

Prof. Dr. Benedict Wilmes



Dr. Jörg Schwarze

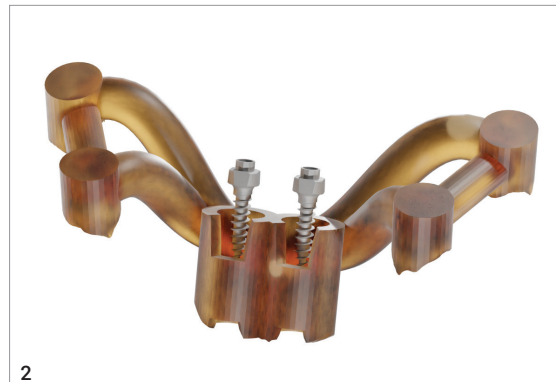


Literatur

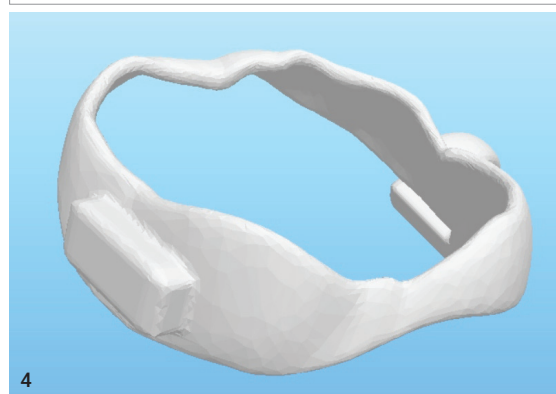


Die neue BAT-Technik – effektive Erweiterung der Alignertherapie

Abb. 2: CAD/CAM-Insertionsguide. **Abb. 3:** CAD/CAM-Slider. **Abb. 4:** Molaren-Shell mit einem bukkalen Attachment für Aligner. **Abb. 5:** Slider und Aligner können gleichzeitig eingesetzt werden, hier bedeckt der Aligner die Klebestelle des Sliders am Molaren. Eine Drahtligatur dient dazu, einen aktiven in einen passiven Beneslider zu modifizieren.



2



4



3



5

Abb. 6a–p: Zwölfjähriger Patient mit Hypoplasie 12 und Aufwanderung der Seitenzahnreihen, insbesondere im ersten Quadranten (a–e). Einphasiges, gleichzeitiges Prozedere: Beneslider ohne (f) und mit Aligner (g) in situ. Zustand nach 2,5 Monaten (h und i), bzw. vier Monaten (j) Distalisierung. Ergebnis der Behandlung nach zehn Monaten (k–p).

← Seite 1

Apparaturen, die „BENEFit for Aligner Technique“ (BAT), dargestellt (Abb. 1). Ziele der Kombination von Alignern mit Mini-Implantaten sind, Lücken und Extraktionen möglichst zu vermeiden, die Behandlung schneller und effektiver zu gestalten,

die Abhängigkeit von intermaxillären Gummizügen zu reduzieren sowie unerwünschte Bewegungen und Kippungen von Verankerungszähnen zu vermeiden. Im Rahmen einer Gaumennahterweiterung muss zudem die Verbesserung der nasalen Luftpassage erwähnt werden.

Mini-Implantate zur Verankerung

Unter den skelettalen Verankerungssystemen stehen heute die orthodontischen Mini-Implantate aufgrund ihrer vielseitigen Einsatzmöglichkeiten, ihrer geringen Invasivität und der relativ geringen Kosten im

