



Abb. 2: Intraorale Aufnahmen vor Behandlungsbeginn.

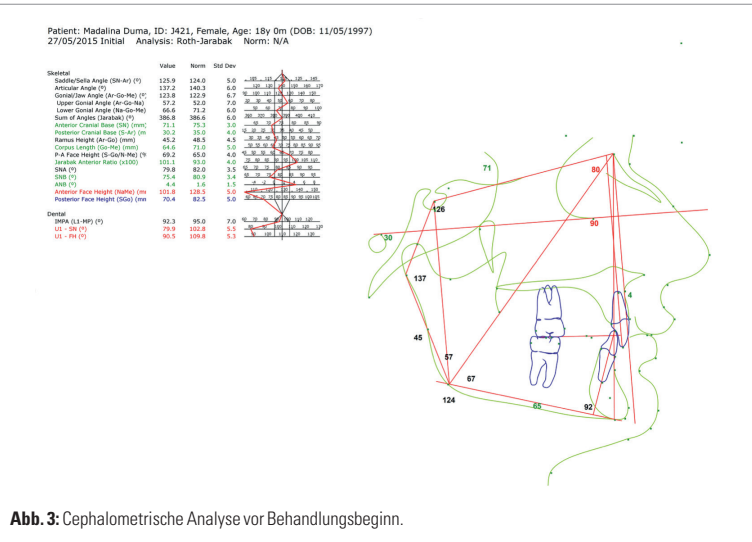


Abb. 3: Cephalometrische Analyse vor Behandlungsbeginn.

Behandlungsziele

Die wichtigsten Behandlungsziele für diese Patienten bestanden in:

- der Erreichung eines Klasse I-Verhältnisses von Eckzähnen und Molaren
- dem Proklinieren der oberen Schneidezähne
- dem Erreichen eines adäquaten Overjet und Overbite
- dem Auflösen des Engstands
- sowie der Verbesserung der Gesichtsästhetik und der Erhaltung eines geraden Profils.

Behandlungsalternativen

Basierend auf der klinischen Untersuchung und der Auswertung aller gewonnenen digitalen Daten wurden der Patientin zwei Behandlungspläne vorgeschlagen:

1. Kieferorthopädische präorthodontische Dekompensation,

Fortsetzung auf Seite 12 KN

KN Fortsetzung von Seite 1
Digitale Synergie – Schritt für Schritt

All diese Ziele können durch Einsatz digitaler Hilfsmittel erreicht werden. Die Einführung

mensionale Druck, verbessern die Vorhersagbarkeit von Behandlungsergebnissen.³ Werden zu diesen Daten dann noch Fotos sowie Videoprotokolle ergänzt, kann ein „digitaler Patientenklon“ erstellt werden, wodurch

Fallbeispiel

Diagnose und Ätiologie

Eine 18-jährige Patientin stellte sich bezüglich einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Das Hauptanliegen war dabei die Verbesserung ihres unästhetischen Lächelns.

Die initiale extraorale faciale Untersuchung offenbarte eine skeletale Klasse II mit mandibulärer Unterentwicklung, eine reduzierte Höhe des unteren Gesichtsdrittels sowie ein konvexes Profil mit prominentem Kinn. Die Analyse ihres Lächelns zeigte eine Retrusion der oberen Schneidezähne sowie einen Engstand der oberen Frontzähne, was letztlich zu diesem ungewollten Erscheinungsbild beitrug (Abb. 1). Die Auswertung der intraoralen Aufnahmen und digitalen Modelle verdeutlichte eine Klasse II/2-Malokklusion, einen Tiefbiss, einen mittleren Engstand im Oberkiefer sowie leichten Engstand im Unterkiefer, eine leichte (2 mm) maxilläre transversale Diskrepanz aufgrund der dentalen Kompensationen sowie keinerlei Kiefergelenksymptome (Abb. 2). Die digitale cephalometrische Analyse ergab eine skeletale

Klasse II aufgrund der Retrusion des Unterkiefers, ein hypodivergentes Gesichtsmuster sowie retroklinierte obere Schneidezähne zur Kompensation der skelettalen Klasse II-Beziehung (Abb. 3).

