

Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde  
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik  
Ärztlicher Direktor:  
Universitätsprofessor Dr. J. R. Strub

## EPIKRISE

		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	SÄT	SÄT	SÄT	SÄT	SÄT	SÄT					SÄT	SÄT	SÄT	SÄT	

### Vorstellung des Patienten

Der Patient stellte sich im Juli 2006 in der prothetischen Abteilung zur Lösung seiner Zahnschmerzen und ästhetischer Beeinträchtigung vor allem im Oberkiefer vor. Das vornehmliche Anliegen des Patienten lag in der Wiederherstellung der schmerzfreien Kaufunktion und des ästhetischen Erscheinungsbildes durch eine einfache und kostengünstige Lösung. Die Allgemeinanamnese sowie der extraorale Befund des Patienten waren unauffällig, außer der Angabe des Rauchens von ca. 5 Zigaretten/Tag. Die Problematik kam schon bei der leichten Kieferöffnung und vor allem beim Lächeln zum Vorschein. Der Patient hat eine relativ kurze (19 mm) und hypermobile Oberlippe („gummy smile“) (Vig & Brundo 1978) und zeigte damit die tief kariös zerstörten Oberkiefer-Zähne.

Die Gingiva des Patienten wies Pigmentationen auf, die für dunkelfarbene Menschen charakteristisch sind. Im Oberkiefer war ein gotischer Gaumen zu sehen. Die vorhandene die Zähne im Oberkiefer waren: 18, 17, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 und 25. Viele Zähne waren nur noch Wurzelreste; 12 wurde mit einer Einzelkrone versorgt und stark aus der Okklusionsebene eruptiert. Der Patient gab als Ursache dieses Zustandes seine Angst vor Zahnärzten an. Während der Behandlung stellte sich zusätzlich heraus, dass der Patient völlig unwissend über Mundhygiene war. Im

Unterkiefer waren alle Zähne von 37 bis 47 vorhanden und wiesen teilweise kariöse Läsionen, Amalgamfüllungen oder beides auf. Die Okklusionsebene neigte um etw. 15° nach rechts. Einige Zähne waren zusätzlich eruptiert, am meisten ausgeprägt war der Zahn 36.

Die parodontale Diagnose ergab eine generalisierte chronische Parodontitis der moderaten bis schweren Form. Die Furkationen bei UK-Molaren wurden jedoch nicht exponiert.

Der funktionelle Befund zeigte eine sagittale Stufe von 5 mm und einen Überbiss von 6 mm an, trotzdem war der Okklusionstyp neutral. Die statische Okklusion war mangelhaft. Die zentrale Kondylenposition war identisch mit der IKP. Die Führung bei Exkursionsbewegungen erfolgte maßgeblich über die Frontzähne außer bei der Laterotrusion nach rechts, wo die Führung erste Molaren übernahmen.

### Epikrise des Oberkiefers

Nach der Besprechung mit dem Patienten über den möglichen Erhalt einiger Oberkiefer-Zähne stellte sich heraus, dass er nicht über 500 EUR zahlen kann. Daher und angesichts der möglichen Teilnahme bei der Sinuslift-Studie, bestand der Patient auf eine Extraktion aller Zähne und einer Versorgung mit einer Immediatprothese.

Zunächst wurde eine Mundhygieneanleitung, -durchführung und -kontrolle durchgeführt. Nach der Feststellung einer sehr guten Mundhygiene wurde die parodontale und konservative Behandlung durchgeführt.

Das Oberkiefermodell wurde anhand einer Bissnahme mit Wachswahl einartikuliert. Durch Wachswahl wurde auch die zukünftige prothetische Linie festgelegt, wobei als Referenzpunkt der Zahn 23 diente. Im Oktober 2006 erfolgte eine Serienextraktion aller Oberkiefer-Zähne. In der gleichen Sitzung wurde die Schmelz-Plastik am Zahn 36 durchgeführt.

Nach einer Woche erfolgte die endgültige Abformung mit einem individuell hergestellten Löffel, der in IKP=ZKP einartikuliert wurde und der auch als Rückbisskontrolle diente. Die Abformung erfolgte nach Kerr-Randgestaltung mit Zinkoxid-Eugenol Masse (Kelly's ZOE impression paste, Waterpik, UK-West Yorkshire). In der gleichen Sitzung wurde auch die erste Wachsaufstellung der

Zähne ausgetestet und aus technischen Gründen (zu wenig Platzangebot vor allem in Molarenbereich) war eine Bisshebung um 1.5 mm notwendig. Aufgrund der Kieferkammverhältnisse war auch eine Stufe in Frontzahnbereich von 5 mm erforderlich. Die Prothese wurde 11 Tage nach der Extraktion eingegliedert.

Zahntechnisch wurde eine Totalprothese mit individualisierten Kunststoffbasen und konfektionierten Kunststoffzähnen im Seitenzahnggebiet hergestellt. Für ein besseres ästhetisches Erscheinungsbild beim vorhandenen „gummy-smile“ wurde ein individualisiertes Einfärben des Zahnfleisches durchgeführt..

### Epikrise des Unterkiefers

Im Unterkiefer wurden in der Zwischenzeit alle Zähne mit alten Amalgam-Füllungen bzw. Karies mit Komposit-Füllungen (Tetric<sup>®</sup>, Ivoclar Vivadent, FI-Schaan) versorgt. Die Kompositfüllungen scheinen eine relativ gute Prognose zu haben mit ca. 65% Erfolgsrate in 17 Jahren bzw. mit einer Misserfolgsrate von 0-9% pro Jahr (da Rosa Rodolpho et al. 2006, Hickel & Manhart 2001). Auch die Abrasionsbeständigkeit von Kompositen scheint kein weiteres Problem mehr vorzustellen (Ferracane et al. 2006), vor allem wenn die Antagonisten nicht aus keramischen Werkstoffen hergestellt sind.

### Nachsorge

In dem über 5-monatigen Nachsorgezeitraum mussten einige Druckstellen im Oberkiefer entfernt werden. Eine Unterfütterung wurde bisher nicht notwendig, jedoch sollte 6 Monate nach dem Einsetzen der Arbeit aufgrund erwartender Knochenresorption eine indirekte Unterfütterung stattfinden. Der Patient ist mit der Versorgung sehr zufrieden (Jockstad 2006). Die Patienten können über lange Zeiträume mit einer Totalprothese versorgt bleiben (Bergmann & Carlson 1985). Die Ästhetik, Phonetik und Funktion können ausreichend ersetzt werden (McCord & Grand 2000), die Kaueffizienz (Rissin et al. 1978) und die Kaukraft (Haraldson & Carlsson 1979) werden jedoch reduziert.

Parodontal blieb der Patient stabil, ebenso entstanden kein Karies und keine Verfärbung der angefertigten Komposit-Füllungen im Unterkiefer.

Der erwartete Start der Sinus-Lift-Studie ist voraussichtlich im April 2007. Im Rahmen der Studie werden 4 Ankylos-Implantate inseriert. Nach der erfolgreichen Osseointegration wird der Patient mit einer Konus-Prothese mit Syn-Con<sup>®</sup>-System versorgt.

Dem Patienten wurde ein „maintenance-program“ vorgeschrieben, bei dem in einem Rhythmus von 3 Monaten eine professionelle Mundhygiene durchgeführt wird (Ramfjord et al. 1982).