



Formveränderung mit direkten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich

Ein Beitrag von Dr. Sven Egger, MSc, MSc

Mit der Anwendung von Mikrohybridkompositen und der Schichttechnik von Schmelz- und Dentinkompositen¹ wurden Modifikationen der Zahnform wie z. B. das Schließen von Diastemata, interdentalen „schwarzen Dreiecken“ oder die Korrektur eines unregelmäßigen Inzisalkantenverlaufs Ende der 90er-Jahre praktisch und minimalinvasiv nochmals deutlich in ihrer Qualität verbessert.¹⁴ Die Silikonschlüsseltechnik wurde ursprünglich für direkte Klasse IV- und V-Restaurationen entwickelt, eignet sich jedoch auch für kleinere Formkorrekturen, etwa bei unregelmäßigem Inzisalkantenverlauf. Heute umfasst das übliche Verfahren für Frontzahnrestaurationen eine Kompositischichttechnik, unterstützt durch einen Silikonschlüssel, der auf einem Wax-up beruht.²

In diesem Beitrag wird die Behandlung einer Patientin mit guter allgemeiner Gesundheit vorgestellt. Die Ausgangssituation in diesem Patientenfall zeigt eine durch Engstand und parodontale Destruktion unschöne Frontbezahnung. Die Patientin wünscht sich aufgrund ihrer hohen Lachlinie eine Verbesserung der ästhetischen Situation mit möglichst „einfachen Mitteln“.

Allgemeinmedizinische und zahnmedizinische Anamnese

Die Patientin wies keine Erkrankungen auf und nahm keine Medikamente ein. Sie unterzog sich in jüngster Vergangenheit einer Parodontitisbe-

handlung und befand sich im regelmäßigen Recall. Aufgrund der parodontalen (Vor-)Erkrankung mussten vor einigen Jahren die Zähne 26 und 27 entfernt werden. Sie kam nun für eine zweite Meinung bezüglich ihrer unbefriedigenden Frontsituation sowie dem Wunsch nach einem In-Office-Bleaching zu uns. Sie wünschte sich, ihr Lächeln mit einfachsten Mitteln wieder schöner zu gestalten.

Klinischer Befund der roten und weißen Ästhetik

Im Ober- und Unterkiefer zeigt sich ein ausreichendes Band an keratinisierter Schleimhaut. Es liegt ein Biotyp mittlerer Gewebestärke vor. Die

Patientin verfügt über eine normal geformte (hypermobile) Oberlippe. Die Lachlinie verläuft hoch (Gummy Smile). Die Zahnlänge in der Oberkieferfront empfindet die Patientin als ausreichend lang. Das entspannte Lächeln zeigt ca. zwei Drittel der Frontzahnlänge.

Klinischer Befund des Dentalstatus

Es zeigen sich ovale Zahnformen im Oberkiefer. Die ursprüngliche anatomische Kauflächenstruktur in den Seitenzahnbereichen ist vorhanden. Die Zahnfarbe entspricht dem Alter der Patientin. Der Unterkieferzahn 31 erscheint gelblicher als die Restbezahnung im Unterkiefer. Die Patientin wünschte sich hier eine Verbesserung der jetzigen Situation.

Diagnosen

Aus der klinischen und röntgenologischen Befundung leiteten sich die folgenden Diagnosen ab:

- Myoarthropathie
- Parafunktion – Pressen und Knirschen – mit sichtbarem Zahnhartsubstanzabrieb (Attrition)
- Störung der statischen und dynamischen Okklusion (ungenügende Eckzahnführung)
- Latero- und Protrusionsfacetten
- Mediotrusionsvorkontakte (Elongation 37)
- unregelmäßiger Schneidekantenverlauf (Engstand Oberkieferfrontzahnbereich)
- ein prothetisch (Freiendsituation Regio 26, 27) und konservierend (Zahn 31 Verdacht auf Parodontitis apikal, Vitalitätstest fraglich) insuffizient versorgtes Erwachsenengebiss (Abb. 1–4)