Vordergrund.^{10–15} In den ersten Jahren nach ihrer Einführung wurden die Mini-Implantate zunächst nur interradiär eingesetzt.¹⁰ Der Alveolarfortsatz erweist sich jedoch oft als nur bedingt geeignet für die Insertion eines Mini-Implantates. Nachteilig sind die höheren Verlustraten im Alveolarfortsatz sowie die Gefahr der Wurzelschädigung.¹⁶ Werden Mini-Implantate im Alveolarfortsatz zwischen den Wurzeln inseriert, lassen sich zudem die benachbarten Zähne maximal 1 bis 1,5 mm bewegen, da es dann zum Kontakt von Mini-Implantat zur Wurzeloberfläche kommt und die weitere Bewegung somit verhindert wird. Von einer interradiären Insertion ist also bei einer gewünschten Zahnbewegung abzuraten. Aber auch die retromolare Region erweist sich aufgrund ungünstiger anatomischer Gegebenheiten (schlechte Knochenqualität/dicke Mukosa) als ungeeignet für die Insertion eines Mini-Implantates.¹⁷ Als Insertionsregion mit der besten Zuverlässigkeit hat sich hingegen der anteriore Gaumen erwiesen,¹⁸ die Verlustrate wird hier mit 1 bis 5 Prozent angegeben. Mini-Implantate (zum Beispiel der Dimension 2 x 9 mm) werden idealerweise in die sogenannte T-Zone im Gaumen eingesetzt. Seit einigen



6a



6b



6f



6c



6d



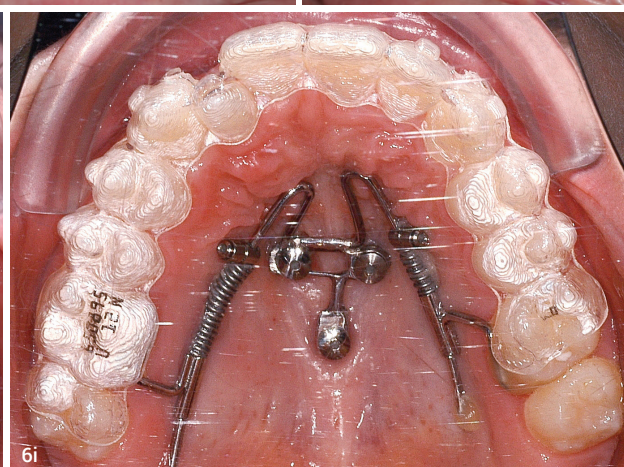
6e



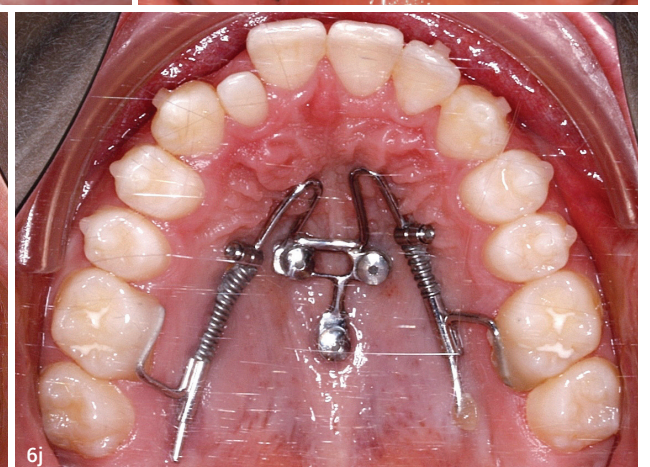
6g



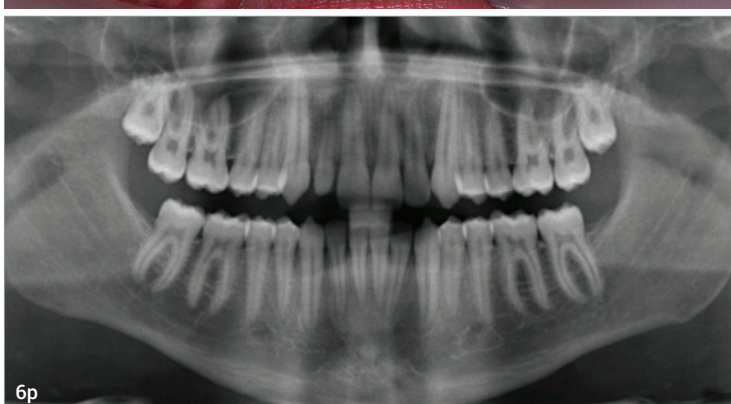
6h



6i



6j



Jahren besteht die Möglichkeit, Insertionsguides für das Einbringen der Mini-Implantate zu verwenden (Abb.2).²¹ Diese Guides sind hilfreich, da die Insertion der Mini-Implantate schon vorher in der optimalen Region anhand des Scans, oder auch mithilfe einer Fernröntgenseitenaufnahme (FRS) oder digitalen Volumentomografie (DVT) geplant werden kann.

