

ABOSERVICE

cosmetic dentistry

BESTELLUNG AUCH
ONLINE MÖGLICH



www.oemus-shop.de

Interdisziplinär und nah am Markt



Lesen Sie in der aktuellen
Ausgabe u. a. folgende Themen:

Fachbeitrag
Kunst des Lückenschlusses im Frontzahnggebiet – Chancen und Grenzen

Anwenderbericht
Direkte Kompositrestaurationen bei kieferorthopädischer Indikation

Spezial
„Wir setzen auf eine einheitliche Onlinepräsenz“

Erscheinungsweise:
4 x jährlich

Fax an **+49 341 48474-290**

Ja, ich möchte die **cosmetic dentistry** im Jahresabonnement zum Preis von 44,-€/Jahr inkl. MwSt. und Versandkosten beziehen.

Name, Vorname

Telefon, E-Mail

Unterschrift

Stempel

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt. Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

KN Kompendium 2020

Wenn die Mitte nicht im Zentrum ist

Von Dr. Santiago Isaza-Penco, Dr. Andrea Nakleh, Stefano Negrini und Dr. Thomas Lietz.

Teil 2

Die schablonengeführte Insertion

Die schablonengeführte Insertion gibt dem Anfänger, aber auch dem erfahrenen Kieferorthopäden, eine höhere Sicherheit als die freie Insertion. Denn bei der Planung (siehe Abschnitt „Analoger oder digitaler Weg“) und Realisierung der Insertionsrichtung hat man die Möglichkeit, die Verhältnisse aus den unterschiedlichsten Richtungen zu betrachten. Durch die Schablone wird die sagittale und transversale Richtung der Miniimplantate vorgegeben. Systemspezifisch, also markenabhängig, ist die vertikale Ausrichtung des Miniimplantats mit seinem Insertionsinstrument im Verhältnis zum Führungsrohr. Das muss in der jeweiligen Software hinterlegt sein, damit die am Computer geplante Insertionstiefe des Miniimplantats in die Realität umgesetzt werden kann.

Die Tiefenkontrolle kann per mechanischem Tiefenstopp oder nur rein optisch erfolgen (Abb. 15). Für die tomas®-pin haben die virtuell erzeugten (Abb. 10, 12 und 16) oder analog verbauten Führungshülsen (tomas®-guide tube, Abb. 13 und 17) eine Höhe von 12 mm. Die Insertionsinstrumente haben am Schaft einen Zylinder, der ebenfalls 12 mm hoch ist (Abb. 15). Dadurch hat man bei der Insertion die Tiefenkontrolle.

Das via TADmatch™ erzeugte Positionsmodell hat zwei parallel aus dem Modell ragende Zylinder (Abb. 12). Über diese Zylinder schiebt man die tomas®-guide tube, die auf das Insertionsinstrument (tomas®-guide driver) abgestimmt sind (Abb. 13 und 17). Als zusätzliche Sicherheit für die korrekte vertikale Position der Führungshülsen dient die umlaufende Rinne an den beiden Kunststoffzylindern des Positionsmodells (Abb. 12 und 17).



Abb. 15: Der tomas®-guide drill und der tomas®-guide driver passen exakt in das tomas®-guide tube. (© Dentaurum)

Bei der schablonengeführten Insertion sollte man trotz der Verwendung von selbstbohrenden Miniimplantaten unbedingt den kortikalen Knochen durch eine Vorbohrung perforieren. Dafür ist ein auf die Führungszylinder abgestimmter Vorbohrer mit kurzer Bohrspitze erforderlich (Abb. 15). Die Insertion des Miniimplantats durch die Führungszylinder ohne diese Vorbohrung führt in vielen Fällen dazu, dass die reale Position der Miniimplantate im Mund nicht mit der virtuellen Position im Computer übereinstimmt. Das kann sich negativ bemerkbar machen, wenn die Apparatur

nach der Pinposition im Computer bereits hergestellt wurde.

Das Problem tritt insbesondere bei Systemen auf, bei denen die Apparatur durch Verschrauben an den Miniimplantaten befestigt wird. Aus diesem Grund wird für manche Systeme doch wieder die zeitliche Trennung von Insertion und Eingliederung der Apparatur empfohlen. Das bedeutet, nach der Insertion der Miniimplantate wird eine (digitale oder analoge) Abformung genommen, um ein entsprechendes Arbeitsmodell zu generieren. Darauf wird dann im zweiten Schritt die Apparatur hergestellt.