Behandlungsplan

Nach der Befundaufnahme und professioneller Zahnreinigung erfolgte die klinische Funktionsanalyse, eine Abformung zur Herstellung von Situationsmodellen und die Aufnahme des Fotostatus sowie die Clinometerregistrierung (Abb. 5). Das Clinometer nach Behrend (Amann Girrbach) ist als „Hilfsstool“ zur Ermittlung der idealen Zahnachsenstellungen und des Schneidekantenverlaufs nach erfolgter Gesichtsbogenübertragung hilfreich. Hierbei findet ein „Laboranalog“ des klinischen Gerätes Verwendung, das vom Zahntechniker vor den Artiku-

Abb. 1a: OPT Ausgangssituation. **Abb. 1b:** Front in Okklusion. **Abb. 2:** Laterotrusion rechts. **Abb. 3:** Laterotrusion links. **Abb. 4:** Volles Lachen (Behandlungsbeginn). **Abb. 5:** Das Clinometer nach Behrend (Amann Girrbach) ist als „Hilfsstool“ zur Ermittlung der idealen Zahnachsenstellungen und des Schneidekantenverlaufs nach erfolgter Gesichtsbogenübertragung hilfreich. **Abb. 6:** Axiografie (instrumentelle Funktionsanalyse). **Abb. 7:** Zentriktissnahme mit Front-jig nach Gutowski (vor Registrierung Deprogrammierung der Kaumuskelatur mittels Aqualizer).



lator „geschaltet“, eine achsen- und schneidekantengerechte Aufwachsung gestattet.

Zudem erfolgte die individuelle Gesichtsbogenübertragung, die Condylografie (Axiografie, Abb. 6), die Bissnahme in zentrischer Kondylenposition³ (Abb. 6 und 8) nach Deprogrammierung der Kaumusculatur⁴ mit einem Aqualizer mittels Front-jig aus Komposit (GC Bite Compound, Abb. 7–9) nach Gutowski⁵ sowie die Erstellung des Wax-up-/Mock-ups⁶ (Abb. 10 und 11).

Vorbehandlung und definitive Versorgung

Im Unterkiefer wurde eine neue vertikale und horizontale Relation in retrudierter Position (RP, zentrische Kondylenposition) im Sinne eines synoptischen Behandlungskonzeptes^{7–9} mittels Einschleiftherapie anhand des nach RP-Modellanalyse erstellten Einschleifprotokolls, etabliert. Zudem erfolgten direkte Kompositaufbauten an den Zähnen 13–25 (Tetric Evo Ceram, Ivoclar Vivadent) anhand des Wax-ups (Abb. 12) mittels transparenter Silikonschlüssel (Elite Transparent, Zhermack; Abb. 13).¹⁰ Es wurde eine reine Schmelzätzung der zu behandelnden Zahnoberflächen ohne Präparation durchgeführt. Dafür wurde die Schmelzoberfläche mit Aluminiumoxidpulver der Korngröße 27 µm mit einem Strahlgerät (Rondoflex, KaVo) im Sinne einer minimalinvasiv orientierten konservierenden Therapievariante leicht angeraut. Die Isolierung der Nachbarzähne erfolgte mit Teflonband (Abb. 14). Anschließend wurde das vorgewärmte Kompositmaterial (Empress Direct Enamel A1, Ivoclar) in den Silikonschlüssel eingebracht und dieser dann „sequenziell“ auf die zu behandelnden Zahnoberflächen 15–21, 23 und 24 aufgesetzt (Abb. 15). Die Transparenz des Silikons ermöglicht eine vollständige Polymerisation durch die angewendete Lichtquelle. Die Inzisalkantenrekonstruktionen wurden nach dem Konzept einer funktionellen Eckzahnführung fertig ausgearbeitet und poliert. Zusätzlich wurde der Patientin eine begleitende Kieferphysiotherapie zur Unterstützung der Adaptation an die neue VDO^{11–13} verordnet. Im Ober- und Unterkiefer 6–6 wurde ein In-Office-Bleaching vorgenommen, um die Zahnfarbe einheitlich zu gestalten.

