

Oberkieferfrontversorgung mit Presskeramikveneers

In diesem Beitrag wird die Behandlung eines Patienten (40 Jahre) mit guter allgemeiner Gesundheit vorgestellt. Die Ausgangssituation in diesem Patientenfall zeigt eine durch Attrition (exzessives Kaugummikauen) verkürzte Oberkieferfrontbeziehung in Kopfbissstellung.

Anamnese

Der Erstbesuch und die Erhebung der allgemeinmedizinischen Anamnese erfolgte im Januar 2005. Es liegen bis dato keine Grunderkrankungen vor. Das Recallintervall liegt bei sechs Monaten.

Vorausgegangen war eine schrittweise Rehabilitation der Ober- und Unterkiefer-Seitenzahnbereiche mittels Presskeramikteil-kronen sowie die konservierende Versorgung der Zähne 42, 43 mit Tetric EvoCeram (Ivoclar Vivadent) bis in das Jahr 2011. Der Behandler regte nach Abschluss der Sanierung eine „Verlängerung“ der durch Attrition mittlerweile stark reduzierten Frontzähne an, da eine Progression anhand der Krankengeschichte (Studienmodelle, Fotostatus) eindeutig zu verzeichnen war und ein „Abgleiten des Unterkiefers“ aus der Kopfbiss-situation bevorstand.

Der Patient war dann nach Aufklärung und eingehender Beratung an der Weiterbehandlung seines Kauorgans interessiert. Er legte zudem Wert auf eine ästhetisch-funktionelle und dauerhafte Verbesserung seiner Situation und stand einer notwendigen ästhetisch-rekonstruktiven Rehabilitation aufgeschlossen gegenüber.

Klinische Befunde

Funktionsstatus

Die manuelle und klinische Funktionsanalyse ließ auf eine parafunktionelle Aktivität (Patient kaut exzessiv Kaugummi) schließen. Zahn 33 ist abradert, zudem zeigen sich Abrasionen an den oberen Front- und Eckzähnen und am bereits erwähnten linken unteren Eckzahn. Es



Abb. 1

Abb. 1: Beim Lächeln zeigt sich eine leichte Asymmetrie links. – Abb. 2: Im OK und UK ist ein regelmäßiger Gingivasaum erkennbar. – Abb. 3: Die Zahnform soll bei der Neuversorgung beibehalten werden.

liegt eine Angle-Klasse I-Verzahnung vor. Die Oberkieferfront steht abrasionsbedingt im Kopfbiss. Die manuelle Führung ergab eine Abweichung in maximaler Interkuspitation (ohne Führung) und zentraler Kondylenposition (mit Führung). Keine Krepitationsgeräusche der Gelenke, unauffällige Öffnungs- und Schließbewegung, keine Druckdolenz der Muskulatur bei Palpation. Gelegentliche leichte Kopfschmerzen.

Rote Ästhetik

Im Ober- und Unterkiefer ist ein regelmäßiger Gingivasaum sowie wohlgeformte Interdentalpapillen zu erkennen (Abb. 2). Es liegt ein Biotyp mit dünner Gewebestärke vor. Der Patient verfügt über eine normal geformte Oberlippe. Die Lachlinie verläuft anterior mittelhoch und im Seitenzahnbe-

reich wird die gesamte Gingiva (v. a. links) exponiert (Abb. 1). Beim Lächeln zeigt sich eine leichte Asymmetrie links (seitlich hohe Lachlinie), welche aber dezent erscheint und den Patienten nicht stört.

Weißer Ästhetik

Zahnlänge: Die Oberkieferfront ist eindeutig zu kurz, was dem Patienten bis dato nicht aufgefallen war und ihn auch nicht störte. Das entspannte Lächeln zeigt nur wenig oder kaum Zähne. Der Schneidekantenverlauf folgt der Konkavität der Unterlippe (berührungsinaktives Verhältnis).

Zahnform: Die durch den dünnen Biotyp bedingte rechteckig imponierende Zahnform der Oberkieferfrontzähne erscheint dem Patienten harmonisch und soll bei der Neuversorgung beibehalten werden (Abb. 3).