Bei tomas® ist ein zweizeitiges Vorgehen (zeitliche Trennung von schablonengeführter Insertion und Eingliederung der Apparatur) nicht erforderlich, da die tomas®-abutments Abweichungen in der Insertionsrichtung von bis zu 10° ausgleichen können. Insofern werden eventuelle Diskrepanzen zwischen der Pinposition im Computer und im Mund ohne Probleme toleriert. Das heißt, man kann in jedem Fall in der gleichen Sitzung die schablonengeführte Insertion und die Eingliederung der Apparatur durchführen. Wird der digitale Weg gewählt, sind für das zweizeitige Vorgehen entsprechende Scan-Aufsätze erforderlich. Beim analogen Weg benutzt man systemspezifische Übertragungskapen (Abb. 19). Des Weiteren empfiehlt es sich immer, die Dicke der Schleimhaut in Insertionsrichtung festzustellen. Dies ist wichtig, um die richtige Länge der tomas®-pin auszuwählen. Beim digitalen Weg kann die Dicke der Schleimhaut annähernd durch die Überlagerung des Röntgenbildes mit dem digitalen Kiefermodell ermittelt werden (Abb. 21). Beim analogen Weg misst man nach der Anästhesie mit einer Sonde und einem Endo-Stopper die Dicke der Schleimhaut.

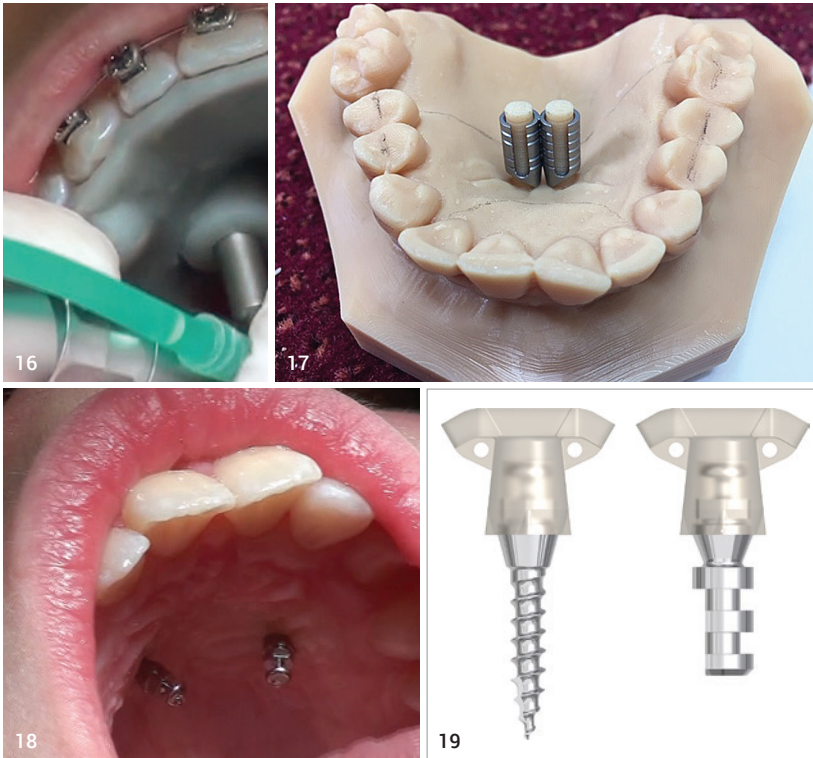


Abb. 16: Bei gedruckten Insertionsschablonen besteht der Führungszylinder für das Insertionsinstrument aus Kunststoff. **Abb. 17:** Die tomas®-guide tube auf dem gedruckten Positionsmo- dell. Eine umlaufende Rinne an beiden Kunststoffzylindern dient als Höhenkontrolle. **Abb. 18:** Bei der freien Insertion ist es schwierig, die Miniimplantate parallel zu setzen. Hier sind Abutments erforderlich, die solche Abweichungen leicht ausgleichen können. Dies ist durch die tomas®-abutments möglich. **Abb. 19:** Die tomas®-transfer cap dienen zur Übertragung der Pinposition vom Mund in die Modellsituation. (© Dentaurum)

