photographier avec toutes les dames. A tour de rôle, un DJ et le groupe berlinois JCB invitaient à se déhancher pour finir la soirée. Ce fut une manifestation séduisante, parfaitement organisée – nous l'avons visiblement appréciée.

Par ailleurs, le portail en ligne www.dentalcare.com est nouveau lui aussi. Quiconque s'enregistre est informé des possibilités de formation continue, peut commander en ligne 24 heures sur 24 et demander des échantillons ainsi que du matériel d'information sur les produits ou pour la motivation des patients.



Oral-B® Professional Care™ 6000 envoie des données à l'application via Bluetooth



La tête de brosse Oral-B® CROSS ACTION®



Le présentateur Kai Pflaume entouré de collègues de la section Zürich.

39^e Congrès annuel Swiss Dental Hygienists 14/15 novembre 2014, Bâle

Changing Times



Vendredi 14 novembre 2014

23^e Assemblée des déléguées

09.30 h	Ouverture des portes
10.00 – 11.30 h	Assemblée des déléguées
dès 10.00 h	Enregistrement / Ouverture de l'exposition
13.00 – 13.15 h	Allocution de bienvenue <i>Cornelia Jäggi, Présidente centrale de Swiss Dental Hygienists</i>
	Message de bienvenue <i>Conseiller d'Etat de Bâle-Ville</i>
13.15 – 13.45 h	Vieillesse égal maladie? Mythes et réalité de l'âge <i>Prof. Dr Pasqualina Perrig-Chiello (a)</i>
13.45 – 14.25 h	L'âge est-il un défi pour l'équipe de médecine dentaire? <i>Prof. Dr méd. dent. Christian Besimo (a)</i>
14.25 – 14.50 h	Le traitement dentaire prothétique vu par un patient <i>Dr méd. dent. Christina Brand-Luzi, Beat Hiltbrunner (a)</i>
14.50 – 15.00 h	Questions
15.00 – 16.00 h	Pause sur les lieux de l'exposition
16.00 – 16.15 h	Distinction de l'hygiéniste dentaire de l'année
16.15 – 17.00 h	La démence – l'oubli inquiétant <i>Dr Christophe Graf et une co-conférencière infirmière (f)</i>
17.00 – 17.50 h	Entraînement de la mémoire – megamemory – notre cerveau, la 8^e merveille du monde <i>Gregor Staub (a)</i>
17.50 – 18.00 h	Questions
dès 18.00 h	Apéritif sur les lieux de l'exposition

Samedi 15 novembre 2014

09.00 – 09.45 h	Anomalies dentaires et leurs pièges <i>Prof. Dr méd. dent. Adrian Lussi (a)</i>
09.45 – 10.15 h	Méthodes modernes pour diagnostiquer et soigner les caries dentaires <i>Dr méd. dent. Marwa Abdelaziz (f)</i>
10.15 – 11.00 h	Caries: l'énigme dentaire <i>Dr méd. dent. Alaa Manna (f)</i>
11.00 – 11.10 h	Questions
11.10 – 12.10 h	Déjeuner sur les lieux de l'exposition
12.10 – 12.25 h	Attribution du prix du concours de posters
12.25 – 13.05 h	Le bonheur est-il une affaire de chance? <i>Uta Lauterbach, philosophe (a)</i>
13.05 – 13.35 h	Serrer les dents en permanence – du stress au burnout <i>Dr méd. Franz Caduff (a)</i>
13.35 – 14.05 h	Neuroenhancement et neurodoping – Réalité ou fiction? <i>Prof. Dr méd. Michael Soyka (a)</i>
14.05 – 14.15 h	Questions
14.15 h	Allocution de clôture <i>Cornelia Jäggi, Présidente centrale de Swiss Dental Hygienists</i>

PROGRAMME-CADRE

Workshop Oral-B:

Vendredi 14 novembre 2014, 10.00 h

Récessions gingivales – un problème non lié à l'âge! (a)

PD Dr Ines Kapferer-Seebacher

Workshop GABA:

