

# Ästhetische Restitution im Oberkieferfrontzahnbereich...

## ... durch direkte Kompositrestaurationen und Implantatversorgung mit Weichgewebemanagement

**Autoren**\_Dr. Jan Müller, Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

### \_Einführung

Attraktivität und gutes Aussehen gelten als Synonyme für Gesundheit, Jugendlichkeit, Erfolg und Potenz. Die dentale Frontansicht beeinflusst die Schönheit des Gesichts im Zusammenspiel mit dem Zahnfleischverlauf ganz erheblich. Ästhetisch störende Frontzahnlücken, Schneidekantendefekte, kosmetisch und funktionell insuffiziente Restaurationen bedürfen einer modernen, hochwertigen zahn- und knochenerhaltenden Therapie, um den Betroffenen ein dauerhaft unbeschwertes, natürliches Lächeln (zurück)zugeben. Direkte Kompositan- und -aufbauten zum approximalen Lückenschluss, zur Schneidekantenverlängerung oder gar zur vollständigen Umformung der Zahnkrone bewähren sich seit Jahren als minimal- bis noninvasive direkte Restaurationsmaßnahmen und sind Bestandteil der vorliegenden komplexen Falldarstellung.

Darüber hinaus war im präsentierten Beispiel neben der rekonstruktiv-konservierenden Vorgehensweise auf Grund eines fehlenden Frontzahnes eine weiterführende chirurgisch/prothetische Behandlung erforderlich, um ein harmonisches und kosmetisch optimales Gesamtergebnis zu erreichen. Nach einem Zahnverlust ist der alveoläre Kollaps ein häufig zu beobachtendes Phänomen des betroffenen Alveolarkammabschnitts. Nach der Abheilung ergibt sich meist ein horizontales und vertikales Alveolarknochendefizit, welches sich bei einer Versorgung mit

rein prothetischem Zahnersatz über Jahre hinweg noch wesentlich stärker ausprägen kann. Der erlittene Volumenverlust muss – gerade im ästhetisch relevanten Bereich – rekonstruiert werden, um eine optimale Wirkung des implantatgetragenen Ersatzes zu erzielen. Im vorliegenden Fall wurde ein vestibuläres Knochendefizit allein durch Weichgewebe kompensiert und somit eine ansprechende „rote“ Ästhetik im Implantatbereich bei sehr geringen zusätzlichen chirurgischen Maßnahmen und Belastungen des Patienten ermöglicht.

### \_Anamnese und Befund

Im November 2005 stellte sich der 31-jährige männliche Patient mit einer ästhetisch unbefriedigenden Brückenversorgung im Frontzahnbereich vor. In früher Jugend hatte der Patient eine forcierte kieferorthopädische Therapie erhalten, bei der im Ergebnis vermehrt auftretende Wurzelresorptionen sowie eine ungünstige ästhetische Situation im Frontzahnbereich auf Grund des stark intrudierten Zahnes 23 und des Zahnverlustes von 22 resultierten. Da sich die Okklusion innerhalb von zwei Jahren rezidivierend zu einer frontalen Kopfbissituation bei gleichzeitiger Nonokklusion der ersten und zweiten Prämolaren entwickelte, erfolgte alio loco eine Kürzung der Schneidekanten von Ober- und Unterkieferfrontzähnen im Sinne einer Odontoplastik. Der fehlende Zahn 22 wurde durch eine Maryland-Brücke mit metalli-

**Abb. 1a bis d**\_Ausgangssituation und Zustand der Oberkieferfrontzähne drei Wochen nach Behandlungsende.



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c