Die freie Insertion

Bei der freien Insertion setzt man den ersten tomas®-pin am gewünschten Insertionsort an und drückt ihn bis zum Knochenkontakt durch die Schleimhaut. Jetzt kontrolliert man die Ausrichtung und schraubt den Pin bis zur erforderlichen Tiefe ein. Der zweite Pin ist im notwendigen, durch die Apparatur vorgegebenen Abstand zu setzen (siehe Abschnitt „Analoger oder digitaler Weg“). Dabei ist auf die parallele Ausrichtung der beiden Miniimplantate zu achten. Das erleichtert später die Anfertigung und Eingliederung der Apparatur. Das parallele Setzen ist unter Umständen nicht so einfach (Abb. 18) und es gibt auch keine Korrekturmöglichkeit. Mit den tomas®-abutments lassen sich diese Abweichungen leicht ausgleichen. Soweit dies nicht schon zuvor erfolgt ist, sind auf den Molaren Bänder mit Palatinalschlüssern und ggf. auch Röhren auf der Vestibulärseite zu

setzen. Danach erfolgt die Abformung. Zur Übertragung der Position der tomas®-pin nutzt man die tomas®-transfer cap (Abb. 19). Anschließend wird das Arbeitsmodell hergestellt.

Die digitale Herstellung der Apparatur

Bei der Herstellung der eigentlichen Apparatur bietet der digitale Weg auch einige Vorteile. Da es sich bei amda® um eine vorgefertigte Apparatur handelt, sind nur wenige Dinge am Computer zu planen und z. B. durch das SLM®-Verfahren in die Realität umzusetzen.

„Bei der schablonen- geführten Insertion sollte man trotz der Verwen- dung von selbstbohrenden Miniimplantaten unbedingt den kortikalen Knochen durch eine Vor- bohrung perforieren.“

Die Kraftübertragung von amda® auf den Zahn erfolgt via Bänder. Zur Kopp- lung des amda® connector mit dem Band kommen konventionelle Palati- nalschlösser zum Einsatz (Abb. 1). Die Digitaltechnik bietet die Möglich- keit, am Computer individuelle Bänder mit okklusalen Auflagen zu planen (Abb. 20). Diese enden vor dem Zahnfleischsaum. Das sind zwei enorme Vorteile gegen- über den herkömmlichen, konfektionier- ten Bändern.

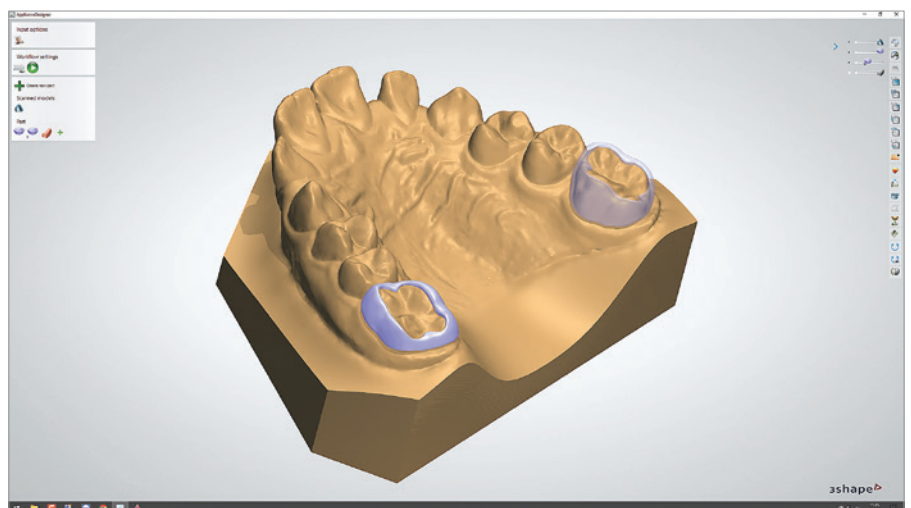


Abb. 20: Konstruktion der patientenindividuellen Bänder am Computer.