Vendredi 14 novembre, 18.45 h

Contrôler le biofilm pour la prévention des caries (e)

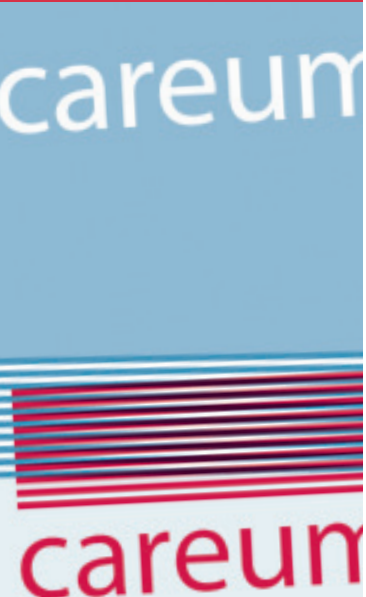
Prof. Dr Svante Twetman

Dîner du Congrès:

Vendredi 14 novembre, 19.30 h

Parc St-Jacques, Bâle

Le dîner du congrès est placé sous le thème «un voyage culinaire et musical au stade St-Jacques».



Diplôme d'hygiène dentaire ES Careum 2014

Sandra Augustin-Wolf
Responsable de la filière ES
Hygiène dentaire
Careum DH AG Zurich

Dix-huit étudiantes de l'Ecole supérieure d'Hygiène dentaire ont obtenu leur diplôme de Careum DH AG le 13 mars 2014. Six étudiantes prolongent leur formation de six mois et passeront les épreuves concluant les études à la fin du mois d'août. La célébration s'est déroulée dans l'Arena Filmcity avec la filière ES Soins en présence de quelque 400 hôtes.

Mme Miriam Engelhardt, titulaire d'un doctorat en sociologie, a prononcé l'allocution de circonstance. Elle s'est longuement exprimée sur la compétence générationnelle et félicité les diplômé(e)s. Pour Mme Engelhardt, il est clair que les transformations démographiques et la complexité croissante liée à la situation des pa-

tients rendent incontournable une étroite collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé. C'est précisément là qu'elle voit une grande opportunité pour la branche, car, dans une perspective sociologique, la génération des «enfants réseautés», au nombre de laquelle compte une grande partie des diplômé(e)s, est prédestinée pour perfectionner ce modèle de collaboration.

Le programme cadre musical était confié à l'ensemble de musique vocale a capella a-live. Sans instruments, mais avec des voix sonores, les cinq artistes ont fait montre de leur savoir en chantant des compositions d'ABBA, de Britney Spears ou de Prince. L'intermède de beatbox fut un des moments forts de la soirée. Lorsque l'ensemble a entonné sa version du tube «Everything's Gonna Be Alright» de Bob Marley les diplômé(e)s ne pouvaient plus se retenir et ont pris d'assaut la tribune pour célébrer les examens réussis et la fin de leur formation.

Des diplômées heureuses:

Martina Atzrodt, Carina Baumgartner, Flavia Stella Duttweiler, Funda Erarslan, Viola Fleck, Sarah Gaberthüel, Céline Krauer, Stephanie Lüthi, Lazarina Maier, Mirna Malki, Krutana Man, Nadia Filipa Paixao, Lea Prescher, Anita Rupcic, Veronica Russo, Melissa Skrijelj, Kallini Vettas, Emel Yama



Le concours augmente la motivation à arrêter de fumer



L'édition 2014 du concours pour arrêter de fumer commence le 2 juin. Cette action du programme national d'arrêt du tabagisme constitue une bonne occasion de motiver vos patientes et vos patients fumeurs à faire une pause sans tabac. Quantité de fumeurs considèrent le concours comme un bon, voire très bon prétexte pour essayer d'arrêter de fumer.

C'est ce que montrent les enquêtes représentatives effectuées régulièrement à son sujet. Les prix en espèces de 1 x 5000 francs et 10 x 500 francs qui sont tirés au sort constituent une incitation efficace pour les fumeurs.

