

Gibt es das perfekte Lächeln?

Autorin_Dr. Violeta Claus

_ Fallbeispiel

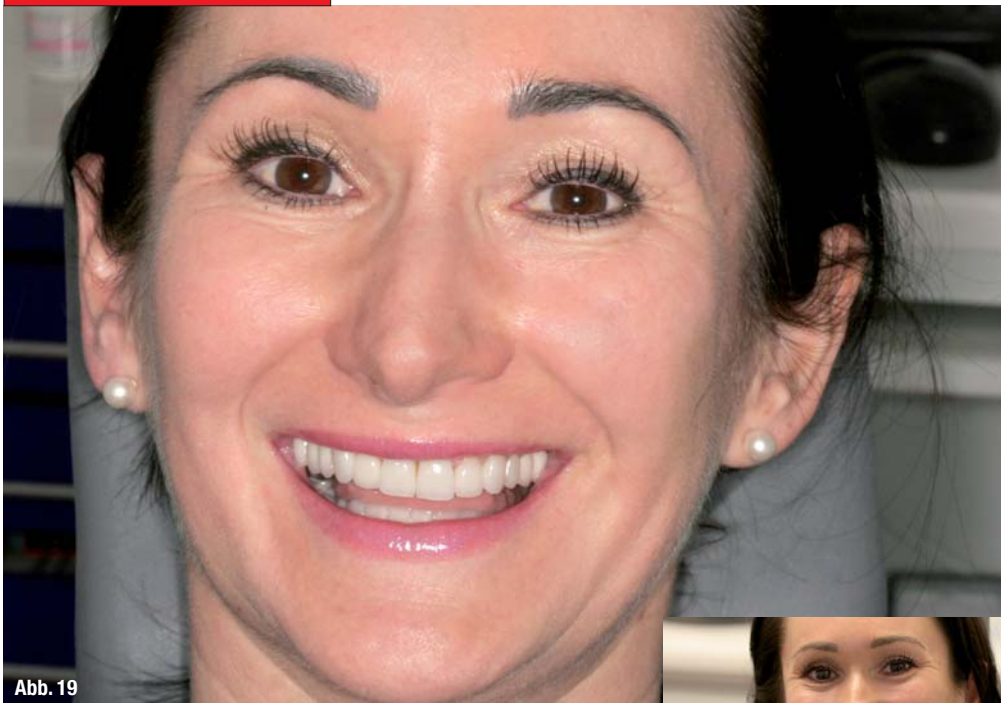


Abb. 1–4_ Ausgangssituation.
Abb. 5–6_ Langzeitprovisoren auf dem Modell.

Abb. 19 und 20_ Situation nach adhäsiver Befestigung und sechs Monate in situ.

_Das Lächeln, die feinsinnige, strahlende, faszinierende Schwester des Lachens, ist wohl für jeden Menschen die zutiefst individuelle Ausdrucksform seiner Persönlichkeit, zugleich Brücke oder Türöffner für jede gelungene Kommunikation. Wenn uns ein Lächeln geschenkt wird, geht es der Seele gut, eine kleine magische Sympathiebekundung, die entwaffnet, beschwichtigt, einlädt. Ein Lächeln passt dann „perfekt“ zu einer Persönlichkeit, wenn es gelingt, den eigenen Persönlichkeitskern ästhetisch nach außen zu transportieren.

Ein Lächeln ist dann „perfekt“, wenn es gelingt, dass sich der Patient „als Ganzes“ fühlt, mit seiner neuen zahnästhetischen Lösung, seinem eigenen Stil, seinem Temperament. Der vorliegende klinische Bericht dokumentiert den Fall einer Patientin, die sich mit dem Wunsch nach schöneren Zähnen für ein perfektes Lächeln vorgestellt hat.

_ Die Ausgangssituation

Obwohl sich die Patientin als herzliche Frohnatur fühlt und sehr stark mit ihrem ganzen Ge-



sicht kommuniziert, wirkte das Lächeln müde, ja fast verkümmert. Ihr Lächeln war nicht typgerecht und eingeschränkt.

Das untere Gesichtsdrittel war zu klein im Verhältnis zum Rest. Dadurch hatten die nach unten hängenden Mundwinkel ihrem Erscheinen eine zu stumpfe, unvitale Prägung gegeben. Sie empfand ihre Mundpartie als zu „gediegen“, „ältlich“, „konservativ“, „gleichförmig“, „ausdruckslos“, „nüchtern“.

Hinzu kam die zu dunkle Farbgebung der vorhandenen Metallkeramikronen, die unregelmäßige, schiefe Lachlinie, die freiliegenden Kronenränder, die Abnutzungsspuren der Verblendkeramik.

Die mittleren Oberkiefer-Schneidezähne zeigten durch das fast 1:1-Verhältnis eine drastische Fehlproportion (der goldene Schnitt beträgt 2:3).

Der Zahn 26 war durch ein überdimensionales Brückenglied ersetzt und 27 apikal beherdet und nicht erhaltungswürdig.

Funktionelle Befunde – Deckbiss dynamische Frühkontakte im Molarenbereich, leichte Kiefergelenksbeschwerden und druckdolente, hypertensive Kaumusculatur.

Die prothetische Rekonstruktion sollte aus ästhetischen und funktionellen Aspekten geplant werden und die notwendige Bisserrhöhung sowie okklusale, gnathologische Neugestaltung in Einklang mit einem verbesser-

ten optischen Ergebnis waren zugleich Ziel und Motivation für eine „sympathischere individuelle“ Lösung.