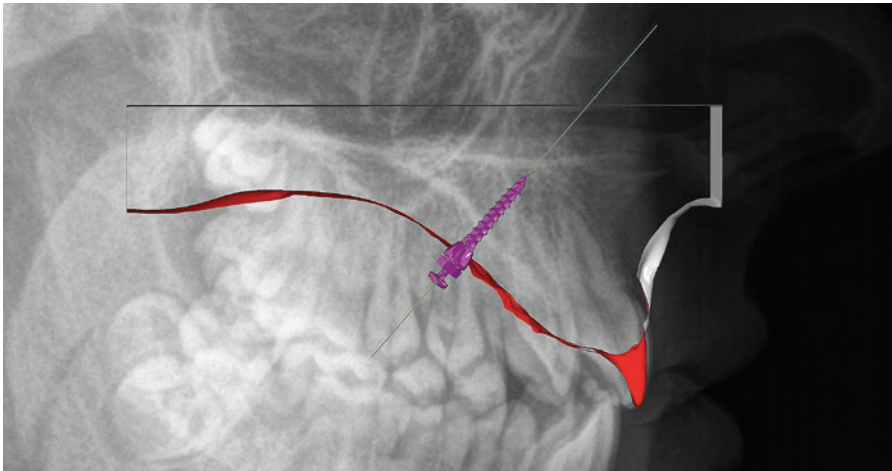


Abb. 21: Durch die Überlagerung von FRS und dem digitalen Modell kann die Dicke der Schleimhaut in Insertionsrichtung bestimmt werden. (@ Image Instruments)

Ein weiterer Vorteil der digital erzeugten und hergestellten Bänder ist die exzellente Angleichung an die Zahnform. Eine Traumatisierung des marginalen Parodonts ist ausgeschlossen. Aufgrund der Kongruenz der Bänder mit der Zahnoberfläche (ähnlich wie bei Modellgussklammern) wäre bei einer komplexen und in einem Stück einzugliedernden Apparatur darauf zu achten, dass alle Elemente (Bänder, Ankopplung an die Miniimplantate) eine gemeinsame Einschubrichtung haben. Dies trifft hier nicht zu, da alle Elemente einzeln eingegliedert werden müssen. Nach der Herstellung der Bänder werden auf der Palatalseite die Schlösser und auf der Vestibulärseite die Bukkalröhrchen für die bogengeführte Zahnbewegung angeschweißt.

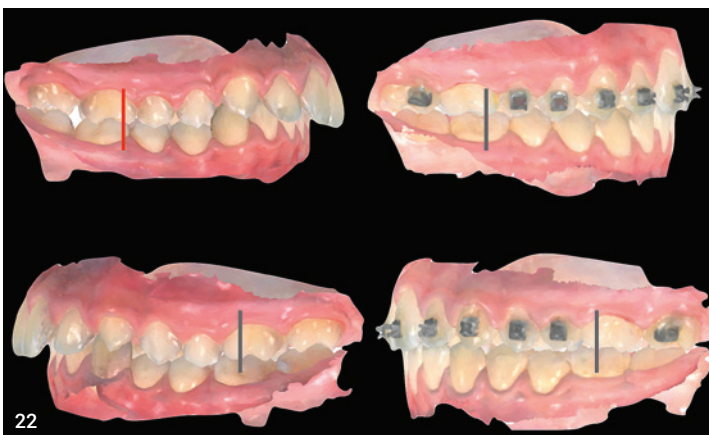
Mischtechnik – Platzieren der Brackets

Damit das gewünschte Behandlungsziel erreicht wird, ist das Platzieren der Brackets und Bukkalröhrchen für die bogengeführte Zahnbewegung ein ganz wichtiger Baustein in der gesamten Therapie. Seit mehr als zehn Jahren wird in unserer Praxis ausschließlich die indirekte Klebtechnik angewendet. Dabei hat man – egal ob analog oder digital vorbereitet – den enormen Vorteil, dass für das Platzieren bei der Ausrichtung jedes Elements keine durch das Adhäsiv vorgegebene zeitliche Limitierung besteht. Des Weiteren kann man sich am Modell die geplante Ausrichtung des Brackets aus allen möglichen Perspektiven und in der Kombination aus Einzelzahn und gesamtem Zahnbogen ansehen.

Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass bei der Anwendung der klassischen, programmierten Brackets (Prescription nach Roth, MBT etc.) und der Straight-wire-Technik die gewünschte Zahnstellung oft nur durch entsprechende Ausgleichsbiegungen zu erreichen ist. Um diesen zusätzlichen Aufwand so gering wie möglich zu halten oder gänzlich zu vermeiden, sind wir dazu übergegangen, schon bei der Ausrichtung der Brackets stärker individuelle Aspekte für jeden Zahn zu berücksichtigen.