En parlant du concours à vos patientes et patients fumeurs, vous renforcez leur motivation à arrêter de fumer. Le concours dure du 2 au 30 juin 2014. Les fumeurs peuvent s'y inscrire en ligne (en français, allemand, italien, anglais et turc) sur www.at-suisse.ch ou par écrit en envoyant la carte d'inscription (disponible en français, allemand, italien, anglais, turc, albanais, espagnol, portugais et serbe-croate-bosniaque). La carte peut être commandée par téléphone en appelant le 031 599 10 20.

Au cabinet dentaire, il peut vous arriver de manquer de temps pour conduire des consultations approfondies sur le sevrage tabagique. Dans ce cas, vous pouvez recommander la ligne stop-tabac 0848 000 181 à vos patientes et patients. Les conseillères et

les conseillers connaissent parfaitement toutes les questions en rapport avec la consommation de tabac. Ils peuvent accompagner les fumeurs intéressés pendant leur sevrage tabagique en les rappelant plusieurs fois gratuitement. Des études montrent qu'à chaque tentative, les chances d'arriver à se débarrasser définitivement de la dépendance à la nicotine augmentent.

Participation de Swiss Dental Hygienists

Le concours pour arrêter de fumer est organisé par le programme national d'arrêt du tabagisme en lien avec la Journée mondiale sans tabac du 31 mai. Les organisations partenaires du concours pour arrêter de fumer sont la Fédération des médecins suisses, pharmaSuisse - Société Suisse des Pharmaciens, la Société suisse d'odonto-stomatologie, l'Association suisse des infirmières et infirmiers et Swiss Dental Hygienists. Le programme national d'arrêt du tabagisme est financé par le fonds de prévention du tabagisme.

Test pratique du système à la chlorhexidine CURASEPT ADS®

Pour la première fois des compliments

Grâce aux produits à la chlorhexidine de CURASEPT ADS®, Heinz Weisskopf (60 ans), de Bâle-Campagne, a reçu lors d'un récent contrôle chez son dentiste des compliments sur son hygiène bucco-dentaire. En effet, pour la première fois de sa vie, il a une hygiène bucco-dentaire équilibrée.

Monsieur Weisskopf, que s'est-il passé pour que vous utilisiez quotidiennement les produits bucco-dentaires à la chlorhexidine de CURASEPT ADS®?

Heinz Weisskopf: Il y a trois ans, mon dentiste m'a parlé en toute franchise. Il m'a demandé de m'imaginer l'état de mes dents comme une bille reposant sur un disque plat. Par rapport à mon hygiène bucco-dentaire, il s'agit de garder cette bille en équilibre le mieux possible.

Un diagnostic alarmant.

Chez nous à la maison, où j'ai grandi dans les années soixante, l'hygiène bucco-dentaire était secondaire. Pour cette raison, mes

dents ne sont pas en très bon état. (...) Mais ce n'est qu'avec CURASEPT ADS® que j'ai réussi à conserver cet équilibre imaginé par mon dentiste.

Franchement, où en serait la situation s'il n'existait pas les produits CURASEPT ADS® pour l'hygiène bucco-dentaire?

Mon dentiste ne m'aurait pas complimenté sur l'excellence de mon hygiène bucco-dentaire lors de ma dernière consultation. Cela ne m'était encore jamais arrivé.

Pour lire l'entretien en entier, consultez: www.curaprox.com.