Dentalstatus

Zahnform: Es zeigen sich generell Attritionen im Ober- und Unterkiefereckzahnbereich (Abb. 4 und 5). Die Inzisalkanten sind vorwiegend im Bereich der oberen mittleren und seitlichen Frontzähne deutlich verkürzt. Die ursprüngliche anatomische Kauflächenstruktur in den Seitenzahnbereichen ist durch die vorangegangene Sanierung in Keramik bereits rehabilitiert. Zahnfarbe: Der Patient störte sich daran nicht. Auf Anraten des Behandlers wurde eine merkliche Aufhellung/Farbanpassung der Frontzahnreihe vorgeschlagen, um der ursprünglichen Zahnfarbe sowie der bereits inkooptierten Keramikrestaurationen in den Seitenzahnbereichen entsprechend gerecht zu werden.

Zusammenfassung

Zahnstellung: Im Oberkiefer erscheint der Zahnbogen ausrei-

chend harmonisch. Die Oberkieferfront steht im Kopfbiss. Zusammenfassung der ästhetischen Problematik: Es zeigt sich hinsichtlich der Länge, Stellung (Kopfbiss-situation) und Farbe der Zähne ein objektiv verbesserungswürdiger Zustand, welcher auf Anraten des Behandlers und schließlich mit dem Einverständnis des Patienten im Rahmen einer umfassenden Rehabilitation auch erreicht werden sollte.

Diagnosen

Bei dem untersuchten Patienten konnten eine leichte Parafunktion (Kaugummikauen), Schmelzverlust im oberen Frontzahnbereich sowie fehlende Führung bei Protrusion (Kopfbiss-situation) festgestellt werden. Des Weiteren stellte sich eine leichte Störung der statischen und dynamischen Okklusion (Attrition 33, fehlende Eckzahnführung) heraus. Die Kaumuskulatur zeigte keine Druckdolenz bei Palpation. Der Patient besitzt ein prothetisch und konservierend suffizient versorgtes Erwachsenenengebiss.

Intraoraler Fotostatus – Anfangsbefund

Die Aufnahmen der Lateral- und Okklusalanalysen wurden gespiegelt, um eine seitenrichtige Darstellung wiederzugeben, Zustand nach Sanierung im SZB, Aufnahme-datum: 10.07.11 (Abb. 6 und 7).

Behandlungsplan

1. Dentalhygiene (Abformung für Situ-Modelle, Wax-up, Fotostatus)
2. In-Office-Bleaching des Oberkieferfrontsegmentes 13-23
3. Präparation für die definitive Versorgung im Oberkiefer 13-23 mit Presskeramikveneers
4. Abdrucknahme, Bissnahme in HIKP, Gesichtsbogenübertragung, Anproben und definitive Eingliederung in den Folgesitzungen
5. Nachkontrolle und Nachsorge

Behandlungsablauf

- Behandlungssitzung: Prophylaxesitzung einschließlich Reevaluation und professioneller Zahnreinigung, Abformung OK/UK mit Alginate, Fotostatus.
- Mock-up Oberkieferfront (Abb. 8 bis 10).
- In-Office-Bleaching OK-Front 13-23 (Opalescence Boost 35%, Ultradent) für 45 Minuten (3x 15 Minuten)
- Präparation der Zähne im Oberkiefer in lokaler Anästhe-



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

Abb. 4 und 5: Attritionen im UK- und OK-Eckzahnbereich sind sichtbar. – Abb. 6 und 7: Lateralansicht.

max[®]
e.
IPS

DAS EINZIGE
ZIRKONIUMOXID
DAS IPS e.max[®] HEISSEN DARF!