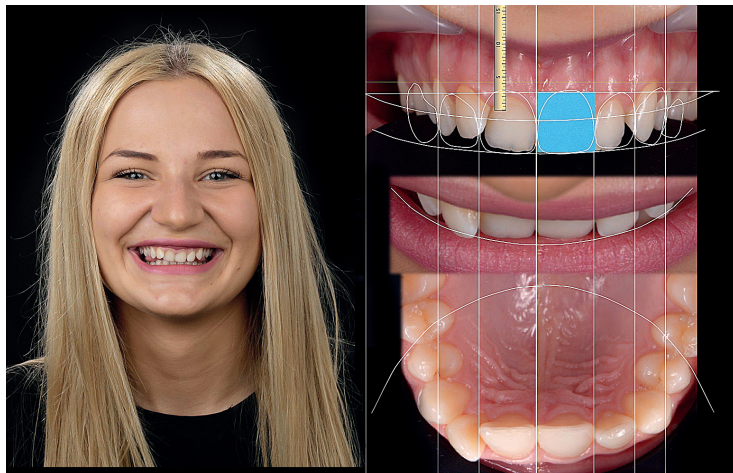


Abb. 4: Virtuelle Planung – digitales Smile Design.

der digitalen dreidimensionalen Bildgebung in die Kieferorthopädie und orthognathe Chirurgie, wie z. B. die damit verbundene Generierung von DVT-Daten, das intraorale Scannen bzw. Scannen von Modellen, die Software zur 3D-Analyse und -Therapieplanung oder der dreidi-

letztlich nicht nur Stuhlzeiten für den Patienten effizient reduziert werden können. Vielmehr ist es möglich, dass alle Beteiligten des interdisziplinären Behandlungsteams auf diesen Patientenklon bzw. dessen digitale Daten entsprechend zugreifen können.⁴

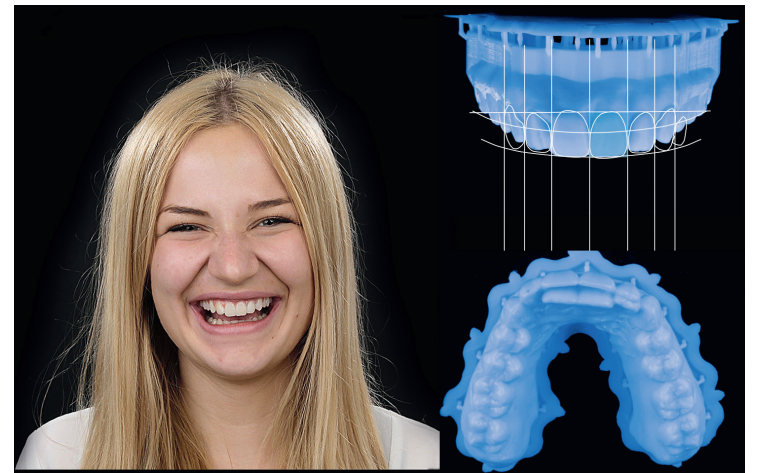


Abb. 6: Foto der Patientin mit eingefügtem digitalen Mock-up.

