

Planung mit System

Ein Beitrag von Ztm. Udo Plaster und Dr. Siegfried Hrezkuw

Das PlaneSystem ist eine Übertragungsmethode mit umfassender Sicht auf den Menschen. Unabhängig davon, ob man sich bei der Erstellung von Zahnersatz für die digitale oder die klassische Prozesskette entscheidet, die exakte und vor allem individuelle Erfassung von Patientendaten bereitet den Weg, um eine prothetisch nachhaltige Behandlung zu erreichen. Im vorliegenden Artikel werden anhand der prothetischen Rehabilitation eines komplett zahnlosen Patienten die bemerkenswerten Möglichkeiten des PlaneSystems aufgezeigt, die dem dentalen Behandlungsteam und letztlich dem Patienten zugutekommen.

Indizes: Analyse und Diagnostik, CAD/CAM-Technik, Implantatprothetik, PlaneFinder/PlaneSystem, Prototypen, virtuelle Planung

Fragen zum prothetischen Konzept

Welche Rolle spielt das PlaneSystem in der Planung und Umsetzung der Versorgung bei zahnlosen Patienten?

Ztm. Udo Plaster: Das PlaneSystem bietet dem Behandlungsteam die Möglichkeit alle relevanten Informationen über den Patient zu erfassen und zusammenzuführen. Das ist insbesondere bei der Versorgung zahnloser Patienten wichtig, weil gerade dort keine Informationen zur Position der Zähne und zur vertikalen Höhe der Unterkieferposition vorhanden ist. Es geht darum, einen patientenspezifischen Zahnersatz herzustellen und nicht „alles“ zu idealisieren, also nicht jede Versorgung in einer skelettale Klasse 1 zu fertigen. Bei der Herstellung eines Zahnersatzes ist die rechte und die linke Gesichtshälfte je nach Wachstum individuell zu berücksichtigen. Um die Kräfte richtig einzuleiten in Bezug zu Kiefer und Schädel, ist es besonders wichtig, die Lage der Okklusionsebene und die Zahnstellung genau zu definieren.

Komplexe Restauration

Informationen sammeln, verstehen, zuordnen und verarbeiten – dies sind die von den Autoren geforderten Prämissen, um passgenauen Zahnersatz anbieten zu können. Ergänzend zur zahnärztlichen Diagnostik erfolgt daher eine zahntechnische Analyse beziehungsweise physische Diagnostik. Die darauf aufbauenden Arbeitsschritte führten auch bei dem hier vorgestellten Fall zu einer hohen Zufriedenheit des Patienten, der das Ergebnis mit einem entspannt-gelösten Lächeln quittierte.

Der Patient war zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Konsultation im zahnlosen Unterkiefer mit einem implantatgestützten Zahnersatz versorgt. Im Oberkiefer trug er eine schleimhautgestützte Totalprothese. Zwar klagte der Patient nicht über funktionelle Probleme, doch es war deutlich sichtbar, dass der vorhandene Zahnersatz in seiner Dimension nicht zu den patientenspezifischen Gegebenheiten passte. Eigentlich konsultierte der Patient seinen Zahnarzt, um den Oberkiefer neu und feststehend zu versorgen und an die bestehende Unterkieferversorgung anzupassen. Für die Verankerung des feststehenden Zahnersatzes im Oberkiefer waren sechs Implantate inseriert worden.

Da er eine Zweitmeinung einholen wollte, wurde der Patient darauf in der Praxis von *Dr. Hrežkuw* vorgestellt. Im Rahmen dieses Besuchs wurde ihm die Notwendigkeit erläutert, für die Neuversorgung des Oberkiefers zunächst die Okklusionsebene individuell zu erarbeiten. Die korrekte Okklusionsebene bildet die Basis zur Anfertigung einer neuen Zahnversorgung. Aus diesem Grund würde es auch notwendig werden, die Restauration im Unterkiefer später entsprechend der korrekten Ebene an die neue Versorgung im Oberkiefer anzugleichen, und nicht, wie angenommen, umgekehrt. Nach diesem Erstgespräch entschied sich der Patient dazu, seine prothetische Rehabilitation komplett zu überdenken und sich dafür in die Hände des Autorenteam zu begeben. Jeder Mensch bringt seine eigene dentale Geschichte und somit seinen ganz individuellen Lösungsansatz mit. Für die Herstellung von Zahnersatz bedarf es somit

einer individuellen Analyse des Systems „Mensch“. Hieraus entsteht ein Pool an reproduzierbaren Daten/Informationen, die als individuelle Vorgabe für die Fertigung einer langlebigen, passgenauen und ästhetischen Restauration dienen.