Als weiterer Vorteil gilt, dass Mini-Implantate und Gerät in nur einem Termin eingesetzt werden, da die Geräte schon im Vorfeld angefertigt werden können. Ein mögliches Szenario ist also auch: morgens Mini-Implantate durch den Zahnarzt

„Um eine körperliche Bewegung mit einer höheren Verlässlichkeit und Geschwindigkeit zu erreichen, gibt es die Möglichkeit, die Effektivität der Alignertherapie durch skelettal verankerte Geräte zu unterstützen.“⁷⁻⁹

oder Oral-/Kiefer-Chirurgen einsetzen, nachmittags dann das Gerät durch den Kieferorthopäden.

Neben der konventionellen Herstellung der Mini-Implantat-getragenen Apparaturen mit Anpassen der Bänder, Abformung, Herstellung eines Arbeitsmodells und folgender Fertigung der Apparatur unter Verwendung konfektionierter Bauteile²² gibt es heutzutage auch die Möglichkeit, die Slider/Expander zunächst am Computer zu designen und anschließend im SLM-Verfahren (Selective Laser Melting) zu drucken. Auf diese Weise können die Drahtdimensionen und Bänder (Shells) an die individuellen Erfordernisse angepasst werden.²³

Kombination von Aligner und Slider/Expander – simultan oder konsekutiv?

Sowohl für die Distalisierung als auch die Mesialisierung ist das zweiphasige Vorgehen (erst Slider, dann Finishing mit Alignern) sowie simultane Vorgehen (gleichzeitig Slider und Nivellierung mittels Alignern) möglich. Bei gewünschter Expansion empfiehlt sich hingegen grundsätzlich das zweiphasige Vorgehen (erst Expansion, dann Finishing mit Alignern). Der Expander kann und sollte dann während der Alignerphase für mehrere Monate zur transversalen Retention verbleiben.

Um die gleichzeitige Verwendung von Alignern und Beneslider/Mesialslider zu ermöglichen, wird als Alternative zu einem konventionellen Molarenband entweder palatinal ein Tube (Abb.3) oder eine mit-

3D Druck, der einfach funktioniert

Phrozen Sonic XL 4K 2022

Kompakter LCD-Tischdrucker mit 52µm Druckpräzision dank 4K-Display und hoher Lichtintensität für schnelle Bauzeiten. Hochwertig verarbeitetes Vollmetallgehäuse, großer Bauraum und einfaches Wannenhandling machen die Dreve-Version des Sonic XL 4K 2022 zum userfreundlichen 3D Drucker für alle dentalen Anwendungen.



Dreve Specials

- + Bauplattform aus Edelstahl
- + USB Stick inkl. Software und praktischen Testdateien
- + Service Card und professioneller Support von 3D Druck Experten