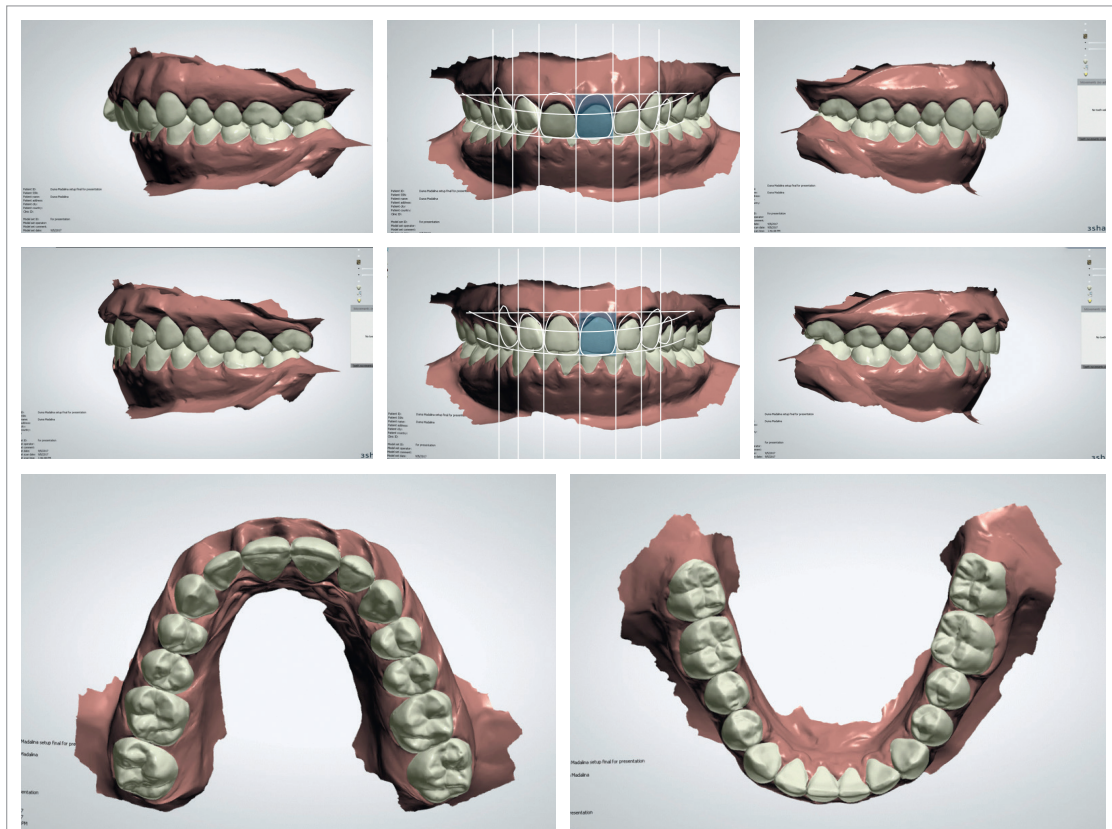


Abb. 5: Digitales kieferorthopädisches Set-up.



Abb. 7: Indirektes Klebtray auf dem digitalen Set-up-Modell.



Abb. 8: Oberes und unteres Transfertray für das indirekte Kleben der kieferorthopädischen Behandlungsapparatur.