Sammlung von Informationen

Erste zahntechnische Analyse

Die Informationssammlung beginnt mit einem Patientengespräch über die dentale Historie. In diesem ersten Gespräch werden unter anderem folgende Aspekte abgeklärt:

- kieferorthopädische Behandlungen
- chirurgische Interventionen
- Zahnverluste
- bestehender Zahnersatz
- Patientenbedürfnisse im Zusammenhang mit der neuen Zahnversorgung

Dentale Historie

Der Patient hat im Lauf der letzten Jahrzehnte nach und nach seine Zähne verloren. Somit kann er auf verschiedene Arten von Zahnersatz zurückblicken (Abb. 1). Derzeit ist er im Oberkiefer mit einer abnehmbaren Totalprothese und im Unterkiefer mit einer feststehenden implantatgetragenen Restauration versorgt. Nun wünscht er sich eine feststehende Oberkieferrestauration. Aus diesem Grund waren dort sechs Implantate inseriert worden.

Gesichtsanalyse

Zur Vorbereitung der Gesichtsanalyse wurden diverse Fotoaufnahmen angefertigt (Abb. 2) sowie eine 3-D-Digitalisierung des Gesichts mit dem Gesichtsscanner Face Hunter vorgenommen. Die in den Gesichtsscan eingblendeten Situa-



1 Bevor es an die Planung des neuen Zahnersatzes geht, bedarf es einer umfassenden Datenerfassung. Dazu zählt auch das Wissen um die dentale Historie eines Patienten, die von der natürlichen Zahnentwicklung bis hin zu chirurgischen Eingriffen alles umfassen sollte. Somit wird klar, dass der Oberkiefer nicht bezugnehmend auf den dysfunktionalen Unterkiefer erstellt werden sollte.



2 Zur Datenerfassung gehören auch Fotografien des Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven. Moderne Technologien machen es möglich. Der 3-D-Gesichtsscanner, aufgenommen mit dem Face Hunter, ist ein hilfreiches Tool zur Informationsbeschaffung und Analyse der vorhandenen Strukturen.



3 Anhand der Patientenbilder können nun anatomische Orientierungspunkte festgelegt werden. Diese „Landmarks“ dienen als Referenzpunkte und der Orientierung. | **4a** Auf der Frontalaufnahme werden das Nasion und der Subnasalpunkt gekennzeichnet. **4b** Das Gesicht wird in verschiedene Ebenen unterteilt. Das Stomion (Sto) bildet hier den wichtigsten Aspekt.

tionsmodelle offenbaren die hohe vertikale Dimension, die mit dem Zahnersatz überbrückt werden müsste. Der Kieferkamm im Oberkiefer ist stark atrophiiert. Die Okklusionsebene im Unterkiefer fällt nach dorsal ab. Jeder Eingriff in das stomatognathe System nach Abschluss des Wachstums (zum Beispiel mit Zahnersatz oder Kieferorthopädie) wird vom Körper an anderer Stelle kompensiert. Dafür können sieben Ausgleichspunkte definiert werden (von lateral: für die Kopfvor- und -rückhalte; von frontal: für die Rotation) [1].

Anatomische Landmarks

Landmarks (anatomische Orientierungspunkte) werden sowohl am Gesicht (Facial Landmarks) als auch am Modell (Cranial Landmarks) erfasst. Diese Referenzpunkte dienen beim Aufteilen der Dimensionen der Orientierung.

Am Gesicht des Patienten werden die anatomischen Landmarks identifiziert. Dabei werden Orientierungspunkte am Schädel definiert, die jederzeit reproduzierbar sind (auch bei Zahnlosigkeit). Von sagittal gesehen sind das in diesem Fall die Ala-Punkte (Nasenflügel) rechts und

links, Tragi (äußere Gehörgänge) und Kieferwinkel (Abb. 3).

Frontal werden als anatomische Landmarks das Nasion und der Subnasalpunkt markiert (Abb. 4a). Die Unterteilung des Gesichts erfolgt in verschiedene Ebenen (Abb. 4b). Den wichtigsten Punkt bildet dabei das Stomion (Sto). Das Stomion definiert den Kontaktpunkt der Oberlippe zur Unterlippe beim Sprechen des „m-Lauts“ und/oder bei entspannter Lippenposition (ohne Okklusionskontakt). Um die Schädelmitte festlegen zu können, wird dem Patienten eine Schablone eingesetzt und am Gaumendach die Schädelmitte markiert.