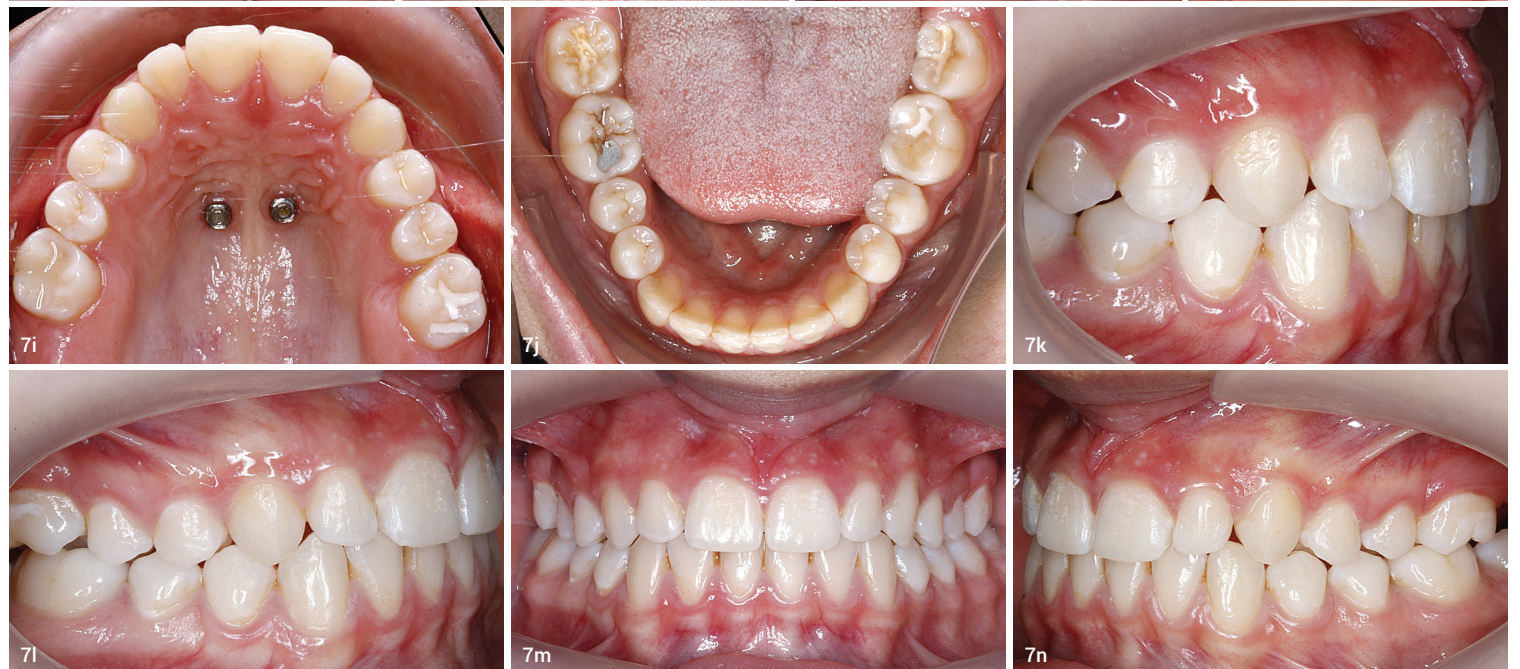
dreve.com/phrozen

Dreve

Abb. 7a–o: Lückenschluss in Regio obere erste Molaren beidseits und simultanes Aligner-Finishing bei einer 15-jährigen Patientin.



Abb. 8a–p: 45-jährige Patientin mit einer Angle-Klasse II sowie einem fehlenden Zahn 16 (a–f). Neben dem Distalisierungsbedarf der Prämolaren im 1. Quadranten sollte auch noch die Lücke 16 mittels eines Mesial-Distal-sliders geschlossen werden (g). Situation nach 8 (h), 12 (i), sowie nach 20 Monaten (j–p).



„Unter den skelettalen Verankerungssystemen stehen heute die orthodontischen Mini-Implantate aufgrund ihrer vielseitigen Einsatzmöglichkeiten, ihrer geringen Invasivität und der relativ geringen Kosten im Vordergrund.“^{10–15}

ANZEIGE

**Expert:innen-
WEBINAR** ZOOM
05.05.2022, 19:30

Mit professionellem
Praxismarketing
Patient:innenqualität
optimieren!

Mehr Infos oder
jetzt anmelden!
medondo.com



<https://bit.ly/3il3B4x>

tels CAD/CAM designte Shell (Abb. 4) geklebt. An diese Shell kann ein Attachment für die optimale Retention von Alignern designt werden. Die Aligner können an der Kopplungsstelle von Zahn und Slider ausgeschnitten sein („Button Cut Out“) oder ähnlich einem Attachment diese Kopplungsstelle bedecken (Abb. 5). Beim einphasigen Vorgehen müssen Aligner und Slider in vielen Fällen synchronisiert werden: Die durchschnittliche Geschwindigkeit der Zahnbewegung mit einem Slider liegt bei 0,6 mm/Monat.

Distalisierung

Herkömmliche Geräte zur Distalisierung von Oberkiefermolaren sind in ihrer Effektivität oft begrenzt und

teilweise von der Mitarbeit des Patienten abhängig. Des Weiteren wird bei vielen Non-Compliance-Geräten (wie beispielsweise der Pendulum-Apparatur) ein Verankerungsverlust von über 50 Prozent im Sinne der Mesialwanderung der Prämolaren beobachtet. Die Verankerung mit Mini-Implantaten im anterioren Gaumen, wie zum Beispiel mit dem Beneslider, hat sich daher mittlerweile sehr bewährt und als eine Standardtherapie herausgestellt³⁰ (Abb. 6).

