

Die Rolle der Kieferorthopädie beim Lückenschluss durch dentale Implantate

Von Dr. Clemens Fricke und Dr. Marc Hansen.



Fall 1 (Abb. 1–10f): **Abb. 1 und 2:** Intraorale Ausgangssituation. **Abb. 3:** OPG vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung. **Abb. 4:** Einbringen der festsitzenden Behandlungsapparatur. Im Oberkiefer wurden passiv selbstligierende, im Unterkiefer interaktiv selbstligierende Brackets geklebt. **Abb. 5:** Kontroll-OPG nach Abschluss der 15-monatigen kieferorthopädischen Behandlung. **Abb. 6:** Insertion des dentalen Implantats Regio 22. **Abb. 7:** Kontroll-OPG nach Implantatinsertion. **Abb. 8:** Eingliederung einer Verblendmetall-Zahnkrone auf individualisiertem Titan-Abutment. **Abb. 9:** Klinische Situation mit noch fehlender Papille und unbefriedigendem Gingivaverlauf.

Sollen fehlende Zähne durch eine prothetische Versorgung ersetzt werden, ist in den meisten Fällen Teamwork gleich mehrerer zahnärztlicher Fachdisziplinen gefragt. So ist oft zunächst eine präprothetische kieferorthopädische Behandlung erforderlich, um die Voraussetzungen für einen ästhetisch ansprechenden Zahnersatz zu schaffen. Insbesondere dem Lückenmanagement für das Set-

zen dentaler Implantate kommt hierbei eine wichtige Rolle zu.

Die Kieferorthopädie erfordert bei vielen Indikationen eine enge Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachdisziplinen auch außerhalb der Zahnmedizin. So ist beispielsweise die Kooperation mit der Orthopädie und Physiotherapie bei der Diagnostik und Therapie einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) unverzichtbar.

Enge Berührungspunkte zu spezialisierten Bereichen der Zahnmedizin ergeben sich vielfach bei geplanten prothetischen Versorgung, z. B. mittels Implantaten. Oftmals sind hier in einem ersten Schritt kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, um das Setzen des Implantats zu ermöglichen. Dies soll nachfolgend anhand von zwei Fallbeispielen gezeigt werden.



Abb. 10a: Klinische Situation vier Wochen später mit optimiertem Weichgewebe. **Abb. 10b–f:** Intraorale Aufnahmen nach kieferorthopädischem Behandlungsabschluss.

Fallbeispiel 1 (Abb. 1–10)

Die 40-jährige Patientin stellte sich in der implantologischen Praxis vor und äußerte den Wunsch, eine bestehende Maryland-Brücke im Frontzahnbereich durch ein Implantat zu ersetzen. Die vor vielen Jahren in einer anderen zahnärztlichen Praxis gefertigte Brücke löste sich immer wieder. Zudem war es durch die zusätzlichen Klebeschichten, die aufgebracht wurden, ohne die alten Kunststoffreste zu entfernen, zu einer Verlagerung der Zähne 21 und 23 nach labial gekommen (Abb. 1 und 2). Auf dem in der implantologischen Praxis neu angefertigten Orthopantomom-

ogramm zeigte sich die Problematik der konvergierenden Zähne 21 und 23 deutlich (Abb. 3). Selbst bei Einsatz eines schmalen Implantats wäre hier keine enossale Implantation möglich gewesen. Daher wurde die Patientin zur Beratung in eine kieferorthopädische Praxis überwiesen.

Nach Entfernung der Adhäsivbrücke wurde im Oberkiefer eine passiv selbstligierende und im Unterkiefer eine interaktiv selbstligierende Bracketapparatur eingebracht, wobei aus ästhetischen Gründen im oberen sowie unteren Frontzahnbereich jeweils Keramikbrackets zur Anwendung kamen – Damon® Clear (Fa. Ormco) im OK (3-3, außer 22) so-

wie In-Ovation® C (Dentsply GAC) im UK (5-5). Ziel der kieferorthopädischen Behandlung im Oberkiefer war es, mittels optimaler Tip- und Torquewerte eine korrekte Zahnstellung in labial-palatinärer Richtung zu erreichen sowie die Wurzeln der Zähne 21 und 23 gerade zu stellen. Im Unterkiefer galt es, die vorhandenen leichten Engstände zu korrigieren.

