

Die kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten – eine interdisziplinäre Therapie – Teil I

Autoren Prof. Dr. med. dent. N. Watted, Dr. med. dent. A. Awadi, Dr. med. dent. T. Teuscher, Dr. med. dent. A. Watted, Dr. med. dent. Sh. Gera

Abb. 1a–e a, b: Zustand vor einer kieferorthopädischen Behandlung einer erwachsenen Patientin mit Zahnfehlstellung und Parodontalproblemen, c: Zustand der Patientin während der Behandlung, d, e: Zustand der gleichen Patientin nach der kieferorthopädischen Therapie.



Abb. 1e



Abb. 1a



Abb. 1c



Abb. 1b



Abb. 1d

Möglichkeiten ist ein ständig zunehmendes Interesse und eine höhere Bereitschaft Erwachsener zu einer kieferorthopädischen Behandlung zu verzeichnen. Diese Patientengruppe beinhaltet nicht

Einleitung

Mit dem steigenden Ästhetikbedürfnis der Bevölkerung und der medienvermittelten Kenntnis der zahnärztlichen

seltenen Fälle, bei denen bereits im Kindes- bzw. Jugendalter eine kieferorthopädische Behandlung empfehlenswert gewesen wäre, die aber damals nicht möglich oder nicht gewollt war. Beim Erwachsenen kann eine kieferorthopädische Behandlung das dentale Erscheinungsbild deutlich verbessern (Abb. 1a–e). Durch eine kieferorthopädische Behandlung können aber auch vorbereitende Maßnahmen erfolgen, wenn z.B. eine prothetische oder konservierende Versorgung geplant ist, die sich durch tadellose Ästhetik, uneingeschränkte Funktion und gute Parodontalprophylaxefähigkeit auszeichnen soll.

Die Planung einer Erwachsenenbehandlung erfordert neben den routinemäßig angefertigten Unterlagen (Panoramaschichtaufnahme, Fernröntgenaufnahme, Modelle im Artikulator sowie intra- und extraorale Fotos) einen sowohl klinisch als auch röntgenologisch erhobenen Parodontalstatus. Eventuell vorliegende Kiefergelenkprobleme werden durch eine ausführliche Funktionsanalyse registriert. Bei der Behandlungsplanung erwachsener Patienten ist in der Regel die Zusammenarbeit verschiedener zahnärztlicher Disziplinen erforderlich (Abb. 2).

Abb. 2 Flussdiagramm zur Darstellung der Planungs- bzw. Therapieschritte eines interdisziplinären Falles.

