

Behandlungsfall aus einer Studiengruppen-Praxis:

## Frontzahnbrücke aus Vollkeramik im Unterkiefer

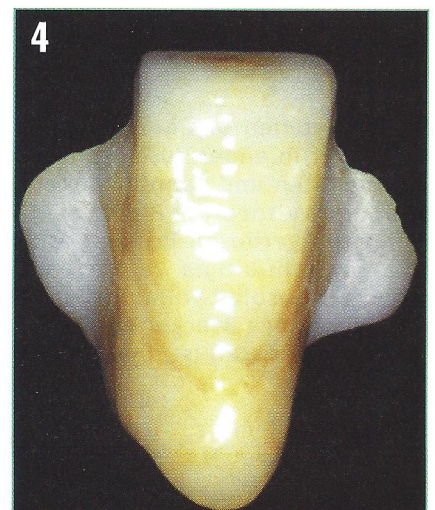
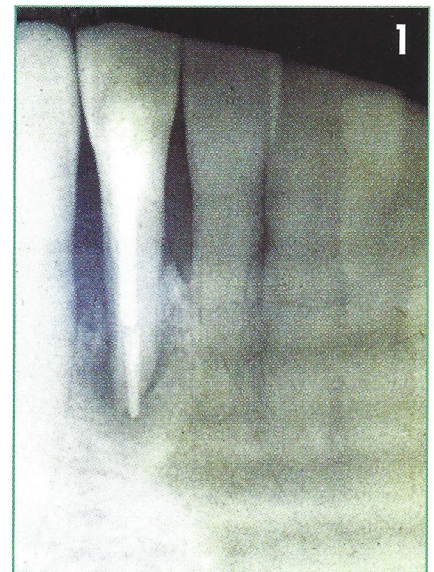
Der Zahn 32 eines 50-jährigen Mannes musste – vermutlich wegen eines Traumas – 1993 endodontisch behandelt werden. Nach anfänglichem Erfolg kam es ein Jahr später zur Fistelbildung; die chirurgische Revision bestätigte die Verdachtsdiagnose „laterale Wurzelfraktur“ (Abb. 1).

Nach der Erkenntnis „kein Erhalt möglich“ wurde intra operationem die klinische Krone mit der üblichen Komposit-Technik als Provisorium an den Nachbarzähnen befestigt, die Wurzel abgetrennt und extrahiert (Abb. 2). Der erstaunlich gute Halt dieser Konstruktion über einige Monate und die Kooperation des Patienten ließen den Ent-

schluss fassen, eine vollkeramische Klebebrücke einzugliedern, zumal kleine proximale Füllungen vorhanden waren. Die Probleme mit konventionellen Brücken und auch Klebebrücken in diesem Bereich sind hinlänglich bekannt.

Das klassische Halteprinzip der metallunterbauten Klebebrücke, die weit ausladenden retentiven Arme, konnte hier nicht zum Tragen kommen, da die Keramik hierfür zu spröde ist. Vielmehr musste eine möglichst großflächige und voluminöse Verbindung approximal geschaffen werden. Dies geschah dann durch eine leichte Parallelisierung der approximalen Flächen und vor allem durch zwei nach lingual sich öffnende Kavitäten (Abb. 3).

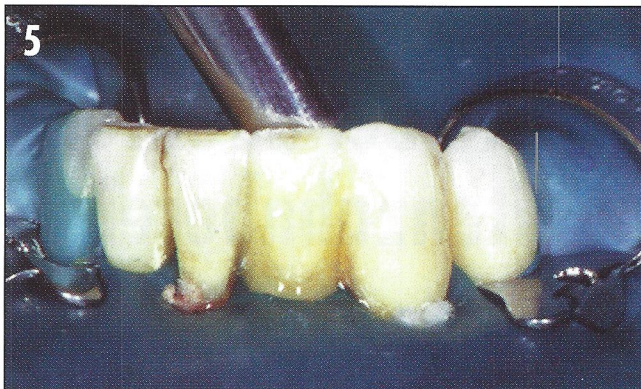
Die Brücke wurde vom Zahntechniker (Pösges Dentaltechnik, Neuss) lingual bewusst großzügig modelliert, um während des Klebevorgangs und auch später keine Fraktur zu riskieren. Auch sollte



probiert werden, wie weit der Patient diese leichte Verdickung, die später einfach korrigiert werden konnte, tolerieren würde (Abb. 4).

Die Brücke wurde unter Kofferdam mit üblichem Bonding und einem zähviskosen Kleber von lingual eingliedert. Zur Vermeidung einer Spannung durch den Kofferdam wurde dieser im Bereich des Auflage des Brückenglieds eingeschnitten. Die Kavitäten ließen trotz des Kleberüberschusses eine sichere Platzierung der Brücke während der Eingliederung zu. Sicherheitshalber wurde die Schneidekante geringfügig aus der Funktion genommen. Die Verdickung wurde nach einigen Tagen minimal zurückgeschliffen (Abb. 5).