Mesialisierung/ Lückenschluss

Bei fehlenden Zähnen stellt sich die grundsätzliche Frage der langfristigen Versorgung dieser Lücken. Eine Option besteht darin,



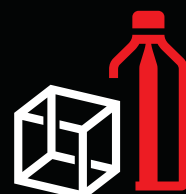


Sie drucken das Generative Fertigung aus einer Hand



Drucker

Phrozen Sonic XL 4K 2022



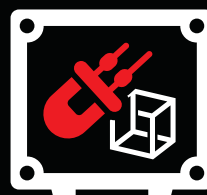
Material

FotoDent®



Reinigung

Wasserbasiert mit FotoClean



Nachhärtung

Tiefenhärtung mit PCU LED N₂

dreve.com/phrozen



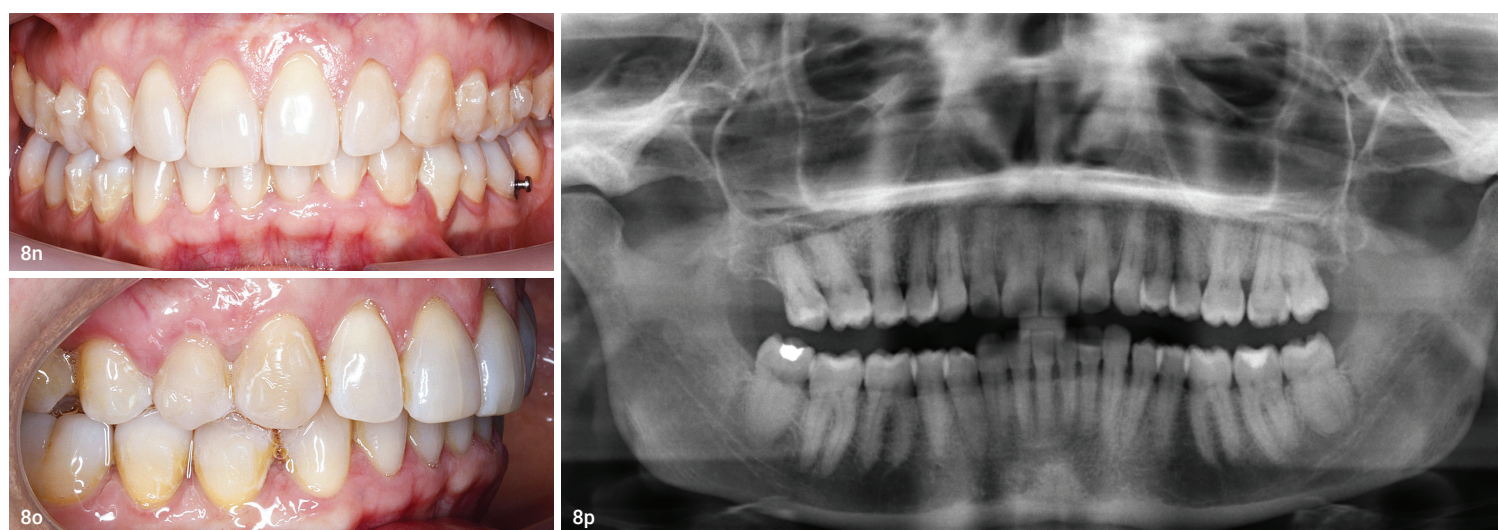


Abb. 9a–o: Dreizehnjährige Patientin mit einem beidseitigen Kreuzbiss (a–e): Zunächst wurden zwei Mini-Implantate (f) eingesetzt, anschließend erfolgte das Messen der Distanz zwischen den beiden Mitten der Mini-Implantate und die Befestigung des passenden vorgefertigten BMX-Expanders (g). Tägliche Aktivierung von 0,2 mm, sodass der Oberkiefer nach vier Wochen um ca. 5,5 mm expandiert war (h). Aligner-Finishing und skelettale Retention der Transversalen (i). Ende der Behandlung nach insgesamt zwölf Monaten (j–o).