S Y N E R G Y®

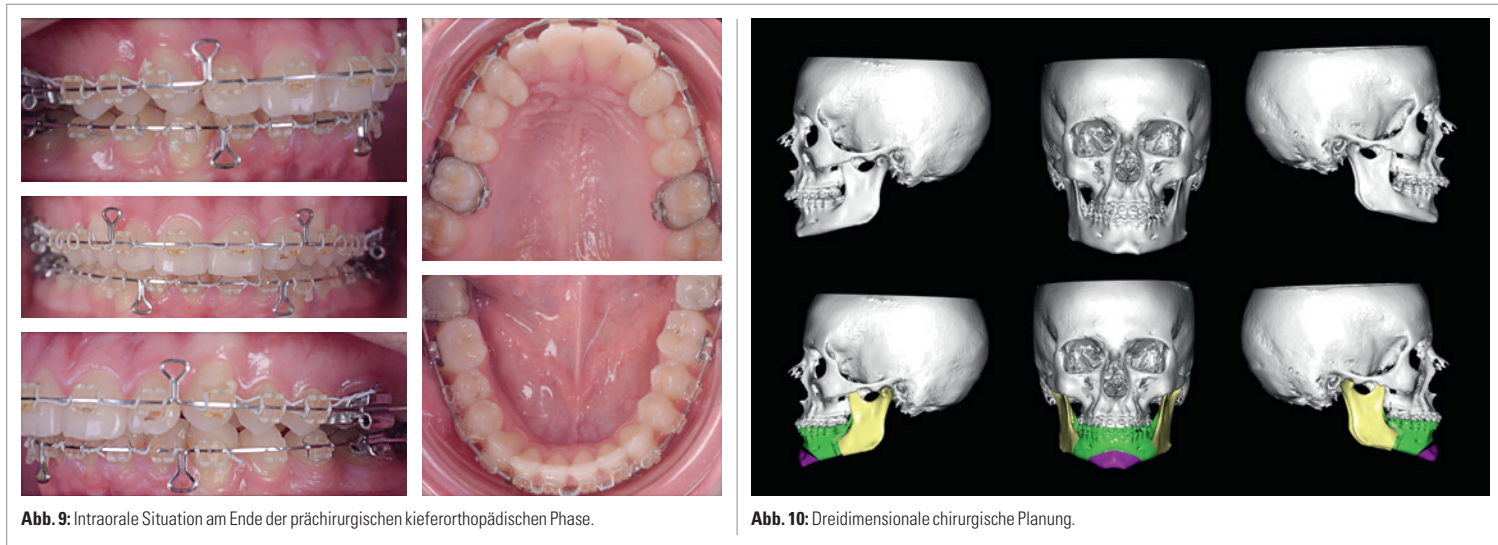
Ein reibungsloses Ergebnis

- Geringere Friktion
- FSC® -Vielfältige Ligiermöglichkeiten
- Reduzierte Behandlungszeiten
- Abgerundete Bogenwände
- Flaches Profil



