

# „Mein Behandlungsziel ist die optimale Ästhetik“

Um bei Patienten mit Diskrepanzen hinsichtlich Frontzahngröße und/oder Unregelmäßigkeiten des Gingivarandes ein bestmöglich vorhersagbares sowie ästhetisches Ergebnis zu erzielen, ist es oft erforderlich, die kieferorthopädische oder parodontologische Chirurgie sowie restorative Zahnheilkunde bei der Therapieplanung mit einzubeziehen. Welche wichtige Rolle hierbei einem interdisziplinär agierenden Behandlungsteam zukommt, verdeutlicht Prof. Dr. Vincent Obren Kokich jr. im KN-Interview.

**KN** Ist ein perfektes Lächeln Ihr höchstes Behandlungsziel bzw. inwieweit ist der funktionale Aspekt hierbei auch zu berücksichtigen? Mein Ziel in jeder kieferorthopädischen Behandlung ist die optimale Ästhetik, jedoch nicht ohne die entsprechende Okklusion sowie das funktionale Verhältnis für den jeweiligen Patienten zu erreichen. Wie ein restaurativer Zahnarzt versuche ich, beim Gestalten der ästhetischen Zahnposition die Position der Schneidekanten während des Lächelns zu berücksichtigen, sodass ein korrektes Erscheinungsbild der Zähne beim Lächeln zu sehen ist bzw. wenn sich die Lippen in Ruheposition befinden. Ein gewisses Maß sichtbarer Schneidekanten bei Ruheposition der Lippen

verleiht dem Patienten ein jugendlicheres Aussehen. Jedoch müssen sich die ästhetischen Ziele der Behandlung eines Patienten in einem ausgewogenen Verhältnis zu den funktionalen Anforderungen einer stabilen und gesunden Okklusion befinden.

**KN** Was sind neben der Korrektur von Zahnfehlstellungen bzw. dem Erreichen „gerader Zähne“ Ihrer Meinung nach die wichtigsten Faktoren eines perfekten Lächelns? Die acht Faktoren, welche ich routinemäßig bei der Gestaltung eines ästhetischen Lächelns berücksichtige, sind:

- Zahnposition
- Zahnproportion
- Angulation der Schneidezähne (medio-laterale Position)

**Kurs „Interdisciplinary Management of Anterior Aesthetic Dilemmas“**

Referent: Prof. Dr. Vincent Obren Kokich jr.

Wann: Freitag, 24. September 2010, 9.00 Uhr

Wo: Hannover

Info/Anmeldung: Interdisciplinary Ortho-Dental Seminars Hannover  
Tel.: 05 11/55 44 77  
E-Mail: ios@raiman.de  
www.ios-hannover.de

- ideale gingivale Konturierung und Niveau
- „Lachlinie“ (Position der Schneidekanten im Verhältnis zur Unterlippe)
- sichtbarer Anteil der Gingiva beim Lächeln
- Symmetrie
- Überbiss/Overjet.

**KN** Verwenden Sie kieferorthopädische Laser für die Korrektur des Gingivarandes oder überweisen Sie solche Fälle an einen Parodontologen?

Ich verwende in meiner Praxis keine Laser, welcher Kapazität auch immer. Jedoch benutze ich eine elektrochirurgische Einheit, um einfache Gingivektomien durchzuführen. Sind umfangreichere Weichgewebsentfernungen oder Knochenresektionen erforderlich, dann greife ich auf einen Parodontologen zurück, um das Verfahren abzuschließen. Jedoch in jedem Fall liegt der Schlüssel für die Planung der entsprechenden Behandlung in der Diagnose. Eine Gingivektomie wird in der Regel durchgeführt, wenn die biologische Breite innerhalb der normalen Grenzen liegt und eine übermäßige Schmelz-Zement-Grenze bei einer erhöhten Sulkustiefe vorliegt. Jedoch, wenn die biologische Breite unzulänglich ist, kann eine Knochenrekontourierung notwendig sein, um normale klinische Kronenlängen sowie eine bessere Proportion zu schaffen. Dieses Verfahren ist jedoch schwieriger und erfordert die Präzision eines Parodontologen.

**KN** Ist eine Klasse I erforderlich, um ein perfektes Lächeln zu erhalten?

In meiner Praxis behandle ich einen großen Anteil erwachsener Patienten. Viele dieser Patienten blicken auf eine umfangreiche Geschichte restorativer Zahnbehandlungen zurück.

Oft stimmen die Schemata der wiederhergestellten Okklusion nicht mit einem idealen Klasse I-Verhältnis überein, jedoch weisen sie Langzeiterfolg sowie Stabilität auf. Diese 20- bis 30-jährige asymptotische Geschichte einer unvollkommenen Okklusion veranschaulicht, dass eine Klasse I bei erwachsenen kieferorthopädischen Patienten nicht immer notwendig ist. Dennoch versuche ich, gerade bei Aufrechterhaltung einer vorhandenen Okklusion während kieferorthopädischer Behandlungen, immer eine akzeptable anteriore Führung und Funktion bei optimaler Ästhetik des Lächelns zu erzielen.