Durch die Low-force- und Low-friction-Behandlungsphilosophie des eingesetzten passiv selbstligierenden Bracketsystems konnte innerhalb kürzester Zeit die Wurzelsituation 21 und 23 für das geplante Implantat optimal korrigiert werden (Abb. 4). Nach einer Gesamtbehandlungszeit von knapp 15 Monaten wurde ein Kontroll-OPG angefertigt, auf dem schließlich die korrekte Wurzelstellung erkennbar war (Abb. 5). Somit konnte im Anschluss die Implantation eines durchmesserreduzierten zweiteiligen Implantats Regio 22 erfolgen (Abb. 6 und 7).

Bei komplikationslosem Heilungsverlauf wurde nach der Einheilphase des Implantats eine VMK-Krone auf einem individualisierten Titan-Abutment eingliedert (Abb. 8). Der zunächst nicht befriedigende Gingivaverlauf sowie die fehlende Papille (Abb. 9) wurden nicht chirurgisch korrigiert, da sich bei korrekter Gestaltung des Kontaktpunktes zum Nachbarzahn und anatomisch sauber gearbeiteter Krone die Papille vorhersagbar neu bilden würde. Nach vier Wochen zeigte sich das Weichgewebe weiter optimiert und nach drei Monaten ohne weitere Maßnahmen perfekt geheilt (Abb. 10a).

Die Abschlusskontrolle in der kieferorthopädischen Praxis zeigte neben den begradigten und aufgerichteten Zahnachsen der Zähne 21 und 23 weitere Resultate: Die Symmetrie wurde optimiert, die Kopf-/Kreuzbisstendenz rechts überstellt und die Lachlinie in eine positive umgewandelt. Das harmonische Breitenverhältnis der Frontzähne im Sinne des „Goldenen Schnitts“ konnte erreicht werden. Weiterhin zeigten sich eine stimmige Rot-Weiß-Ästhetik sowie eine physiologische Darstellung der Papillen (Abb. 10b–f).



Fall 2 (Abb. 11a–16e): Abb. 11a–e: Intraorale Ausgangssituation. Abb. 12a–e: Einbringen der festsitzenden Behandlungsapparatur. Im Oberkiefer wurden Lingualbrackets, im Unterkiefer ästhetische Standardbrackets geklebt. Abb. 13a–e: Behandlungsfortschritt nach 24 Monaten. Abb. 14a–e: Intraorale Aufnahmen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung und vor Eingliederung der prothetischen Versorgung.

Fallbeispiel 2 (Abb. 11–16)

Die 28-jährige Patientin äußerte in der implantologischen Praxis den Wunsch nach festsitzendem Zahnersatz im Unterkiefer (Zähne 36, 46, 47) sowie nach einer Korrektur ihrer in beiden Zahnbögen vorhandenen Fehlstellungen. Im

Rahmen der entsprechenden kieferorthopädischen Diagnostik zeigte sich, dass die Patientin eine mandibuläre Mitterverschiebung nach rechts aufwies – ohne Zwangsbiß und frei von jeglicher CMD-Symptomatik. Des Weiteren war die Okklusionsebene nach rechts oben hin schief. Der Biß war im rechten Sei-

tenzahnbereich offen; in der Front sowie im linken Seitenzahnsegment befanden sich nahezu alle Zähne im Kopfbiß (Abb. 11a–e).

Die Patientin hatte hohe Ansprüche an die Ästhetik und Funktion, daher wurde eine möglichst unauffällige und gleichzeitig effiziente KFO-Therapie gewählt.