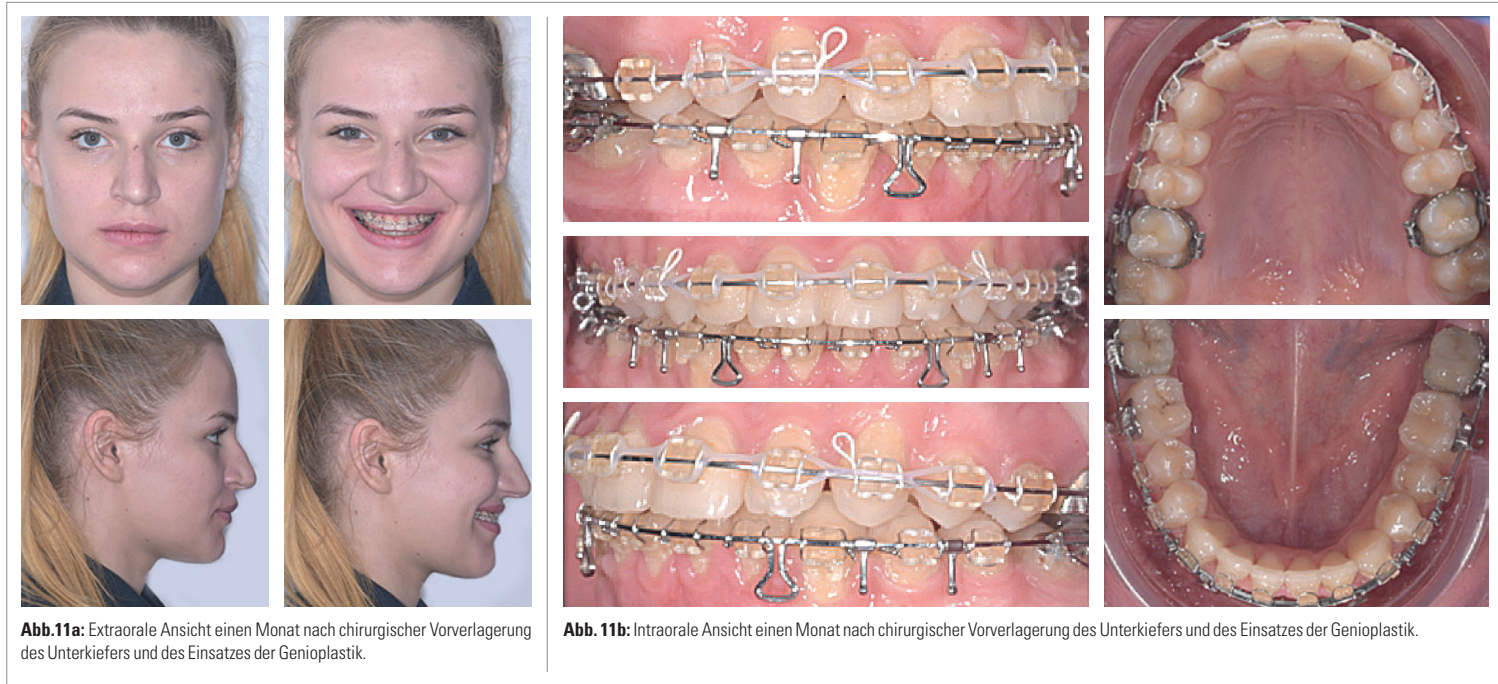
Distributed by

orthocaps®



Keramikbrackets mit .022"er Slot wurde im Ober- und Unterkiefer eingesetzt, um das Levelling und Aligning der Zähne zu realisieren. Die Apparatur wurde mithilfe individualisierter Transfertrays indirekt geklebt. Um die vorhergesagten Ergebnisse der kieferorthopädischen Behandlung zu erreichen, wurden die Brackets auf dem kieferorthopädischen Set-up-Modell (Abb. 7) platziert und mittels Tiefziehverfahren ein weiches Transfertray hergestellt. Als nächstes wurde das Transfertray für jeden Zahn individuell ausgeschnitten und die separierten Teile auf dem initialen Abdruck der Patientin platziert, um die kinetischen Informationen vom Set-up auf die Zähne der Patientin zu übertragen. Nun wurde ein hartes Transfertray über dem initialen Abdruck mit den individuellen Trays hergestellt, sodass die Brackets nun bereit für den indirekten Klebevorgang waren (Abb. 8).

Nach dem Auf- und Ausrichten der oberen und unteren Zähne sowie der erfolgten Dekompensation wurden die beiden Zahnbögen koordiniert, und nach einem Jahr aktiver kieferorthopädischer Behandlung war die Patientin bereit, sich der orthognathen Chirurgie zu unterziehen (Abb. 9). Zu diesem Zeitpunkt wurde zur Planung des chirurgischen Eingriffs zur Vorverlagerung des Unterkiefers ein neues Set digitaler Daten erstellt (Abb. 10). Zur gleichen Zeit wurde ebenfalls eine Genioplastik zur Kinnreduktion realisiert, da das Kinn der Patientin sehr prominent war. Nach erfolgter orthognather Chirurgie wurden die okklusalen Verhältnisse sowie die Gesichtsästhetik verbessert (Abb. 11a und b).



KN Fortsetzung von Seite 10

gefolgt von einer chirurgischen Vorverlagerung des Unterkiefers sowie einer postchirurgischen kieferorthopädischen Finishingphase, um die skeletalen und okklusalen Verhältnisse zu korrigieren sowie die Gesichtsästhetik zu verbessern und das Profil der Patientin zu begradigen.

2. Kieferorthopädische Kompensation der skeletalen Diskrepanz. In diesem Fall könnten zwar die okklusalen Ziele erreicht werden, jedoch würde keine ästhetische Verbesserung erfolgen. Darüber hinaus könnte die Gesichtsästhetik noch mehr beeinträchtigt sein.

Die Patientin entschied sich für den ersten Behandlungsplan.

Vor Behandlungsbeginn erfolgte eine schriftliche Einverständniserklärung.

Im Rahmen des Planungsvorgangs wurden prothetische Hilfsmittel eingesetzt. Um ein gesichtsästhetisches Design festzulegen, kam ein digitales „Smile Design“ zum Einsatz, welches die horizontalen und vertikalen Ebenen (Abb. 4) errechnete. Mithilfe der 3Shape Ortho Analyzer Software wurde ein digitales Set-up erstellt (Abb. 5) und gemäß des DSD (Digitales Smile Design) wurden alle drei Achsen im Vorfeld der Behandlung geplant. Anhand dieser Modelle wurden dann die Bracketpositionen festgelegt und in das initiale Modell übertragen. Das Ganze erfolgte innerhalb eines Prozesses, der im Folgenden beschrieben wird.

Ein motivierendes (bukkales) Design wurde ausgedruckt und für die Patientin zur Simulation des finalen Ergebnisses (Abb. 5) benutzt. Dieses Design wird als Mock-up in den Patientenmund übertragen (Abb. 6) und anhand von Videoaufnahmen der Vorher-Nacher-Situation dargestellt. Dieses Vorgehen – so finden wir Autoren – beeinflusst die Fallakzeptanz in einem hohen Maße, insbesondere bei chirurgischen Fällen.

Der vorliegende Fall umfasste keine restaurativen Komponenten außer den speziellen restaurativen Planungshilfen.