**KN** Verwenden Sie Minischrauben?

Ja, ich nutze Minischrauben/TADs zur Verankerung beim Intrudieren von Zähnen, Retrahieren von Schneidezähnen sowie zum Protrahieren von Molaren. Ich habe einige von ihnen selbst inseriert, jedoch überweise ich hier normalerweise an meinen Chirurgen. Eine exzellente und vielleicht nicht genügend ausgeschöpfte Möglichkeit für TADs stellt die Korrektur von tiefen Überbissen bei erwachsenen Patienten dar. Häufig beruht ein starker Oberbiss auf einer Supraeruption der unteren Frontzähne. Folglich stellt die korrekte Behandlung dieser Diskrepanz hier die Intrusion des unteren anterioren Segments dar. Jedoch kann Verankerung manchmal minimal sein, insbesondere bei Patienten mit fehlenden unteren Molaren. In diesen Fällen inseriere ich für gewöhnlich eine Minischraube oder -platte in der unteren Symphyse. Dies verschafft mir genügend Verankerung, um das anteriore Segment zu intrudieren, die untere Spee'sche Kurve zu nivellieren und den starken Überbiss zu reduzieren. **KN**

## KN Kurzvita



Prof. Dr. Vincent Obren Kokich jr.

Dr. Kokich jr. studierte Zahnmedizin an der Tufts University sowie Kieferorthopädie an der University of Washington, wo er heute nebenberuflich als Affiliate Assistant Professor am Department of Orthodontics tätig ist. Er ist Preisträger des Charles L. Pincus Award for Clinical Research der American Academy of Esthetic Dentistry und Mitglied des Editorial Advisory Board für erweiterte Ästhetik und interdisziplinäre Zahnmedizin. Zudem ist er Diplomate des American Board of Orthodontics und Mitglied der Angle Society sowie American Academy of Esthetic Dentistry. Dr. Kokich's Forschungs- und Publikationstätigkeit ist hauptsächlich mit den Themen Ästhetik sowie interdisziplinäre Zahnmedizin verbunden.



Patient mit starkem anterioren Überbiss, bei dem eine Miniplatte in die Symphyse inseriert wurde, um eine direkte Intrusion des mandibulären anterioren Segments zu ermöglichen. Es standen mandibulär links keine posterioren Zähne für die Verankerung zur Verfügung.

ANZEIGE

## Die einfache, sichere Langzeit-Remineralisation

**Tiefenfluorid®** erzielt im Vergleich mit herkömmlichen Fluoridierungen nicht nur eine deutlich länger anhaltende, sondern auch etwa 100-fach stärkere Remineralisation\* des

Zahnes. Ermöglicht wird dies durch die Fällung von submikroskopischem CaF<sub>2</sub> und antibakteriell wirkenden Cu-Salzen in den vor Abrasion geschützten Poren der Auflockerungszone.

**Tiefenfluorid® bietet:**

- erstklassige Kariesprophylaxe
- Langzeit-Remineralisation auch schwer erreichbarer Stellen wie z. B. bei Brackets; dabei auch wirksam gegen White Spots
- effiziente Zahnhals-Desensibilisierung mit Depot-Effekt
- höchste Erfolgsquote bei mineralischer Fissurenversiegelung\*

**Messeangebot:**  
Probierpackung für 20 Euro netto

\* ZMK 1-2/99

### Ergebnisse der Knappwost-Forschung

In nur zwei Schritten zum Erfolg\*\*

**Erster Schritt:**

Touchierlösung einfach mit Wattepellet auftragen. Die Schmelzstruktur wird freigelegt und die komplexen Fluor- und Kupferionen können bis tief in die Trichterporen des Zahnschmelzes vordringen.

**Zweiter Schritt:**

Aufbringen der Ca(OH)<sub>2</sub>-haltigen Nachtouchierlösung

Die Nachtouchierlösung kann direkt danach bis in die Tiefe einwirken und erzeugt eine sofortige Ausfällung.

**Ergebnis:**

Die Trichterporen der Auflockerungszone sind homogen durch submikroskopische Calciumfluorid-Kristalle von ca. 5 nm aufgefüllt. Dort wirken sie lang anhaltend und sind sicher vor Abrasion geschützt.

**HUMANCHEMIE**  
Kompetenz in Forschung und Praxis

**Humanchemie GmbH** · Hinter dem Krüge 5 · D-31061 Alfeld/Leine  
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 · Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26  
www.humanchemie.de · eMail info@humanchemie.de