Le système CURASEPT ADS® à la chlorhexidine: efficacité de la CHX, presque aucun effet secondaire, observance maximale

Curasept ADS® – Efficacité

«Chlorhexidine with ADS® is as efficient in reducing the signs of gum inflammation, in comparison to a mouthwash exclusively with Chlorhexidine.»¹

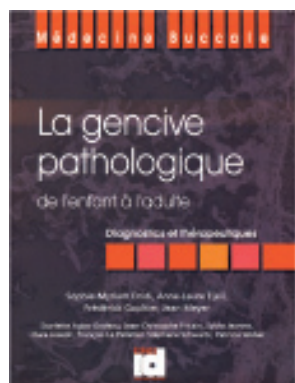
«Plaque and Gingival Index have shown a similar trend, both with a traditional mouthwash with Chlorhexidine and with a mouthwash with Chlorhexidine+ADS®.»²

«After a fortnight, no remarkable differences were found between a mouthwash containing Chlorhexidine only and another one with Chlorhexidine+ADS®, as for Plaque Index and Gingival Index.»³

¹ Étude clinique croisée, randomisée et en triple-aveugle Cortellini (2008): CORTELLINI P, PINI PRATO G, TONETTI M ET AL. Chlorhexidine with an Anti Discoloration System after periodontal flap surgery: a cross-over, randomized, triple-blind clinical trial. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 614-620.

² Étude clinique croisée, randomisée, en double-aveugle, contrôlée effectuée en Italie par Basso (2008): BASSO ET AL. A modified mouthwash, to reduce the discoloration caused by Chlorhexidine. *Dental Cadmos*, set 76 (7), 2008.

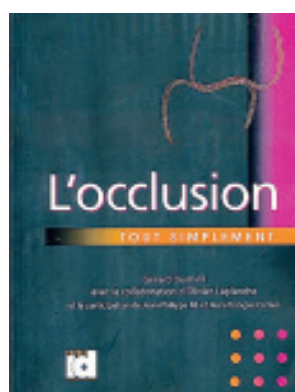
³ Étude clinique internationale croisée, randomisée, en double-aveugle par Bernardi (2004): BERNARDI F, PINCELLI MR, CARLONI S ET AL. Chlorhexidine with an Anti Discoloration System. A comparative study. *Int J Dent Hyg*. 2004; 2: 122-6.



La gencive pathologique

Auteur: Sophie-Myriam Dridi, Anne-Laure Fjeil, Frédérick Gaultier, Jean Meyer, Editeur: Espace ID, Année 11/2013, pages: 240, ISBN 9782361340124, EUR 169

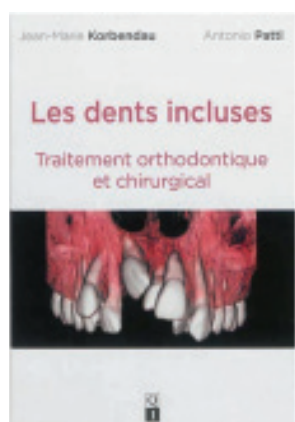
C'est le seul ouvrage qui traite exclusivement des lésions gingivales non induites par la plaque dentaire, faisant ainsi le lien entre parodontologie, médecine buccale et dermatologie. Les auteurs ont fait le choix de décrire les lésions par pathologie (ce qui est habituel); ils ont aussi et surtout voulu partir de l'examen clinique et des lésions élémentaires (ce qui est novateur lorsqu'on parle spécifiquement de gencive) qui servent de base en dermatologie (qu'elle soit buccale ou non) pour aboutir au diagnostic. L'autre caractéristique est de détailler les pathologies du point de vue fonctionnel, mais surtout selon l'âge du malade, permettant ainsi de distinguer les différences d'évolution et les éventuelles spécificités de prise en charge. Une iconographie très riche, a été choisie pour caractériser au mieux les pathologies décrites; les fiches cliniques effectuant la synthèse sont claires et adaptées à une pratique quotidienne. Souvent difficile à appréhender, la conduite à tenir face à chaque situation est ici hiérarchisée, exhaustive et adaptée.