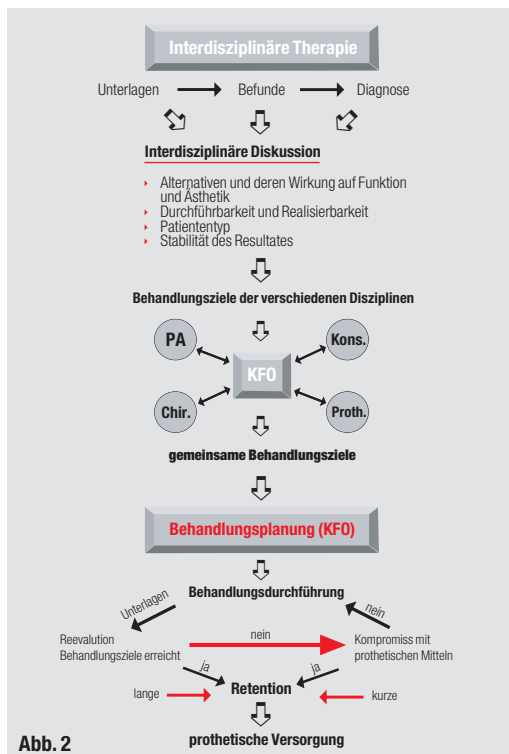


Abb. 2

Abb. 3a–n a–e: Zustand vor der kieferorthopädischen Behandlung. Der Patient hat Zahnfehlstellungen, Engstände und Zahnformanomalien (Hypoplastischer 12), f: Zur Auflösung des Engstandes und der Zahnfehlstellungen wurden die stark versorgten Zähne 16 und 26 extrahiert. g–i: Während der kieferorthopädischen Therapie wurde zur Symmetrieherstellung in der Zahngröße, -form Lücken hergestellt, die später mit Kompositfüllungsmaterial korrigiert werden. j, k: Nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung. Die Lücken in der Front wurden so verteilt, dass eine Harmonie nach dem Kompositaufbau entsteht. l–n: Zustand nach der Gesamtbehandlung – Kieferorthopädie und konservierende Therapie.



Interdisziplinäre Therapie

Um das dentale Erscheinungsbild zu optimieren und einen dauerhaft funktionellen Gebisszustand herzustellen, ist bei der Behandlung erwachsener Patienten häufig die Kooperation verschiedener zahnärztlicher Fachgebiete nötig. Da die beteiligten Disziplinen, wie z.B. die Kieferorthopädie, die Parodontologie oder die Chirurgie nur selten in einer Praxis vereinigt sind, erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein bewährtes und eingespieltes Team von Ärzten. Bereits bei der Behandlungsplanung ist die Zusammenarbeit aller an der Lösung beteiligten Disziplinen erforderlich. Jedes Fachgebiet stellt die vorliegende Situation dem maximal zu erreichenden Resultat gegenüber, sodass durch fallspezifische Koordination der Behandlungsmaßnahmen eine möglichst ideale Lösung angestrebt wird und letztendlich resultiert. Die Therapie sollte bezüglich folgender Kriterien Bestmögliches versprechen:

- ästhetische Verbesserung
- funktionelle Verbesserung
- gute Parodontalsituation bei Behandlungsende und gute Langzeitprognose
- geringe Wahrscheinlichkeit apikaler Resorptionen durch Zahnbewegungen
- geringe Belastung für den Patient
- Zufriedenheit des Patienten bezüglich der formulierten Wünsche und Erwartungen
- Stabilität des Resultates.

Einige dieser Kriterien lassen sich durch ein diagnostisches Set-up-Modell visualisieren und auch für den Patienten anschaulich beurteilen. Der Kieferorthopäde erhält zudem Anhaltspunkte über das Ausmaß und die Realisierbarkeit der notwendigen Zahnbewegungen. Gleichzeitig kann z.B. der Prothetiker überprüfen, ob die zur Diskussion stehende Planung ästhetisch, funktionell und bezüglich der Verteilung des bestehenden Zahnmaterials überhaupt infrage kommt. Letztendlich sollten Kieferorthopäde und Prothetiker, Parodontologe, Chirurg und Konservist mehrere Be-

handlungsalternativen formulieren und einschließlich der jeweiligen Vor- und Nachteile sowie möglichen Risiken dem Patienten erläutern. Erst der aufgeklärte Patient bringt das Verständnis



und die notwendige Motivation vor allem für aufwendige und langwierige Behandlungen auf. Dabei ist die Compliance des Patienten, d.h. seine Kooperationsbereitschaft und seine Belastbarkeit kritisch zu bewerten, da eine festsitzende Multibracketapparatur im Alltagsgeschehen oft als störend empfunden wird (Abb. 3a–n). Auch die im Anschluss an eine kieferorthopädische Behandlung folgende Retentionsphase darf nicht unerwähnt bleiben. Die Behandlungsergebnisse sind beim Erwachsenen in gleicher Weise wie bei Kindern rezidivgefährdet.

_Kontakt cosmetic dentistry

Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted
 Center for Dentistry, Research and Aesthetics
 Chawarezmi Street 1
 P. o. box 1340
 30091 Jatt/Israel
 E-Mail: nezar.watted@gmx.net