Fallbericht

Eine Oberkieferfront fachgerecht versorgen

Die Versorgung der oberen frontalen Schneidezähne stellt in jeder Hinsicht in der überwiegenden Mehrzahl eine ästhetische Herausforderung dar. Nicht nur die Farbe, sondern auch Form, Länge, Stellung, Transparenz und andere individuelle Merkmale eines Zahnes können das gesamte Erscheinungsbild beeinflussen. Kleinste Veränderungen können starke Veränderungen hervorrufen.

Autor: Dr. med. dent. Michael Behm, Bielefeld

Kontakt:
Dr. med. dent.
Michael Behm
Praxis für
Zahnheilkunde
Goldstraße 1
33602 Bielefeld
Tel.: 05 21/6 61 94
Fax: 05 21/6 61 04
E-Mail:
behm@dr-behm.de

Daher ist ein hoher Aufwand bei der Erstellung der stark auffallenden oberen Schneidezähne in jedem Fall gerechtfertigt; die Zähne stellen nicht nur für den Patienten, sondern letztlich auch für das Behandlerteam (Zahntechniker und Zahnarzt) eine Visitenkarte dar.

Fallbeschreibung

Der Patient befindet sich bereits seit längerer Zeit in meiner Behandlung. Sein Lächeln störte ihn schon einige Jahre. Dennoch konnte er sich nie zu einer Behandlung entschließen. Schließlich reifte in ihm der Wunsch zur Veränderung. In der Abbildung 1 ist die Ausgangssituation am Situationsmodell zu erkennen. Eine kieferorthopädische oder chirurgisch-kieferorthopädische Behandlung wurde vom Patienten abgelehnt. Der Zahn 11 war mit einer erneuerungsbedürftigen Krone und einem intakten gegossenen Stiftaufbau versorgt. Die anderen frontalen Schneidezähne waren karies- und füllungsfrei. In der ersten Planung war die Entfernung des devitalen Zahnes 11 vorgesehen (Abb. 2). Die entstehende Lücke sollte mit einer Brücke versorgt werden, in der auch der nicht angelegte 12 mit einbezogen werden sollte. Der Zahn 21 hätte dann konsequenterweise ebenfalls verschmälert werden müssen. Dieses Konzept hätte schließlich zur Folge gehabt, dass die Incisivi relativ schmal geworden wären. Diese Form hätte zum Patienten nicht gepasst und keine natürliche Wirkung erzielt. Nach erneuter Analyse der Situation bekam eine minimalinvasive Versorgung den Vorzug. Dazu musste nur der Zahn 11 beschliffen und die Nachbarzähne mit Keramik-Chips bzw. einem Veneer (Abb. 3) versorgt werden. Das neu erstellte Wax-up wurde abgeformt und es konnte die geplante Versorgung im Mund des Patienten simuliert werden (Abb. 4). Da der Kunststoff nur eine sehr geringe Schichtstärke hatte, wurde bewusst auf die Beseitigung des Überschusses verzichtet.



(Abb. 1) **Situationsmodell** der Ausgangssituation. Diasthema mit ausgeprägter Progenie.



(Abb. 2) **Wax-up** der ersten Behandlungsidee.

Der Patient trug das Mok up für einige Stunden, und konnte auf diese Weise das angestrebte Behandlungsziel auch in heimische Atmosphäre mit Angehörigen in Ruhe anschauen bzw. die ästhetische Veränderung austesten. Der Zahn 13 wurde leicht verbreitert und zu einem 2er umgeformt. 11 erhielt eine Keramikkrone, an 21 wurde mesial ein Chip geklebt und der Zahn 22 erhielt ein Veneer zur Volumenvergrößerung.

Der Ablauf der Behandlung erstreckte sich ledig-

lich auf die Entfernung der Krone an Zahn 11 und neuer Definition der Präparationsgrenze. Nach Fadenlegung von Zahn 13 bis 22 erfolgte die Abformung mit Hydrocolloid. Der Zahn 11 wurde mit einem Praxisprovisorium versorgt. In der zweiten Sitzung wurden die Keramik-Chips an Zahn 13 und 21 und das Veneer an Zahn 22 adhäsiv befestigt (Abb. 5).

In einem zweiten Arbeitsdurchgang wurde anschließend die Krone für den Zahn 11 erstellt. Der Patient musste sich dafür ins Labor begeben, um die individuelle Form und Farbe der Krone zu erstellen. Die Farbgebung der eingegliederten Keramikteile ist endgültig im Vorfeld nicht abschätzbar. Daher konnte der definitive Farbabgleich erst nach der Eingliederung erfolgen. In der dritten Behandlungssitzung wurde schließlich die Krone eingesetzt (der gegossene Stift wurde zuvor mit Opaker abgedeckt). Die Abschlussbilder zeigen ein befriedigendes Ergebnis.

Schlussbemerkung

Der geschilderte Fall ist sicher sehr ungewöhnlich; glücklicherweise ist die Ausgangssituation bei der Mehrheit unserer Patienten weniger problematisch. Dennoch konnte für Patient (und Behandler) eine zufrieden stellende Lösung erstellt werden. Wie in einigen anderen Situationen ist auch diese Behandlung ein Kompromiss, bei der die natürlichen Zähne allerdings unversehrt geblieben sind und damit keine Zahnsubstanz unnötig geopfert werden musste. Auch unter finanzieller Betrachtung wird eine zahnmedizinische Versorgung für immer mehr Menschen ein Entscheidungskriterium. In dem geschilderten Fall differierten die Kosten für eine Brücke und der durchgeführten Behandlung nicht. Diese Art der Versorgung stellt nicht nur aus ästhetische Sicht eine befriedigende Versorgung dar. Durch die modernen ädhäsiven Versorgungsformen wird immer weniger Zahnhartsubstanz geopfert werden müssen. Dieser Weg wird sicher in Zukunft mehr Verwendung finden, da eine größere Anzahl informierter Patienten den Wunsch solcher Versorgungsformen wünschen werden. Dies hätte selbstverständlich zur Folge, dass auch die lokalen Laboratorien sich ebenfalls auf die individuelle Betreuung der Patienten einstellen müssen. Ich erachte diesen Punkt allerdings als eine große Chance, da solch spezifische Versorgungen sicher nicht in Fernost gefertigt werden können. So bleiben die heimischen Arbeitsplätze erhalten, und wir werden alle weiter in Zukunft von der Weiterentwicklung der zahntechnischen Möglichkeiten profitieren.

Danksagung

Mein besonderer Dank geht an Herrn ZTM Jan Schünemann (lifestyle-dentistry, Bielefeld) für die individuelle Betreuung des Patienten und Erstellung der abgebildeten Arbeit.



(Abb. 3) **Zwei Keramik-Chips** und das Veneer für Zahn 22.



(Abb. 4) **Intraorale Situation** mit dem Mok up.



(Abb. 5) **Adhäsive Befestigung** des Chips an Zahn 21. Da die Verwendung eines Kofferdam nicht möglich war, erfolgte die Isolation mit Watterollen und Topper.



(Abb. 6) **Abschluss** nach Entfernung der Zementreste.



(Abb. 7) **Zufriedener Patient** am Ende der Behandlung.