Ausgehend von der Ist-Position, definieren wir für jeden Zahn die gewünschte Soll-Position (Set-up-Modell). Die Differenz von Torque und Angulation bestimmt die Auswahl des Brackets hinsichtlich der Prescription. Konkret bedeutet dies, wenn es notwendig ist mischen wir in einem Kiefer zum Beispiel Roth- und MBT-Brackets. Dies richtet sich danach, welche der vorgegebenen Bracketwerte dem Bedarf am nächsten kommen.

Bei der digitalen Positionierung der Brackets hat man den Vorteil, dass durch die virtuelle Ausrichtung noch weiter die Diskrepanz zur Soll-Position ausgeglichen werden kann. Übertrieben könnte man sagen, die Brackets hängen irgendwo in der Luft und später beim Kleben wird dieser Spalt durch das Adhäsiv aufgefüllt. Analog zur Lingualtechnik erfolgt die finale Fixierung von Rotation, Torque und Angulation durch die Ad-



22



23

Abb. 22: Die Brackets werden zunächst virtuell mit der Software: Ortho Analyzer™ (3Shape) gesetzt. Aus dieser Stellung wird das Klebtray generiert. **Abb. 23:** Durch die komplette digitale Planung und Vorfertigung der entsprechenden Teile stehen am Beginn der Therapie für die erste Sitzung alle notwendigen Elemente zur Verfügung.



Abb. 24: Situation nach Eingliederung der tomas®-pin und von amda® für die unilaterale Insertion. **Abb. 25:** Die unilaterale Distalisation bei Patientin 1 ist fast abgeschlossen. Im zweiten Quadranten ragt das innere Teleskoprohr aus dem äußeren heraus. Die Gegenseite war passiv gestellt. Das innere befindet sich komplett im äußeren Teleskoprohr und beide Stoppschrauben sind verschlossen.

häusivschicht. Mit dieser Mischung von Brackets vermeidet man später Ausgleichsbiegungen im Bogen.

Obwohl alle Zähne mit Brackets bzw. Bukkalröhrchen beklebt werden, gibt es Unterschiede hinsichtlich des Umfangs der notwendigen Bewegung. Manche Zähne müssen stärker bewegt werden als andere. Für diese Bewegungen ist es besser, ein Bracket zu verwenden, das eine reduzierte Friktion hat. Wenn der Zahn möglichst wenig bewegt werden

zient zu einer sehr den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Zahnstellung kommt. Diese Mischtechnik setzt allerdings voraus, dass die verschiedenen Brackets zueinander kompatibel sind. Bei den Brackets der discovery® Serie (Dentaurum) ist dies gegeben. Das gemeinsame Element, das diese Mischung ermöglicht, ist der In-Out-Wert. Dieser ist bei allen Brackets für den jeweiligen Zahn identisch, egal ob Metall oder Keramik, ob groß oder klein. Das indirekte Setzen führen wir ausschließlich am Computer durch (Abb. 22). Basierend auf der virtuellen Bracketposition wird das Klebtray gedruckt (Abb. 23).

Behandlung

Der Behandlungsablauf für die vier Fälle gestaltete sich sehr ähnlich. Da in diesem Artikel die Korrektur der Mittellinienverschiebung durch die unilaterale Distalisation mit amda® im Vordergrund steht, werden nicht alle Stufen der Behandlung im Detail dargestellt. Die schablonengeführte Insertion der tomas®-pin wurde bei Patient 1 und 3 durchgeführt. Bei den anderen beiden erfolgte die Insertion frei und ohne Hilfsmittel.

Bei Patient 3 wurde das einzeitige Verfahren gewählt. Für die erste therapeuti-

„Bei der freien Insertion ist auf die parallele Ausrichtung der beiden Miniimplantate zu achten. Das erleichtert später die Anfertigung und Eingliederung der Apparatur.“

soll, ist es besser, eine höhere Friktion zu haben. Aus diesem Grund kann es vorkommen, dass wir auch selbstligierende Brackets und herkömmliche Brackets mit Draht- oder elastischer Ligatur miteinander mischen. Mit einem ähnlichen Hintergrund haben wir manchmal in einem Kiefer auch Brackets mit 18er und 22er Slot gesetzt.