die Lücke mit einer prothetischen Versorgung mittels eines dentalen Implantates bzw. einer Brücke anzustreben.^{33–35} Ein Vorteil des Lückenschlusses ist, dass durch die Zahnbewegung neuer Knochen im Bereich der Lücke generiert werden kann. So können knöcherne Atrophien, die in zahnlosen Alveolarfortsatzregionen entstanden sind, korrigiert werden.^{36–42} Weiterhin können vorhandene Weisheitszähne nach Mesialisierung der Molaren aufgrund der in-

terdentalen Fasern mit nach mesial driftten und auf diese Weise ausreichend Platz im Zahnbogen finden. Im Vergleich zur Lückenöffnung stellt der Lückenschluss jedoch weitaus höhere Anforderungen an die Verankerung.⁴³ Im Oberkiefer ergibt sich durch Mechaniken auf Mini-Implantaten im Gaumen die Möglichkeit, die Alignerbehandlung mit einem Mesial-Slider zu kombinieren und dadurch einen körperlichen Lückenschluss ohne Kippungen zu erreichen⁸ (Abb. 7).

Distalisierung und kontralaterale Mesialisierung

Der Erhalt der korrekten dentalen Mitte sowie des sagittalen Überbisses erfordern insbesondere bei Vorliegen einer asymmetrischen Therapieplanung eine differenzierte Verankerungsplanung. Daher empfiehlt sich bei asymmetrisch gewünschter Verankerung im Oberkiefer der Mesial-Distal-Slider, mit welchem auf der einen Seite distalisiert und auf der kontralateralen Seite für den Lückenschluss mesialisiert werden kann⁴⁴ (Abb. 8).

Expansion des oberen Zahnbogens

In mehreren Studien wurde festgestellt, dass es bei einer geplanten Expansion des Oberkiefers bei Verwendung von Alignern primär zu bukkalen Kippungen der Seitenzähne kommt. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die oft gewünschte Vergrößerung der Nasenluftpassage nur mittels einer Gaumennahterweiterung (GNE) erreicht werden kann. Die GNE hat einen signifikanten Effekt auf die



physiologische Atmung bei Kindern und reduziert das Risiko einer Apnoe bei Erwachsenen.⁴⁷⁻⁴⁹ Zahnärzten und Kieferorthopäden kommt hier eine besonders wichtige Stellung hinsichtlich der Prophylaxe und Therapie einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA) zu.⁵⁰ Aufgrund der Limitationen der Aligner bezüglich körperlicher Expansion und einer gewünschten Vergrößerung der Nasenluftpassage wird daher in manchen Fällen eine zahngetragene GNE der Alignertherapie vorgeschaltet. Jedoch ergibt sich nach einer Gaumennahterweiterung immer die Notwendigkeit der Retention, die gewünschte Alignertherapie kann also erst nach sechs bis neun Monaten gestartet werden. Zudem muss eine Überkorrektur erfolgen, da zahngetragene GNE-Apparaturen in der Regel mit Kippungen der Verankerungszähne assoziiert sind.

Um eine transversale Erweiterung mit einer höheren Effektivität auch bezüglich einer Verbesserung der Nasenluftpassage zu erreichen, gibt es heutzutage die Möglichkeit, auch in diesem Bereich die Effektivität der Alignertherapie durch skelettal verankerte Geräte zu unterstützen. Während bei Kindern die Verwendung von zwei Mini-Im-



ANZEIGE

Medizinische Exklusiv-Zahncreme mit Natur-Perl-System

Hocheffektiv und ultrasanft – die neue Pearls & Dents



NEU
OHNE
TITANDIOXID

Jetzt weiter optimiert:

- ohne Titandioxid
Natürlichkeit, die man sehen kann
- hocheffektive Reinigung
86,6 % weniger Plaque¹
- ultrasanfte Zahnpflege
RDA 28²
- optimaler Kariesschutz mit
Doppel-Fluorid-System 1.450 ppmF
- 100 % biologisch abbaubares
Natur-Perl-System
- ideal auch bei Zahnspangen