05



06

- 5 Um die Schädelmitte festlegen zu können, wird dem Patienten eine Schablone eingesetzt und am Gaumendach die Schädelmitte markiert. Es wird deutlich, dass die Linien und Punkte aufgrund der natürlichen Asymmetrie eines Gesichts nie exakt übereinstimmen.
- 6 Es gilt nun, die erfassten Landmarks auf das Modell beziehungsweise die Räume am zahnlosen Kiefer zu übertragen.

Sowohl die Ala-Punkte, das Nasion, die Spina als auch die Raphe Mediana (Abb. 5) – all diese Punkte und Linien stimmen aufgrund der natürlichen Asymmetrie eines Gesichts nie exakt überein (siehe links im Bild). Die Aufnahme des Bildes erfolgt in der Natural Head Position (NHP). Dabei handelt es sich um die entspannte, natürliche Kopfposition und die Unterkieferposition ohne exogenen Einfluss (MCP – Most Comfortable Position). Studien belegen, dass die natürliche Kopfhaltung nur um ein bis zwei Grad variiert, auch wenn sich der Patient mehr-

mals aufrechtstehend in einem Spiegel direkt in die Augen sieht [2].

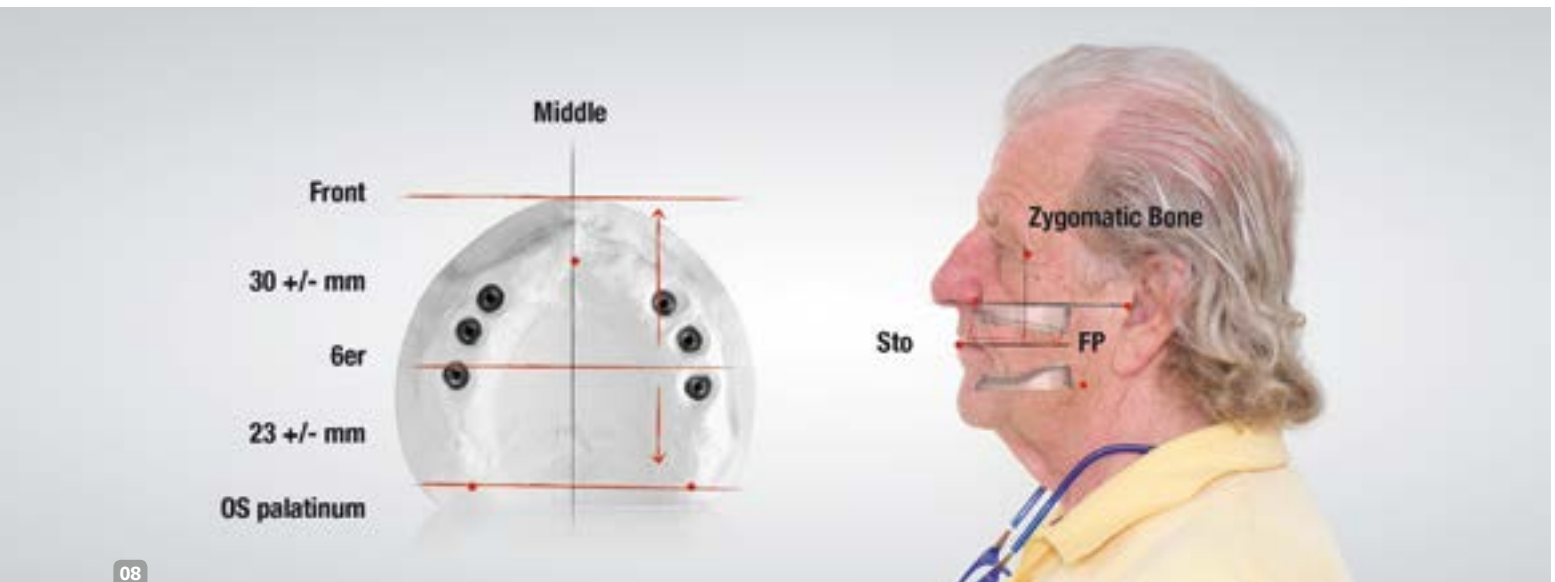
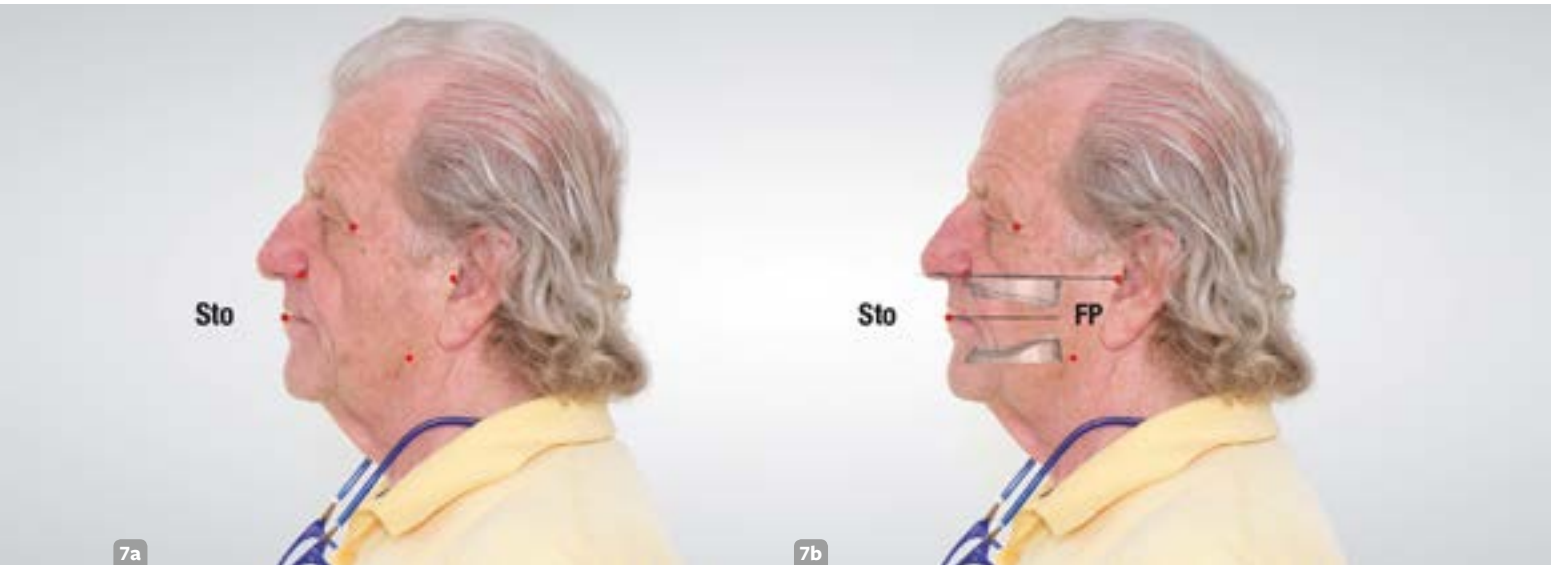
Profilanalyse nach Holdaway