Behandlungsfortschritt

Der erste Schritt innerhalb des Behandlungsplans umfasste die kieferorthopädische Dekompensation im Vorfeld der Unterkieferverlagerung. Eine festsetzende kieferorthopädische Apparatur (Adenta, DISCREET™

Fortsetzung auf Seite 14 KN



Abb. 12: Extraorale Ansicht nach Behandlungsende, nach Debonding.



Abb. 13: Vorher- und Nachher-Fotos der Patientin.



Abb. 14: Intraorale Aufnahme am Ende der Behandlung, nach Debonding.



Abb. 15: Panoramaaufnahme nach Debonding.

ALLER GUTEN DINGE SIND DREI.

CA DIGITAL **IHR PARTNER FÜR DIGITALE KFO**



Der **CA® CLEAR ALIGNER** von CA DIGITAL ist einfach dreifach gut:

3 innovative Materialstärken für bis zu 1 mm Zahnbewegung pro Step, 3 Steps pro Abformung für präzisere Ergebnisse und all das online mit nur 3 Klicks. Dank innovativer Softwarelösungen, integriertem Workflow und fortschrittlichen Behandlungsmöglichkeiten ist CA DIGITAL damit der richtige Partner für alle Praxen, die den Schritt in die Digitalisierung planen.

CA DIGITAL - Ihre digitale Zukunft ist nur einen Klick entfernt: www.ca-digit.com



Fortsetzung von Seite 12

Drei Monate nach dem chirurgischen Eingriff wurde die kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen und die Apparatur entfernt. Es folgte eine Retentionsphase.

Behandlungsergebnisse

Die aktive Behandlung konnte nach 15 Monaten abgeschlossen werden. Die Patientin wies ein ästhetisch ansprechendes Lächeln und eine verbesserte Gesichtsästhetik mit einem begradigten Profil auf (Abb. 12 und 13). Die intraorale Auswertung der Okklusion zeigte sowohl rechts als auch links ein Klasse I-Verhältnis der Eckzähne und Molaren sowie einen adäquaten Overjet und Overbite mit einer guten Interkuspidation (Abb. 14). Die Zahnwurzeln waren laut Panoramaraöntgenaufnahme parallel ausgerichtet (Abb. 15) und die digitale cephalometrische Analyse ergab eine Vorverlagerung des Unterkiefers mit minimalen Veränderungen in der Position des Oberkiefers sowie eine Protrusion der oberen Schneidezähne (Abb. 16).

Diskussion

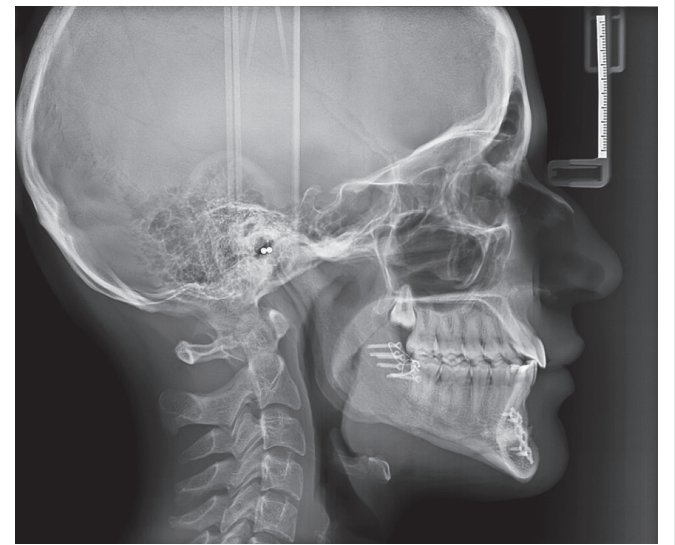
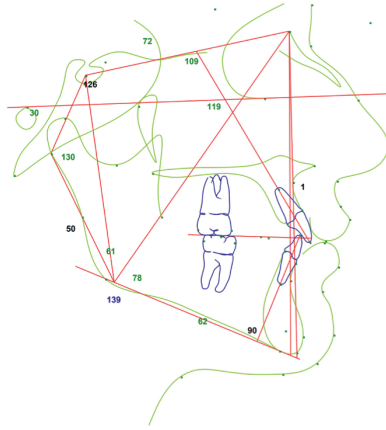
Skelettale Malokklusionen sind bei erwachsenen KFO-Patienten ein häufiger Grund für eine ästhetische und funktionale Beeinträchtigung. Eine kombinierte kieferorthopädisch-orthognathe Therapie scheint die beste Möglichkeit zu sein, um sowohl die okklusale Funktion zu verbessern als auch eine an-