Kostenlose Proben

Bestell-Fax: 0711 75 85 779-71

Praxisstempel, Anschrift

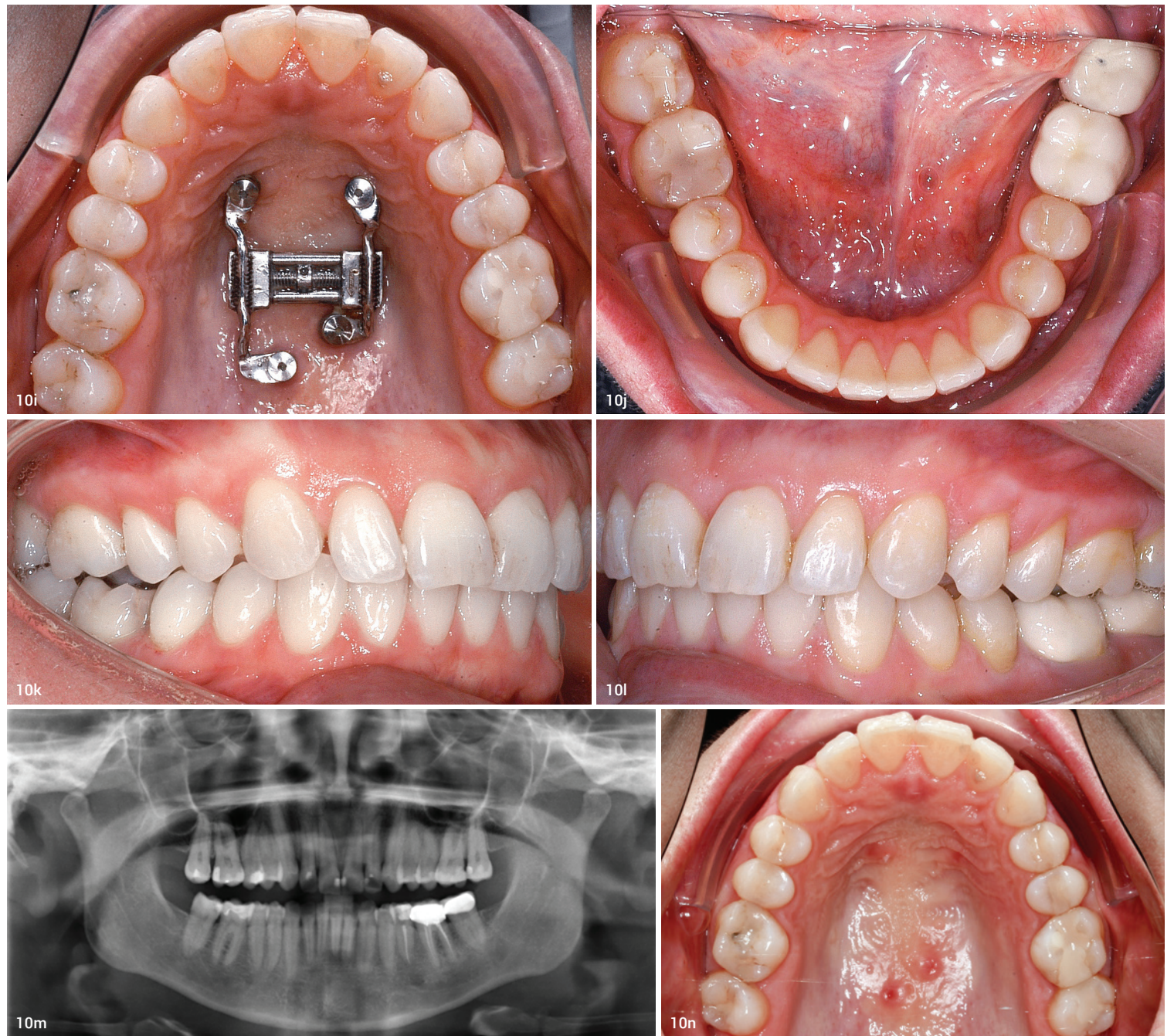
Datum, Unterschrift



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
bestellung@pearls-dents.de

KN April 22

Abb. 10a–n: 37-jährige Patientin mit einem transversalen maxillären Defizit sowie einer Angle-Klasse II (a–e). Einsetzen (f) und transversale Expansion des Oberkiefers mittels eines Quad-expanders (g). Eine chirurgische Schwächung war nicht erforderlich. Die tägliche Aktivierung lag bei 0,2 mm. Finishing mit Alignern (h), der Expander blieb als skelettaler Retainer in situ. Zustand am Ende der Behandlung (i–m), sowie nach Entfernung der Mini-Implantate (n).