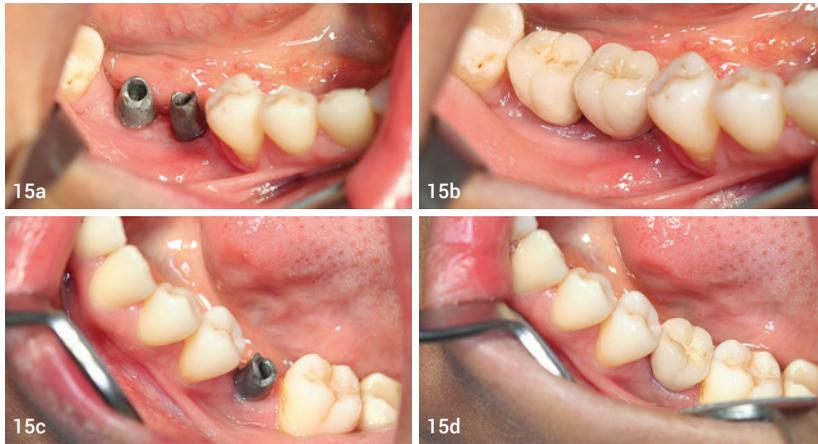


Abb. 15a–d: Eingliederung der prothetischen Versorgung im Unterkiefer.

Dabei wurde der Oberkiefer mit einer individualisierten Lingualapparatur (Fa. Ormco) behandelt. Aufgrund der großen Lücken im Unterkiefer und der präprothetischen Zielsetzungen fiel die Entscheidung hier zugunsten bukkaler Keramikbrackets (Clarity™, Fa. 3M Unitek) (Abb. 12a–e). Beim Kontrolltermin 24 Monate später (Abb. 13a–e) ließ sich bereits ein so guter Behandlungsfortschritt erkennen, dass die Insertion der dentalen Implantate im Unterkiefer geplant und entsprechend erfolgen konnte. Nach erfolgter Implantation, Einheilphase sowie Freilegung (Abb. 14a–e) wurde schließlich

die prothetische Versorgung eingegliedert (Abb. 15a–d). Bei der Abschlusskontrolle in der kieferorthopädischen Praxis zeigten sich eine sichere statische und dynamische Okklusion, ausgeformte Zahnbögen sowie stabile parodontale Verhältnisse. Der rechtsseitig offene Biss konnte geschlossen und die Zahnachsen sowie die Okklusionsebene korrigiert werden. Die Kopfbißsituation war aufgelöst und in physiologische Verhältnisse überführt worden. Der neutrale Lachbogen wurde in einen positiven Lachbogen optimiert (Abb. 16a–e).



Abb. 16a–e: Finale intraorale Aufnahmen mit eingegliedert prothetischer Versorgung.

Fazit

Die dargestellten beiden Patientenbeispiele machen deutlich, wie wichtig bei einer geplanten Implantation die enge Kooperation von Implantologie und Kieferorthopädie ist. Je nach Indikation ist eine vorherige kieferorthopädische Therapie oft unerlässlich, um den Wunsch des Patienten nach einem ästhetisch wie funktionell höchsten Anforderungen entsprechenden Zahnersatz entsprechen zu können. Erfolgen Fallbesprechungen und Planungen hierbei im Expertennetzwerk, ist eine optimale Versorgung des Patienten möglich, die eine extrem hohe Zufriedenheit und damit nicht zuletzt auch regionale Reputation nach sich zieht.

kontakt



Dr. Clemens Fricke

Fachzahnarzt für KFO
Saarlandstraße 80–82, 44139 Dortmund
Tel.: +49 231 22240810
info@fricke-ritschel.de
www.fricke-ritschel.de



Dr. med. dent. Marc Hansen

Zahnarzt und Fachzahnarzt
für Oralchirurgie
Schüruferstraße 206, 44269 Dortmund
Tel.: +49 231 441045
rezeption@zahnarzt-dr-hansen.de
www.zahnarzt-dr-hansen.de

Modulares Factoring nach Maß

Erfolg für Ihre Praxis

Unser modulares Factoring stellt Ihre Praxis auf sichere Beine: Steigern Sie Ihren Umsatz und senken Sie Ihren Organisationsaufwand und Ihr finanzielles Risiko.

Factoring bedeutet:

WENIGER

- ✓ Organisationsaufwand
- ✓ finanzielles Risiko
- ✓ unternehmerisches Risiko

MEHR

- ✓ Liquidität für die Praxis
- ✓ Umsatz
- ✓ Service für Ihre Patient*innen
- ✓ Wachstum