Diese Mischtechnik erscheint auf den ersten Blick ein hoher Aufwand zu sein. Das zahlt sich nach unserer Erfahrung aus, da man auf diese Weise sehr effi-

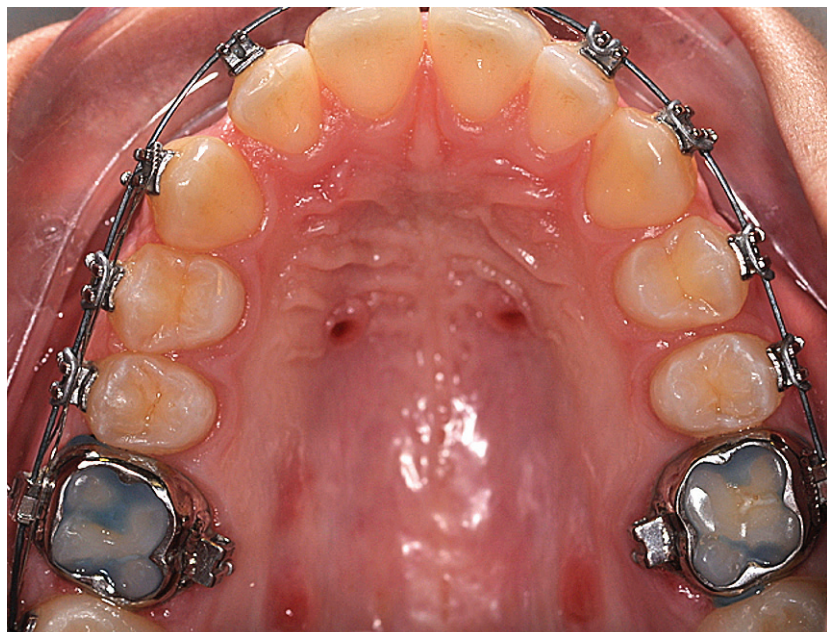


Abb. 26: Bei Patientin 1 wurden nach Abschluss der Distalisation amda® und die tomas®-pin zum Beginn der Mittellinienkorrektur entfernt (Schritt 5 in Tabelle 3).



sche Sitzung (Tabelle 3) standen die Insertionsschablone, die tomas®-pin, die fertig angepasste amda® mit den individuell im CAD/CAM-Verfahren gefertigten Bändern, die Trays für die indirekte Klebtechnik der discovery® pearl Brackets zur Verfügung (Abb. 23). Zunächst erfolgte die schablonengeführte Insertion der tomas®-pin sowie die Eingliederung von amda® (Abb. 24) und als

letzter Schritt das indirekte Kleben der Brackets und die Eingliederung des ersten Bogens (Tabelle 3). Nach Abschluss der unilateralen Distalisation sollte die Feder im amda® telescope vollständig entspannt sein. Zu erkennen ist dies daran, dass das innere Teleskoprohr 4 mm aus dem äußeren Teleskoprohr herausragt (Abb. 25). Die Positionen der Molaren auf der

rechten und linken Seite werden nach Abschluss der unilateralen Distalisation durch ein Art Korsett gehalten. Dieses besteht aus dem amda® palatal arch, der wie ein Transpalatinalbügel wirkt, und den beiden tomas®-pin. In dieser passiven Phase wird amda® als skelettale Verankerung für das horizontale Verschieben der Prämolaren und Frontzähne benutzt.