Patient: Madalina Duma, ID: J421, Female, Age: 20y 4m (DOB: 11/05/1997)
14/09/2017 Progress Analysis: Roth-Jarabak Norm: N/A

Skeletal	Value	Norm	Std Dev	Dev Bar
Sella/Cella Angle (S-C-A) (°)	126.1	124.0	5.0	0.4
Articular Angle (°)	130.0	140.3	6.0	-1.7 *
Condylar Angle (Ar-Co-Me) (°)	138.8	122.8	6.7	2.3 ***
Upper Central Angle (Ar-Co-Me) (°)	61.0	52.0	7.0	1.3 *
Lower Central Angle (Ar-Co-Me) (°)	77.0	75.2	6.0	1.1 *
Sum of Angles (Jawbase) (°)	394.7	395.6	6.0	-1.4 *
Anterior Cranial Base (ACB) (mm)	72.2	75.3	5.0	-1.0 *
Posterior Cranial Base (PCB) (mm)	29.6	25.0	4.0	1.4 *
Articular Height (Ar-Co) (mm)	49.9	46.5	4.0	3.3 *
Corpus Height (Co-Me) (mm)	61.9	75.0	5.0	-1.8 *
Articular Face Height (Ar-Co/Ar-Me) (%)	80.4	60.0	4.0	19.1 **
Articular Anterior Base (AB) (mm)	101.4	65.0	4.0	21.1 **
SNB (°)	79.1	82.0	3.0	-2.9 *
SIB (°)	78.0	80.8	3.4	-2.8 *
ANB (°)	1.1	1.2	1.5	-0.3
Anterior Face Height (AFH) (mm)	112.7	125.5	5.0	-12.8 ***
Posterior Face Height (PFH) (mm)	72.4	82.5	5.0	-10.1 ***

Dental	Value	Norm	Std Dev	Dev Bar
IMPA (I1-MP) (°)	89.5	95.0	7.0	-5.5 *
UI - SN (°)	108.5	102.8	5.5	5.7 *
LI - SN (°)	118.6	109.8	5.3	8.8 *

Abb. 16: Cephalometrische Analyse zum Ende der Behandlung.



sprechende Gesichtsästhetik zu realisieren.⁵ Einer der Hauptgründe, warum sich solche Patienten an eine Fachzahnarztpraxis wenden, ist die Gesichtsästhetik.⁶ In Anbetracht dessen stellt eine kieferorthopädische Camouflage-Behandlung keine Option für sie dar, da durch Einschlagen dieses Behandlungspfades die Gesichtsästhetik sogar noch verschlimmert werden könnte, oder, im besten Falle, so bleibt wie sie ist, sodass das Hauptanliegen der Patienten unerfüllt bleibt.

Jedoch, sich für oder gegen eine solch komplexe kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie zu entscheiden, kann für manche Patienten mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. In solchen Fällen kann die digitale Simulation des Behandlungsergebnisses ein wertvolles Instru-

ment beim Erreichen der Zustimmung des Patienten darstellen.

Im dargestellten Fall waren die virtuelle Simulation in Form eines digitalen kieferorthopädischen Set-ups, welches entsprechend des digitalen Smile Designs umgesetzt wurde, sowie das 3D-gedruckte Mock-up und digitale Set-up von zentraler Bedeutung für das Erreichen der Patientenzustimmung innerhalb der Planungsphase der Behandlung.

Der Erfolg einer solch komplexen Behandlung, in die mehrere Spezialisten involviert sind, hängt von einer genauen, vorhersagbaren Ergebnisse gewährleistenden Diagnose und Behandlungsplanung ab.⁷ 3D Imaging Tools stellen bei der Sicherstellung einer akkuraten Datensammlung und -analyse ein unverzichtbares Instrument dar, wel-

ches darüber hinaus die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Behandlerenteams sowie die komplexe Therapieplanung verbessert.