Die Patientin legt sehr viel Wert auf eine möglichst symmetrische, regelmäßige Aufstellung der Zahnreihe und wünscht sich eine strahlende, hellere Zahnfarbe. Das auch außen stimmige Gefühl der eigenen Vitalität und heiteren Lebensfreude war ihr daher ein besonderes Anliegen und äußerte sich auch in einer konsequenten Aussage zur Zahnfarbigkeit.

Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen erfolgte nach der Modelldiagnostik und Wax-up vorerst durch ein Langzeitprovisorium.

Die alten Aufbaufüllungen wurden durch Kunststoff ersetzt, die Zähne nachpräpariert und mit metallverstärkten Kunststoffprovisorien versorgt.



Abb. 20



Abb. 7



Abb. 10



Abb. 8



Abb. 11



Abb. 9



Abb. 12

Die noch nicht überkronten Zähne 22, 23, 24, 33, 34, 43, 44 wurden mit adhäsiv verklebten, provisorischen Kunststoff-Veneers versorgt, ohne vorherige Präparation (New Outline, Fa. Anaxdent).

Die Tragedauer war bis zur Einheilung der Implantate 26 und 36 (Fa. Straumann) eingepplant. Nun galt es, die veränderte Bisslage in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren und einige Einschleifmaßnahmen durchzuführen.

Die Ästhetik der temporären Versorgung entsprach voll und ganz den Vorstellungen und Wün-

Abb. 7–9 Temporäre Versorgung.
Abb. 10 und 11 Vollkeramische Veneers und Kronen.
Abb. 12–14 Details nach der Tragedauer des Langzeitprovisoriums, vor der Nachpräparation der Stümpfe.



Abb. 12–14 _ Details nach der Tragezeit des Langzeitprovisoriums, vor der Nachpräparation der Stümpfe.

Abb. 15 _ Vorbereitung mit Retraktionsfäden für die definitive Abformung.

schen der Patientin. Sie empfand es spontan als „besonders zu ihr passend und stimmig“. Das Lippenbild fügt sich jetzt harmonisch mit der Schneidekantenlinie ein.

Für die definitive Versorgung wurden vollkeramische Kronen im Frontzahnbereich geplant (13–21, 32–42), geschichtete Vollkeramik-Veneers und Teilkronen an den Zähnen 17, 22–24, 33, 34, 44, 45 sowie Lava® Zirkonoxid (Fa. 3M ESPE) für die Seitenzahnkronen (technische Details bei Labor Manufactum, Stuttgart). Sichtbar ist der Unterschied der Zahnhartsubstanzabtragung zwischen Vollkrone und Veneer. Während der Substanzverlust für eine herkömmliche Krone bis zu 70% beträgt, wird für die Aufnahme eines Veneers lediglich 7 bis 30% Abtragung benötigt (Edelhoff und Sorensen, 2002). Daher ist die Versorgung mit vollkeramischen Veneers eine besonders schonende Maßnahme im Umgang mit Hart- und Weichgewebe. Die Veneers wurden mit Optibond FL (Fa. Kerr) konditioniert und mit dem lichthärtenden Kunststoff Mirage transluzent (Fa. Tanaka) befestigt. Die Lava® Kronen mit dem selbstadhäsiven Zement RelyX-Unicem (Fa. 3M ESPE), das Keramikinlay und die vollkeramischen Frontzahnkronen mit dualhärtendem Kunststoff RelyXARC (Fa. 3M ESPE) fixiert.

_Fazit

Die perfekte Lösung für die Patientin eröffnet ihr die Möglichkeit, ihr eigentliches, freudiges, zugewandtes Wesen zu transportieren. Ihr inneres Bild von sich, ihre individuelle Wahrnehmung ihrer Persönlichkeit wird nun durch ein offenes, einladendes, helles, lebensfrohes Lächeln typgerecht zum Ausdruck gebracht.

Abb. 16 _ Unterschied der Zahnhartsubstanzabtragung zwischen Vollkrone und Veneer.

Abb. 17 und 18 _ Definitive Versorgung.



Das harmonische Ergebnis spiegelt das Spagat, aber auch die Gratwanderung zwischen perfekter Ästhetik, individuellem Wunsch des Patienten, kluger Funktionalität und technischer Professionalität wider.

_Autorin	cosmetic dentistry
	<p>Dr. Violeta Claus 1984–1986 Nach Abitur, Studium der Humanmedizin in Bukarest, Rumänien 1986–1990 Studium der Zahnmedizin an der Zahnmedizinischen Fakultät Carol Davila, Bukarest September 1990 Staatsexamen und Promotion 1991–1995 Tätigkeit als Assistenz-Zahnärztin in der Praxis Dr. Carsten Claus, Trier Februar 1995, Deutsche Approbation an der Universität Johannes Gutenberg, Mainz Juni 1995 Gründung einer Gemeinschaftspraxis in Trier Ab November 2004–März 2007 berufsbegleitende Belegung des M.S.c. Studiengangs „Ästhetische und rekonstruktive Zahnheilkunde“ an der staatlichen Donau-Universität Krems</p>
<p>Kontakt: Brotstr. 30, 54290 Trier Tel.: 06 51/4 23 43, Fax: 06 51/9 94 38 40 E-Mail: violeta@dr-claus.de, www.dr-claus.de</p>	