ANZEIGE

CA
DIGITAL
SCHEUGROUP

+
Passgenaues
Design für mehr
Stabilität

+
Verankerungs-
elemente für
mehr Halt

MEMOTAIN 2.0

DER RETAINER, DER HÄLT, WAS ER VERSPRICHT.

+ PASSGENAUES DESIGN FÜR MEHR STABILITÄT + VERANKERUNGSELEMENTE FÜR MEHR HALT

2 JAHRE
GARANTIE
AUF MATERIAL
UND DESIGN

Retention reinvented: minimale Bruchgefahr – maximale Passgenauigkeit.

Präzises Design, intelligente Verankerung und eine Bruchrate von 1 %*: Der MEMOTAIN® 2.0 bringt die Retention auf ein völlig neues Level. Durch innovative Features wie die punktuelle Glättung der Interdentalbereiche wird die Stabilität des Retainers zusätzlich verbessert. Partielle Retentionselemente sorgen außerdem für mehr Halt in der Klebestelle. Praktisch: Alle Funktionen werden automatisch eingepplant. Einfach bestellen und loskleben.

CA DIGITAL – Ihre digitale Zukunft ist nur einen Klick entfernt: www.ca-digital.com/produkte/memotain

*statistische Daten von CA DIGITAL (Datensample 30.000 Retainer)



„Insbesondere im Oberkiefer ergeben sich durch Mini-Implantate im Gaumen sehr interessante neue Möglichkeiten.“

plantaten ausreichend ist (BMX-Expander, Abb. 9), empfiehlt sich bei Jugendlichen und Erwachsenen die Verwendung von vier Mini-Implantaten (Quad-Expander, Abb. 10). Inwieweit skelettal verankerte Expander eine chirurgische Schwächung bei Erwachsenen überflüssig machen, bedarf allerdings noch weitergehender klinischer Studien.

lungen der Grenzen von Alignern und zum optimalen Timing der Kombination von Aligner und Slider (simultan versus konsekutiv) geben. Weitere Informationen unter www.benefit-user-meeting.de

kontakt

11. BENEFIT User Meeting

Die Kombination von Alignern und Slidern ist Schwerpunkt beim diesjährigen BENEFIT User Meeting am 17. und 18. Juni 2022. Da viele Kollegen den persönlichen Austausch und Kontakt stark vermissen, wird dieses wieder als Präsenzveranstaltung im Hotel Kö59 (ehemals InterContinental) auf der Königsallee in Düsseldorf stattfinden. Einer der weltweit bekanntesten Aligner-anwender, Dr. Kenji Ojima (Tokio/Japan), referiert dabei über seine Empfehlungen zu der Kombination von Beneslider und Invisalign®-Schienen. Zum Thema Aligner wird es anschließend eine interessante Diskussionsrunde zu den Fragestel-



Prof. Dr. Benedict Wilmes
Poliklinik für Kieferorthopädie
Westdeutsche Kieferklinik, UKD
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 8118671
Fax: +49 211 8119510
wilmes@med.uni-duesseldorf.de

The *Two souls* of aligners

EVENT PRESENTED BY FORESTADENT
29. SEPTEMBER - 01. OKTOBER 2022, IBIZA

Guest Speaker

Prof. Dr. Ravi
Nanda

Dr. Vittorio
Cacciafesta

Dr. Alberto
Canabez

Dr. Domingo
Martín

Dr. Giorgio
Iodice

Dr. Guillaume
Lecocq

Dr. José María
Ponce de León

Weitere Referenten folgen.

Mehr Informationen:

www.forestadent.com

FORESTADENT

Bernhard Förster GmbH • Westliche Karl-Friedrich-Str. 151 • 75172 Pforzheim (Germany)
Tel.: +49 7231 459-0 • E-Mail: ibiza@forestadent.com • www.forestadent.com