IPS e.max[®] ZirCAD

Die perfekte Kombination aus Festigkeit, Ästhetik und Transluzenz



- Polychromatische MT Multi-Scheibe für Effizienz und höchästhetische Restaurationen
- Hohe Festigkeit und Bruchzähigkeit für ein breites Indikationsspektrum
- Geringe Wandstärken für minimalinvasive Präparationen
- Drei Transluzenzstufen (MO, LT, MT) für natürliche Ästhetik

www.ivoclarvivadent.de

Ivoclar Vivadent GmbH

Dr. Adolf-Schneider-Str. 2 | D-73479 Ellwangen, Jagst | Tel. +49 7961 889 0 | Fax +49 7961 6326

ivoclar
vivadent[®]
passion vision innovation

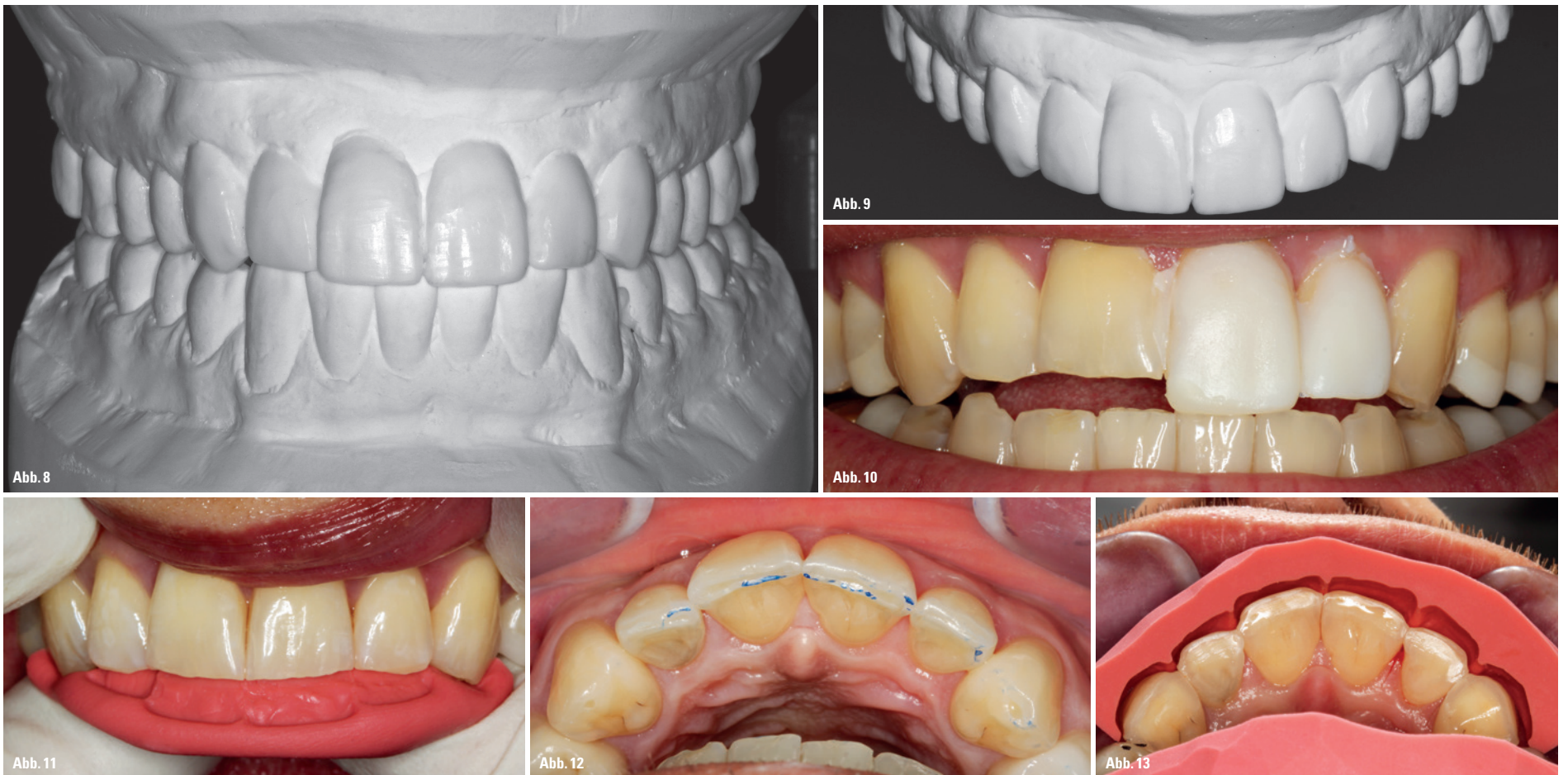


Abb. 8–10: Mock-up OK-Front. – Abb. 11–13: Überprüfung der Platzverhältnisse anhand des Wax-up-gefertigten Silikonschlüssels vor der Präparation.