| | Patient 1 | Patient 2 | Patient 3 | Patient 4 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| Geschlecht | weiblich | weiblich | männlich | weiblich |
| Alter | 14 Jahre | 13 Jahre | 25 Jahre | 17 Jahre |
| Anamnese/Befund | Heranwachsendes Mädchen ohne signifikante zahnärztliche Vorgeschichte. Sie störte beim Lächeln die verschobene Mittellinie. | Junges Mädchen mit permanenter Dentition | Der Patient drückte seine Hauptsorge mit den Worten aus: „Ich weiß, dass ich keinen gesunden Biss habe.“ | Die Patientin beklagte den Engstand und die überlappend stehenden Frontzähne. |
| Allgemeine Diagnose | Skelettale Klasse II Abb. 27a | Starker Overjet und tiefer Biss Abb. 27c | Das orale Weichteilgewebe war unauffällig, keine Karies. Die Mundhygiene war nicht sehr gut. Abb. 27e | Die obere Mittellinie war um 1 mm nach links und die untere um 2 mm nach rechts verschoben. Abb. 27g |
| Kephalometrische Analyse – skelettal | Unterkiefer in retrognathen Lage mit protrudierten unteren Frontzähnen und Verschiebung der Mittellinie nach links | Unterkiefer in retrognathen Lage mit protrudierten unteren Frontzähnen und nach rechts gekipptem Unterkieferbogen | Unterkiefer in retrognathen Lage mit protrudierten unteren Frontzähnen und nach links gekipptem Unterkieferbogen | Unterkiefer in retrognathen Lage mit protrudierten unteren Frontzähnen und nach rechts gekipptem Unterkieferbogen |
| Kephalometrische Analyse – dentoalveolär | Schmale Ober- und Unterkieferzahnbögen, mäßiger Overjet und eine Abweichung der Mittellinie um eine halbe untere Schneidezahnbreite Rechts: Klasse I Links: Klasse II | Starker Overjet und tiefer Biss, Abweichung der Mittellinie Rechts: Klasse II Links: Klasse I | Schmale Ober- und Unterkieferzahnbögen, mäßiger Overjet und eine Abweichung der Mittellinie um eine halbe untere Schneidezahnbreite Rechts: Klasse I Links: Klasse II | Starker Overjet und tiefer Biss, Platzmangel und Überlappungen der Frontzähne, Abweichung der Mittellinie Rechts: Klasse II Links: Klasse I |
| Abweichung obere Mittellinie nach | rechts | links | rechts | rechts |
| Vertikale Dimension | gut | Tiefer Biss | gut | Tiefer Biss |
| Kiefergelenk | keine Probleme | keine Probleme | keine Probleme | keine Probleme |

Tabelle 2: Basisinformationen zu den vier Patienten.

| Behandlungsschritt | Patient 1 | Patient 2 | Patient 3 | Patient 4 |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Start der Behandlung | 10.05.2017 + digitale Abformung | 15.12.2017 + digitale Abformung | 19.07.2016 + digitale Abformung | 14.02.2018 |
| Schritt 1 | 30.05.2017 Setzen von discovery® smart Brackets in Mischtechnik durch indirektes Kleben; Tensic® Bogen 0.12" nur im Unterkiefer | 03.02.2018 Freie Insertion von tomas®-pin und anschließender Silikonabformung mit tomas®-transfer cap | 22.09.2016 Schablonengeführte Insertion der tomas®-pin; Eingliederung von amda®, mit asymmetrischer Aktivierung; Setzen von discovery® pearl Brackets in Mischtechnik durch indirektes Kleben; Tensic® Bogen 0.12" nur im Unterkiefer | 07.05.2018 Freie Insertion von tomas®-pin und anschließender Silikonabformung mit tomas®-transfer cap |
| Schritt 2 | 09.10.2017 Setzen von discovery® smart Brackets in Mischtechnik durch indirektes Kleben; Tensic® Bogen 0.12" im Ober- und Unterkiefer; schablonengeführte Insertion der tomas®-pin; Eingliederung von amda®, mit asymmetrischer Aktivierung | 12.01.2018 Eingliederung von amda®, mit asymmetrischer Aktivierung | Führungsphase (Alignment) mit rematitan® LITE 0.16" im Ober- und Unterkiefer; Distalisation von 26 | 01.06.2018 Eingliederung von amda®, mit asymmetrischer Aktivierung |
| Schritt 3 | Distalisation von 26 | Distalisation von 16 | Mittellinienkorrektur mit remanium® 0.16" x 0.22" und elastischen Ketten | Distalisation von 16 |
| Schritt 4 | Führungsphase (Alignment) mit rematitan® LITE Bogen 0.16" im Ober- und Unterkiefer | 04.05.2018 Setzen von discovery® smart Brackets in Mischtechnik durch indirektes Kleben; Führungsphase (Alignment) mit rematitan® LITE Bogen 0.16" im Ober- und Unterkiefer | | 19.10.2018 Setzen von discovery® smart Brackets in Mischtechnik durch indirektes Kleben; Tensic® Bogen 0.12" im Ober- und Unterkiefer |
| Schritt 5 | Mittellinienkorrektur mit remanium® Bogen 0.16" x 0.22" und elastischen Ketten | Mittellinienkorrektur mit remanium® Bogen 0.16" x 0.22" und elastischen Ketten | | Mittellinienkorrektur mit remanium® Bogen 0.16" x 0.22" und elastischen Ketten |
| Ende der aktiven Behandlung | 05.12.2018 | 10.11.2019 | 26.01.2018 | 17.12.2018 |
| Art der Retention | OSAMU im Oberkiefer Drahtretainer von 33–43 | Planas funcional appliances | OSAMU im Oberkiefer Drahtretainer von 33–43 | OSAMU im Oberkiefer Drahtretainer von 33–43 |