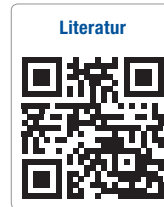
Bei chirurgischen Fällen wie diesem ist die prächirurgische Position der Zähne essenziell, um korrekte chirurgische Bewegungen zu ermöglichen. Aus diesem Grund sollte eine digitale Planung der prächirurgischen Zahnpositionen auch vor dem chirurgischen Eingriff durchgeführt werden.³ Im dargestellten Fall wurde dies durch ein digitales Set-up realisiert.

Um die Reproduzierbarkeit der simulierten Ergebnisse sicherzustellen, kam des Weiteren die beschriebene indirekte Klebtechnik zum Einsatz, welche dafür sorgt, dass das finale Ergebnis auch das gewünschte ist. Darüber hinaus kann der Kieferorthopäde das Set-up im Verlauf der Behandlung kontrollieren, um zu sehen, ob die prächirurgischen Ziele erreicht wurden oder noch weitere Anpassungen erforderlich sind. Somit reduziert sich die finale, postchirurgische Phase wie es im beschriebenen klinischen Beispiel der Fall war, wo die postchirurgische kieferorthopädische Behandlung lediglich drei Monate umfasste.

Eine virtuelle chirurgische Planung mithilfe von bildgebenden Hightech-Verfahren sowie verschiedenen Softwares erlaubt – im Vergleich zu konventionellen zweidimensionalen Verfahren – eine bessere Diagnose, Behandlungsplanung sowie Simulation der chirurgischen Ergebnisse.^{8,9} Weitere Vorteile – neben einer virtuellen dreidimensionalen Planung – sind die Beseitigung zeitraubender Laborschritte, die zudem zu Fehlern führen können; die Erhebung genauerer Daten hinsichtlich der dreidimensionalen Anatomie des Patienten sowie die Möglichkeit der virtuellen Erstellung zahlreicher Simulationen verschiedenster chirurgischer Ansätze, um letztlich den bestmöglichen auswählen zu können (dies ist bei der konventionellen Modellchirurgie unmöglich).¹⁰

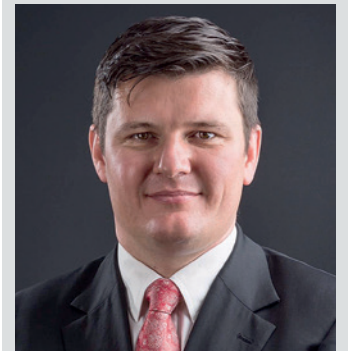
Zusammenfassung

Die kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung ist komplex und erfordert eine sorgfältige Diagnose und Behandlungsplanung, um erfolgreich zu sein. Eine virtuelle Behandlungsplanung erweitert sich für vorhersagbare Ergebnisse als nützlich, und virtuelle Behandlungssimulationen sind essenziell, um die Zustimmung des Patienten für den vorgeschlagenen Therapieplan sowie dessen gute Mitarbeit zu erwirken.

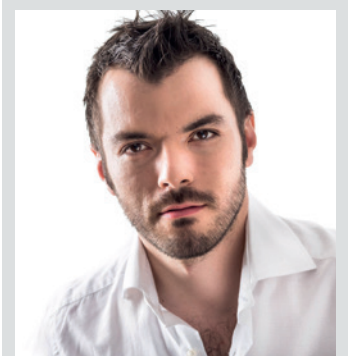


Literatur

KN Kurzvita



Dr. Ioan Barbur [Autoreninfo]



Dr. Florin Cofar [Autoreninfo]



KN Adresse

Dr. Ioan Barbur
Centrul Ortodontic Cluj
Strada Andrei Mureşanu, nr. 8
Cluj-Napoca
Rumänien
Tel.: +40 264 444423
www.centrulortodonticcluj.ro

ANZEIGE

Unser Programm 2018 für Ihren Praxiserfolg

Vorsprung durch Wissen mit Dipl.-Kffr. Ursula Duncker und Team

KFO MANAGEMENT BERLIN

Seminare | Beratungen | Produkte **2018**
www.kfo-abrechnung.de
Tel.: 030-96 06 55 90