Zur definitiven Versorgung sollte die Freundsituation der Zähne 26 und 27 zur stabilen Abstützung im Seitenzahnbereich geschlossen werden. Das Resultat zeigt eine harmonische Smile Line. Die vermeintliche farbliche Diskrepanz in Abbildung 16 ist der Austrocknung der Zähne bedingt durch die Trockenlegung mit Kofferdam geschuldet und wird sich nach der Rehydrierung durch den Speichel entsprechend farblich anpassen.

Diskussion/Epikrise

Grundsätzlich stand die Diskussion einer endodontischen Behandlung von Zahn 31 (nach Verfall aufgrund eines Traumas in der Vergangenheit und dem Wunsch nach einer Aufhellung, welche nach Ansicht des Verfassers nur mit einem internen Bleaching nach vorangegangener endodontischer Versorgung hätte realisiert wer-

den können) als auch die Korrektur des asymmetrischen Gingivaverlaufs im ästhetischen Oberkieferfrontzahnbereich (21, 22) bei hoher Lachlinie und/oder prothetischer Behandlung der Freundsituation Regio 26, 27 im Raum. Nach Abwägung sowohl ethischer als auch finanzieller Aspekte entschied sich die Patientin vorerst nur für die Korrektur/Verbesserung der Smile Line im Oberkiefer mit direkten Kompositaufbauten. Alternativ hätten die aufgrund des Attachmentverlusts entstandenen „schwarzen Dreiecke“ im Interdentalbereich zusätzlich noch mit Komposit „geschlossen“ werden können. Parodontalchirurgische (Weichgewebeoptimierung) und prothetische (Freundsituation Regio 26, 27) Maßnahmen möchte sie aus finanziellen Überlegungen vorerst zurückstellen. Die klinische und instrumentelle Funktionsanalyse als integraler Bestandteil eines synoptischen Behandlungskonzepts diene in diesem Fall der Minimierung posteriorer Interferenzen bei bestehender Parafunktion (Pressen/Knirschen → siehe Bruxcheckerfolie) mittels Einschleiftherapie von HIKP nach RP (Elongation 37/

Kippung 16, protrusive/retrusive Vorkontakte siehe Einschleifprotokoll) als Vorbehandlung für die spätere implantologische/prothetische Versorgung im Oberkiefer links. Die bereits erwähnte farbliche Diskrepanz nach dem Kompositaufbau ist zum einen der Austrocknung der natürlichen Zähne, bedingt durch die Trockenlegung mit Kofferdam geschuldet und zum anderen der, aus wirtschaftlichen Gründen, ausschließlich verwendeten Schmelzmassen. Alternativ hätte durch eine aufwendigere Mehrschichttechnik das Resultat möglicherweise noch verbessert werden können. Die Patientin zeigte sich dann im Anschluss an die hier durchgeführte Therapie mit dem Resultat äußerst zufrieden. Es zeigten sich stabile und gesunde Weichgewebsverhältnisse nach abgeschlossener konservierender Behandlung.

Den entsprechenden Nachsorgetermin konnte die Patientin aus persönlichen Gründen (Umzug ins Ausland) bisher allerdings nicht wahrnehmen.



Abb. 8a: Artikulation in RP. **Abb. 8b:** Bruxcheckerevaluation. **Abb. 9:** Entfernung Vorkontakte. **Abb. 10:** Wax-up in RP. **Abb. 11:** Ansicht Wax-up von okklusall. **Abb. 12:** Appliziertes Bleichgel unter relativer Trockenlegung. **Abb. 13:** Absolute Trockenlegung mit Kofferdam, Zuschneiden des via Wax-up hergestellten Silikonschlüssels (Elite Transparent, Zhermack). **Abb. 14:** Isolierung der Nachbarzähne mit Teflonband. **Abb. 15:** Korrektur der Höckerspitzen/Inzisalkanten 15–12 in einem Arbeitsschritt. **Abb. 16:** Fertig ausgearbeitete und polierte Inzisalkantenrekonstruktionen im Sinne einer funktionellen (Eckzahnführung) und minimalinvasiven Therapievariante.



Dr. Sven Egger, Msc, Msc
Spezialist für Ästhetik und Funktion in der Zahnmedizin (DGÄZ, EDA)
Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 2618333
DrSven-Egger@aesthetikart.ch
www.aesthetikart.ch