sie (Articain 1:100.000, Aven-tis) unter Zuhilfenahme einer Lupenbrille (4,5-fache Vergrößerung, ZEISS).

- Präparation der Zähne im Oberkiefer zur Aufnahme von Presskeramikveneers (Hohlkehldiamant 886012 M, Öko-DEN und Finierer FG 8878/014, Komet Dental; Abb. 14).
- Einkürzen der Inzisalkanten, um die Kopfbissituation prothetisch auflösen zu können.

Kontrollierter Substanzabtrag mithilfe eines aufklappbaren Silikonschlüssels (Abb. 11 bis 14).

- Zweifache Abdrucknahme der präparierten Zähne mittels Doppelfadentechnik: Einbringen eines ersten, getränkten (Racestypine solution, Septodont) Fadens (Ultrapak 0, Ultradent), über welchen ein zweiter getränkter Faden größeren Durchmessers gelegt

wird (Ultrapak 1, Ultradent). Wartezeit bis zur Abdrucknahme mit den gelegten Fäden etwa 10 Minuten. Die Abdrucknahme erfolgt nach Entfernung des zuletzt gelegten Fadens (der zuerst gelegte Faden geringeren Durchmessers verbleibt im Sulkus) mittels eines A-Silikons in Doppelmischtechnik einzeitig: Umspritzung der präparierten Zähne mit dünnfließendem

Material (Express Ultra-Light Body, 3M ESPE) und Einbringen des schwerfließenden Materials, (Express Penta Putty, 3M ESPE) in einen Abdrucklöffel (Rim Lock, DeTrey).

- Bissnahme in HIKP (Abb. 15) mit Wachsbissregistrator (Beauty Pink Extra hart, Moyco Ind., Philadelphia) und Verschlüsselung mit dünnfließendem Zinkoxid Eugenol Material (Super Bite Bosworth, Illinois).

- Registrieren der gelenkbezogenen Position des Oberkiefers mittels Gesichtsbogen (Artex 3D, Amann Girrbach Dental, Pforzheim). Bestimmung der Idealwinkel der Zähne aus frontaler Sicht mit dem Clinometer nach Dr. Behrend (Amann Girrbach).
- Gegenkieferabformung (UK) mit Alginat (Alginat, Cadco).
- Provisorische Versorgung der präparierten Zähne mittels Silikonschlüssel (via Wax-up angefertigt) und Pro Hot Temp 3 Garant A1 (3M ESPE; Abb. 16). Eingliederung der Veneerprovisorien nach Ausarbeitung und Kontrolle von Randpassgenauigkeit und Okklusion durch punktförmige Schmelzätzung mit 35%iger Phosphorsäure, Primen und Bonden mit Syntac Classic (Ivoclar Vivadent).
- Erste Anprobe. Entfernung der provisorischen Versorgung und sorgfältige Reinigung der präparierten Zähne. Aufsetzen der Frontzahnveneers (Empress, Ivoclar Vivadent) mit Glyceringel (Variolink II Try-In, Ivoclar Vivadent).
- Kontrolle auf Randpassung, exakten Sitz sowie Überprüfung der Okklusion, Artikulation und Phonetik (Abb. 17).
- Eingliederung der definitiven Versorgung im OK (Abb. 18 und 19). Zum Einsetzen der Veneers wird nach vorherigem Abstrahlen (RONDOflex plus, KaVo) mit Aluminiumoxidpulver der Korngröße 27mm (RONDOflex plus, KaVo) und Schmelzätzung mit 35% Phosphorsäure (Ultra-Etchy, Ultradent) eine selektive adhäsive Befestigung der zuvor geätzten und silaniserten (Monobond S Silan, Ivoclar) Empress Veneers mit Syntac Classic (Ivoclar Vivadent) und Vario-



Abb. 14: Fertiggestellte Veneerpräparation 13-23. – Abb. 15: Bissnahme mit Wachsbissregistrator. – Abb. 16: Provisorische Versorgung der präparierten Zähne. – Abb. 17: Anprobe der vom Labor angelieferten Presskeramikveneers.



