

Eine ästhetisch-funktionelle Rehabilitation, vom Mock-up bis zur finalen Restauration

Eine ästhetisch-funktionelle Rehabilitation erfordert neben einer sorgfältigen Planung auch den Einsatz zuverlässiger Materialien, um die Details mit hoher Präzision zu reproduzieren. So wird eine effektive Kommunikation zwischen Praxis und Zahntechniker und damit der größtmögliche Rehabilitationserfolg ermöglicht.

Ein komplexer Patientenfall

Im vorliegenden Fall geht es um einen 62-jährigen männlichen Patienten in gutem Allgemeinzustand. Die orale Situation zeigt abrasionsbedingt signifikant abgenutzte Zähne, frühere insuffiziente Restaurationen, zahlreiche nicht-kariöse zervikale Läsionen (Non-Carious Cervical Lesions, NCCL), sowie eine Kiefergelenkerkrankung (TMD) mit myofaszialen Schmerzen und eingeschränkter Mundöffnung (Abb. 1). Aus diesen Gründen befindet sich der Patient bereits in spezieller Behandlung (Zahnarztpraxis Lopponi, Florenz). Nach erfolgreicher Behebung der Gelenkeinschränkungen steht eine minimalinvasive Rehabilitation zur Wiederherstellung der korrekten vertikalen Dimension und Ästhetik durch adhäsiv befestigte Voll- und Teileramikronen an. Entsprechende extra- und intraorale Aufnahmen, Silikonabformungen, Gesichtsbogenübertragung, ästhetische Analyse und Ausmaß der Elevation der vertikalen Dimension werden dem Zahntechniker (ODT Paolo Berlioz, Latina) zur Erstellung eines diagnostischen Wax-up (Abb. 2) zur Verfügung gestellt.

Klare und detaillierte Fallplanung

Wir legen größten Wert darauf, die orale Ist-Situation des Patienten so genau wie möglich zu reproduzieren und die entsprechenden Aufzeichnungen zu Zahn- als auch Zahnfleischsituation dem Labor zu übermitteln, damit der Zahntechniker die bestmöglichen Voraussetzungen zur Erstellung der Gipsmodelle und der restaurativen Versorgung hat. Mittels individuellem Mock-up, das unter Verwendung eines besonders abriebfesten multifunktionellen Acryl-Komposits mit hohen ästhetischen Eigenschaften (Visalys® Temp) erstellt wird, wird die neu gestaltete Zahnsituation in hochwertiger Ästhetik dargestellt und zusätzlich die Funktion der Zahnbögen erhalten. Das Mock-up wird durch den Einsatz von Diamantfräsern und zusätzlich durch das Ergänzen mit lichthärtenden Kompositen individualisiert (Abb. 3).

Es wird ein neues fotografisches Set und eine neue ästhetische Analyse durchgeführt (Makro-, Mini- und Mikroästhetik) und dem Patienten vorgeführt und auch dem Zahntechniker übermittelt. Der Patient „trägt“

das Mock-up für einen Zeitraum von ca. 30 Tagen, in denen er die Möglichkeit hat, die neue Zahnmorphologie kennenzulernen und zu "testen". Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist ein vollständiger Funktionstest der späteren finalen Versorgung in einer Phase, die noch vollständig reversibel ist; etwaige Änderungsnotwendigkeiten können eingebunden und die Versorgung individuell optimiert werden.

Finale Versorgung

Nachdem alle eventuellen Irritationen behoben sind und alle Beteiligten der Umsetzung des Projektes in der finalen Form zustimmen, werden die notwendigen Behandlungsschritte durchgeführt. Die fehlenden Zähne 16 und 36 werden durch eine Implantatversorgung ersetzt. Einige Zähne werden vollständig präpariert, andere teilweise, in Abhängigkeit der vorliegenden Zahnstruktur und Restschmelzmenge. Die Abformung erfolgt mit den Kontaktsilikon Panasil® Putty Soft und Panasil® initial contact X-light (Abb. 4).