Tabelle 3: Übersicht der wesentlichsten Behandlungsschritte für die vier Patienten.

Jetzt könnte man das zuvor aktive amda® telescope ebenfalls durch Verschließen der beiden Stopp-Schrauben inaktivieren (siehe auch Abschnitt „amda®“ sowie Abbildung 3). Wir lassen jedoch beide Schrauben offen. Nach der Distalisation könnte der Molar un-

ter Umständen noch leicht beweglich sein. An sich wird dieser Molar durch das oben definierte Korsett in Position gehalten. Sollte wider Erwarten durch die auf der Vestibulärseite genutzten, aktiven Elemente (elastische Ketten, Federn) ein Zug in mesiale

Richtung auftreten, würde dem nicht nur das Verankerungskorsett, sondern zusätzlich auch die Feder im amda® telescope entgegenwirken. Je nach Situation kann auch so verfahren werden, dass amda® und die tomas®-pin schon vor dem Abschluss der kom-





Abb. 27: Die Situation vor und nach der Behandlung. Fall 1 = a und b; Fall 2 = c und d; Fall 3 = e und f; Fall 4 = g und h.

„amda® hat sich als ein sehr wirksames und effizientes Hilfsmittel bei der Korrektur der Mittellinienverschiebung erwiesen.“

pletten Mittellinienverschiebung entfernt werden (Abb. 26).

Die Ausgangslage (Tabelle 2) sowie die wesentlichsten Behandlungsschritte (Tabelle 3) für alle vier Patienten sind tabellarisch zusammengefasst. Bei Patient 2 schloss sich nach der Korrektur der Mittellinie für sechs Monate noch eine Behandlung mit Planas Direct Tracks⁴ an. Diese wurden am Computer entworfen, ausgedruckt und auf die Zähne geklebt. Nach Abschluss der aktiven

Behandlung nutzen wir bei allen Patienten im Oberkiefer OSAMU-Retainer³ und im Unterkiefer Drahtretainer.

Zusammenfassung/ Behandlungsergebnis

Das Ende des aktiven Einsatzes von amda® für die unilaterale Distalisation fiel in der Regel mit dem Wechsel vom Rundbogen auf den Vierkantbogen zusammen. Danach hatte die Apparatur die Aufgabe eines Retentionsgeräts für die weiteren Zahnbewegungen (Tabelle 3). Zum Abschluss der Behandlung wurde bei allen Patienten Folgendes erreicht (Abb. 27):

- bilateral eine Klasse I-Relation zwischen Molaren und Eckzähnen
- optimale Ausrichtung der Zähne sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer
- gute Interkuspitation
- gut funktionierende, stabile Okklusion
- idealer Overjet und Overbite.

Somit hat sich amda® als ein sehr wirksames und effizientes Hilfsmittel bei der Korrektur der Mittellinienverschiebung erwiesen. Mit dem Abschluss der Behandlung war die Mitte wieder im Zentrum.

kontakt



Dr. Santiago Isaza-Penco

Via del Rondone 1/2A
40122 Bologna
Italien
isaza.santiago@studiodentisticoisaza.it

co-autoren

Dr. Andrea Nakleh



Stefano Negrini



Dr. Thomas Lietz



Dr. Santiago Isaza-Penco



Literatur



KN-Newsletter abonniert, immer informiert.



ZWP ONLINE

www.zwp-online.info



Die aktuellen Newsletter sind auch online einsehbar – ganz **ohne Anmeldung** und Verpflichtung.

Einfach den QR-Code scannen, Newsletter auswählen und selbst überzeugen.

© master1305 – stock.adobe.com