Abb. 18 und 19: Eingliederung der definitiven Versorgung im OK. – Abb. 20–28: Abgeschlossene prothetische Behandlung.

link II (Ivoclar Vivadent) vorgenommen.

- Ausführliche und detaillierte Besprechung des ästhetischen Ergebnisses mit dem Patienten.
- Abschlusskontrolle sämtlicher funktioneller und ästhetischer Parameter.
- Nachkontrolle und Erhebung der Abschlussbefunde.
- Aufnahme in das Nachsorgeprogramm (Recallintervall halbjährlich).

Diskussion

In dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine aufwendig ästhetisch-rekonstruktive Rehabilitation^{1,2}, mit deren Ergebnis sich der Patient vollumfänglich zufrieden zeigt. Seitens des Behandlers wurde eine Verlängerung der klinischen Kronen der Oberkieferfront (prothetisch) mit einhergehender Korrektur der Eckzahnführung (additiv in Form eines Table Top-Veneers an 33) sowie eine Auflösung der Kopfbissituation, um die Unterkieferfront wieder „einfangen“ zu können, ange-regt.³

Aufgrund der bereits vorange-gangenen rehabilitierten Seitenzahnbereiche im Mai 2011 konnte mit der abschließenden prothetisch-ästhetischen Rekon-

struktion der Oberkieferfront sofort begonnen werden. Die Rehabilitation des Frontzahn-bereichs mit Presskeramik-veneers geschah auf Anraten des Behandlers.^{4,5} Alternativ wäre die Behandlung ausschließ-lich mit Komposit oder kombiniert mit Veneers und Komposit durchführbar gewesen.⁶ Die gegenüber Keramik verminderte Abrasionsresistenz und einem damit verbundenen zyklischen Erneuerungsbedarf der Kompositrestaurationen sprachen wiederum für die prothetische Versorgung. Zudem zeichnet sich Keramik durch bessere biologische (Plaue-akkumulation) und material-spezifische (Farbtransluzenz und Beständigkeit) Eigenschaften gegenüber Komposit aus. Somit war auch angesichts des noch jungen Alters des Pa-tienten und dem Wunsch einer langfristig ästhetischen Ver-sorgung Rechnung getragen.^{1,4} Einem regelmäßigen Recall steht der Patient sehr aufge-schlossen gegenüber. Abschließend betrachtet stellt sich das Behandlungsergebnis auch für den Behandler in äst-hetisch-rekonstruktiver Hin-sicht als Erfolg dar. Die Pro-gnose ist aufgrund der vorrangig sanierten Seitenzahnbereiche aus biologischer Sicht (Präpa-ration Seitenzähne im Teilkro-nendesign zur Schonung der Zahnhartsubstanz) sowie der programmierten Eckzahnfüh-rung aus funktioneller Sicht⁷ betrachtet, als positiv zu wer-ten. Parodontal liegen keine Entzündungen vor. Der Patient ist völlig gesund. Die häusliche Mundhygiene wird sehr gewissenhaft betrie-ben. Das Tragen der Nachtschiene erhöht die Sicherheit und bietet Schutz vor Überlas-

tung in Stressphasen. Das ex-zessive Kaugummikauen wird vom Patienten in Zukunft durch Selbstbeobachtung auf ein Mini-mum reduziert bleiben.

Schlussbefunde

Funktionsstatus
Die manuelle und klinische Funktionsanalyse ergab keinen auffälligen Befund. Für die dynamische Okklusion wurde eine Front-Eckzahn-gestützte Variante programmiert. Die ma-nuelle Führung ergab weiterhin eine Abweichung in maximaler Interkuspidation (ohne Führung) und zentraler Kondylenposition (mit Führung). Keine Krepita-tionsgeräusche der Gelenke, unauffällige Öffnungs- und Schließbewegungen.