Das ästhetische und parodontale Ergebnis ist hervorragend, die Brücke ist seit September 1994 in situ, trotz der unterschiedlichen funktionellen Beanspruchung von Front- und Eckzahn und eines mäßigen, allerdings sanierten parodontalen Abbaus (Abb. 6). Der Erfolg hat den Autor ermutigt, seither fünf weitere derartige Brücken zum Ersatz oberer seitlicher Schneide- und unterer Frontzähne einzugliedern. In einem Fall kam es zum Bruch auf Grund von zwischenzeitlich aufgetretenem heftigen Bruxismus.

Die Vollkeramik ist eine hervorragende Möglichkeit, verloren gegangene Zahnschubstanz zu ersetzen, als Inlay, Teilkrone, Veneer – auch okklusale zur Zahnverlängerung – oder wie hier als kleine Brücke. Zwingend notwendig ist ein konsequentes, hochpräzises Handling der Verarbeitung, das wichtiger ist als ein paar µ Restaurationsrand rauf oder runter.

Dr. Michael Cramer,  
Overath

**Die Zahnarzt  
Woche DZW**

Die DZW – jetzt nur noch einen Mausklick  
entfernt:

<http://www.dzw-online.de>



## Aktuelle Trends in der Kieferorthopädie

1.  
KIEFER  
ORTHOPÄDISCHES  
SYMPOSIUM  
IFZ

vom 3. - 5. Dezember 1999  
in Lübeck  
Radisson SAS Hotel

Freitag, 3. Dezember 1999 von 14.00 – 19.00 Uhr

Dr. H.W. Seeholzer  
Erdingen

Der Kieferorthopäde  
als Unternehmer

Samstag, 4. Dezember 1999 von 9.00 – 17.00 Uhr

Dr. P. Kleemann  
Dinslaken

Protokoll für ein  
fortschrittliches Klebmanagement

Prof. Dr. B.  
Hoffmeister, Berlin

Stellenwert einer intraoralen Distractionsosteogenese in der  
kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung

Georg Scherpf  
Berlin

Der bewegte Zahn  
Eine Betrachtung zur Prophylaxe in der Kieferorthopädie

Prof. Dr. Marcel  
Korn, Boston

Richtungsänderung im Zahndurchbruch  
Tatsachen oder Fiktion

Dr. H. v. Treuenfels  
Eutin

Mehr Biß für die Gelenke  
durch Ortho - Gnatho - Pädie

Sonntag, 5. Dezember 1999 von 9.00 – 14.00 Uhr

Prof. Dr. R. R.  
Miethke, Berlin

Mißerfolg, Rezidiv und Retentionen oder  
der kieferorthopädische Kopfschmerz

Prof. Birte Melsen  
Århus

Neue Verankerungsmöglichkeiten  
mit der "AARHUS-SCREW ®"

Dr. Alain Fontenelle  
Bières

Lingualtechnik in der täglichen  
kieferorthopädischen Praxis



### Seminarangebot zum Symposium

für Sie, Ihre Begleitung und Mitarbeiter

Freitag, 3. Dezember 1999 von 13.00 – 19.00 Uhr im IFZ

Prof. Dr. Radlanski  
Berlin

Die Ausbildung Ihrer KFO-Helferin –  
Delegieren Sie Arbeiten

Samstag, 4. Dezember 1999 von 9.00 – 17.00 Uhr

Prof. Samy Molcho  
Wien

Körpersprache-Seminar  
Was Worte nicht ausdrücken können  
Die non-verbale Kommunikation

Sonntag, 5. Dezember 1999

Ch. Gaede-Thamm  
Hamburg

Die Rezeption 9.00 – 11.00 Uhr  
Der erste Eindruck ist der entscheidende  
Die verbale, visuelle Kommunikation

Regina Först  
Bordesholm

Der Weg zum eigenen Stil 11.15 – 13.30 Uhr  
Ihre Ausstrahlung als Schlüssel zum Erfolg  
Die verbale, visuelle Kommunikation

Montag, 6. Dezember 1999 von 9.00 – 16.00 Uhr im IFZ

Prof. Dr. Marcel  
Korn, Boston

Behandlung von Klasse II Patienten  
„Chirurgische“ Grenzfälle ohne Chirurgie



senden Sie mir

- die kompletten Kongreßunterlagen
- das Kursbuch 2/99 mit 60 Kursen zu...

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Kantstraße 22 · 23566 Lübeck  
Tel. 04 51 - 62 41 01 · Fax 04 51 - 6 89 43  
IFZ-luebeck@t-online.de · www.ifz-luebeck.de

IFZ-Lübeck