Die okklusalen und schädelbezogenen Verhältnisse werden durch Bissregistrare dargestellt. Das Material der Wahl ist hier Futar® D, das mit seiner besonders hohen Endhärte und einfachen Verarbeitung für einen sicheren Transfer der Bissituation an das Labor sorgt (Abb. 5 und 6).

Die finalen Versorgungsmaterialien aus geschichtetem Lithiumsilikat werden mit Pasten auf Basis von wasserlöslichem, farbigem Glycerin (Try In Paste) auf die beste Farbpassung getestet, danach können die Restaurationen permanent zementiert werden (Abb. 7). Die Lieferung, Anprobe und definitive Befestigung der endgültigen Restaurationen ist lediglich der letzte Schritt des Rehabilitationsprozesses, der mit der Anamnese und detaillierten Analyse der Patientensituation beginnt. Vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zu den Kontrollbesuchen, bei jedem Zwischenschritt ist die Einhaltung der operativen Protokolle von entscheidender Bedeutung, um die geplante Versorgung auf höchstem Niveau umsetzen zu können (Abb. 8, 9, 10, 11).

www.elioboschetti.com | www.qeocorsi.it





Abb. 1: Okklusion vor der Behandlung, Frontalansicht



Abb. 2: Wax-up



Abb. 3: Mock-up

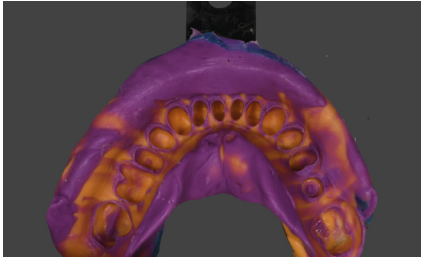


Abb. 4: Präzisionsabformung mit Panasil® Putty Soft & Panasil® initial contact X-Light



Abb. 5: Bissregistrar mit Futar® D

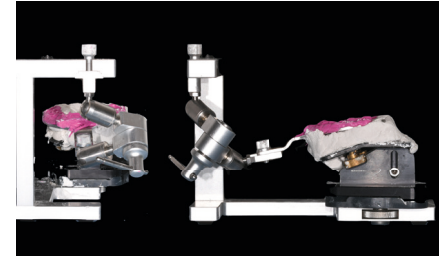


Abb. 6: Gesichtsbogenübertragung mit Futar® D



Abb. 7: Kronen und Veneers aus Lithiumsilikat



Abb. 8: Okklusion, vor und nach der Behandlung, Frontalansicht



Abb. 9: Okklusion, vor und nach der Behandlung, Seitenansicht



Abb. 10: Kauflächen, vor und nach der Behandlung



Abb. 11: Lächeln vor und neues Lächeln nach der Behandlung, Frontalansicht



DR. ELIO BOSCHETTI

- Abschluss mit Auszeichnung und besonderer Erwähnung an der Universität Cagliari
- Master in klinischer Zahnheilkunde und Kieferorthopädie (United Campus of Malta HEI Foundation)
- Ordentliches Mitglied Amici di Brugg
- Spezialist für Kieferorthopädie
- Zertifiziertes Mitglied der ESCD (European Society of Cosmetic Dentistry)
- 2014 Forscher, Fakultät für Zahnmedizin, McGill University, Montreal, Kanada
- 2015–18 Klinischer Tutor, Studiengang Zahnmedizin und P.D., Universität Cagliari
- 2018–20 Dozent, Spezialisierungskurs Restauration, Universität Foggia
- 2019 / 22 Ausbilder für Q&O-Kurse zur direkten und indirekten Restauration, Dr. Luca Tacchini
- Widmet die eigene klinische Tätigkeit der restaurativen und kieferorthopädischen Zahnmedizin
- Freiberufler in Vicenza, Brescia und Florenz
- Referent bei Kursen und Konferenzen in Italien und im Ausland