L'occlusion tout simplement

Auteur: Gérard Duminil, Olivier Laplanche, Année: 2014, Nombre de pages: 224, Editeur: Espace ID, ISBN 9782361340131, EUR 78

L'objectif de ce livre est de démystifier ces a priori et de montrer la part incontournable de l'occlusion dans la pratique quotidienne depuis la simple obturation occlusale, jusqu'aux traitements prothétiques. De la même manière que le solfège est la base pour un musicien, quelques notions fondamentales sont indispensables pour appréhender l'appareil manducateur dans sa globalité ainsi que les interactions de ses divers composants. Coécrit par des cliniciens et des universitaires, les notions exposées dans cet ouvrage sont la synthèse d'une longue pratique clinique et pédagogique. Il est accordé une grande place à l'iconographie dans tous les chapitres pour en agrémenter la lecture et faciliter la compréhension.



Les Dents Incluses – Traitement orthodontique et chirurgical

Auteur: Jean-Marie Korbendau, Editeur: Quintessenz International, Année: 11/2013, pages: 362, Illustrations: 950, ISBN 978-2-36615-013-1, EUR 195

Dégager une dent incluse, chez l'enfant et l'adolescent, consiste à recréer les conditions d'une éruption normale, en restaurant le couloir et en préparant un espace adéquat sur l'arcade pour offrir à la dent la possibilité d'évoluer au milieu d'un parodonte sain. Ce livre très illustré concerne l'ensemble des dents incluses maxillaires et mandibulaires et décrit la chronologie et la coordination des interventions, les protocoles chirurgicaux, dans une optique conservatrice très actuelle. Une place importante est allouée aux examens radiologiques, scanner et cone beam, pour déterminer l'indication thérapeutique et les protocoles chirurgicaux et orthodontiques.

NEW

BESUCHEN SIE UNS AN DER

DENTAL BERN

MAI 22 | 23 | 24 2014

HALLE 3.0 - STAND E24

paro[®]

Made in Switzerland

EINFACH – GRIFFFIG – GUT

Die erfolgreiche **paro[®]flexi grip** Familie erhält Zuwachs!



DIE SUPER FEINE

Interdentalbürste für die engsten Zahnzwischenräume!



xxxxx-fein – super fine
zylindrisch, Ø 2.0 mm
Einführungs-Ø 0.6 mm
1078

paro[®]flexi grip – pink

DER ALLROUNDER

für ein unterschiedliches Spektrum der Zahnzwischenräume – auch für KFO!



x-fein
konisch, Ø 1.9/5 mm
Einführungs-Ø 0.8 mm
1079

paro[®]flexi grip – orange

paro[®]classic Zahnbürsten ultrasoft – soft – medium



DIE BALANCE EFFIZIENTER REINIGUNG UND TOP HYGIENE

Dank neuem kompakten Bürstenkopf-Design mit einer Vielzahl von erstklassigen Nylon-Filamenten in offener Anordnung



paro[®] exS39

paro[®]M39 – medium

paro[®]S39 – soft

paro[®]exS39 extra sensitiv – ultrasoft

paro[®]classic Zahnbürsten

PROFIMED
Ihr Partner für Dentalprophylaxe

Profimed AG
Dorfstrasse 143
8802 Kilchberg

0800 336 411
info@profimed.ch
www.profimed.ch/shop

Offizieller Partner von

Swiss Dental Hygienists

paro[®] PROPHYLAXE SYSTEM

www.paro.com



ZAHN- UND MUNDPFLEGE
Zahnpasten sowie Mund- und
Zahnsplüngen



ZAHNBÜRSTEN
Von Kinder- bis medizinische Zahnbürsten
sowie hydro-aktive Schallzahnbürsten



ZAHNZWISCHENRAUM
Interdentalbürsten, Brush-Sticks,
Zahnhölzer und Zahnseide

Spürbar besser!



TRISA Professional Sonic, die Schweizer Schallzahnbürste für ein strahlend schönes Lachen.

Überlegene Tiefenreinigung, dank **30'000*** Schallbewegungen.



MODE

-  CLEAN
-  MASSAGE

SMART DISPLAY

-  MODE
-  ACCU
-  CHARGE



* Bei vollständig geladenem Akku. Aufgrund des technischen Aufbaus können Abweichungen von +/- 10% auftreten.

Leading technology behind your smile

made in Switzerland 