Rote Ästhetik
Es zeigen sich stabile und ge-sunde Weichgewebsverhältnisse nach abgeschlossener prothetischer Behandlung (Abb. 21). Die leichte Irritation der Gingiva an Zahn 22 ist auf ein me-

chanisches Trauma beim Ent-fernen der Kompositüberschüsse zurückzuführen.

Weiß Ästhetik
Zahnlänge: Die Oberkieferfront findet der Behandler nun aus-reichend lang und wird auch vom Patienten nach anfäng-licher Skepsis mit Begeisterung angenommen. Das entspannte Lächeln zeigt ca. 10mm der Frontzahnreihe (Abb. 20). Der Schneidekantenverlauf folgt der Konkavität der Unterlippe. Zahnform: Die rechteckige Zahn-form wurde in die definitive Sanierung übernommen, ledig-lich die distalen Randleisten an 11 und 21 wurden etwas konvexer gestaltet. Die Veneer-oberflächen wurden mit hori-zontalen und vertikalen Tex-turen versehen und verhelfen den Restaurationen dadurch zu einem natürlichen und an-sprechenden Erscheinungsbild (Abb. 22).

Dentalstatus
Die additiv an 33 aufgebaute Eckzahnführung genügt nun

den funktionellen (laterale me-diotrusive Bewegungen) und äst-hetischen Ansprüchen. Die ur-sprüngliche anatomische Kau-flächenstruktur wurde durch die prothetische Sanierung wieder-hergestellt.
Zahnfarbe: Durch das vorran-gige In-Office-Bleaching konnte eine ansprechende Aufhellung der Oberkieferfront erreicht wer-den.
Zahnfarbe: Die Auswahl der Zahnfarbe erfolgte auf Anra-ten des Behandlers und mit Einverständnis des Patienten (VITA-Skala A1).
Zahnstellung: Der OK-Front-Überbiss wurde auf drei Milli-meter vergrößert.
Die Abbildungen 23 bis 28 zei-gen das Follow-up nach vier Jah-ren. Leichte Rötungen des mar-ginalen Gingivasaumes und Blutungspunkte sind auf die unmittelbar vorangegangene professionelle Zahnreinigung zurückzuführen. ZT



Abb. 28

ANZEIGE

Acry Lux V
Der echt preiswerte 3-Schicht-Zahn

www.logo-dent.de

LOGO-DENT Tel. 07663 3094

Infos zum Autor

Literatur

ZT Adresse

Dr. Sven Egger, M.Sc., M.Sc.
Grünpfahlgasse 8
4001 Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 2618333
DrSven-Egger@aesthetikart.ch
www.aesthetikart.ch

ZT Noemi Benedek
Schönbeinstr. 21/23
4056 Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 2610101
noemi@malanet.ch
www.wermuth-zahntechnik.ch

BESTELLSERVICE

Jahrbuch Digitale Dentale Technologien 2017

Interdisziplinär und nah am Markt

BESTELLUNG AUCH
ONLINE MÖGLICH



www.oemus-shop.de



Lesen Sie im aktuellen
Jahrbuch DDT 2017:

Grundlagenartikel

Fallbeispiele

Marktübersichten

Produktinformationen

49 €*

Fax an **0341 48474-290**

Senden Sie mir folgende Jahrbücher zum angegebenen Preis zu:

Bitte Jahrbücher auswählen und Anzahl eintragen.

_____	Digitale Dentale Technologien 2017	49,- Euro*
_____	Laserzahnmedizin 2017	49,- Euro*
_____	Endodontie 2017	49,- Euro*
_____	Prävention & Mundhygiene 2017	49,- Euro*
_____	Implantologie 2017	69,- Euro*

* Preise verstehen sich zzgl. MwSt. und Versandkosten. Entsigelte Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.

Name/Vorname

Telefon / E-Mail

Unterschrift

Praxisstempel

ZT 10/17