Für die Profilanalyse nach Holdaway wird ein Foto in die Scansoftware Zirkonzahn Scan importiert und gemeinsam mit den Situationsmodellen (ohne Zahnersatz) eingeblendet. Um ein Profilbild in korrekter Höhe (vertikale Dimension) zu erhalten, sollte man den Patienten bei der Aufnahme den Buchstaben „m“ summen lassen (Lippenschluss ohne Okklusionskontakt).

Die Holdaway-Linie ist eine Verbindungslinie zwischen dem Pogonion, Oberlip-

penpunkt und dem Schnittpunkt an der Nase (meist 7 bis 9 mm). Der daraus resultierende Holdaway-Winkel liegt bei 7 bis 9° (nach dem 13. Lebensjahr).

Es folgen die Analyse der rechten und linken Gesichtshälfte. Doch wie können all die gewonnenen Landmarks auf das Modell übertragen beziehungsweise die Räume am zahnlosen Kiefer aufgeteilt werden (Abb. 6)? Bei den Landmarks handelt es sich um anatomische Orientierungspunkte am Gesicht (Facial Landmarks) und am Modell (Cranial Landmarks). Sie helfen beim Aufteilen der Dimensionen und geben Aufschluss über Zahnstellung und Zahngröße.



7a Hier sind die Landmarks sagittal auf dem Profilbild markiert. Das Stomion (Sto) ist der wichtigste Punkt. Dabei handelt es sich um den Kontaktpunkt der Oberlippe zur Unterlippe beim Sprechen des „m-Lautes“ (bei Lippenkontakt ohne Okklusionskontakt). | **7b** Parallel zur Verbindungslinie von der Ala nasi zum Tragus (Ala-Tragus-Linie) entsteht vom Stomion (Sto) ausgehend die Functional Plane (FP). **8** Von dem am Os zygomaticum markierten Punkt aus wird eine Senkrechte zur FP gezogen. Am Schnittpunkt dieser Linie an der Ala-Tragus-Linie sollte der obere Sechser stehen. Nun werden die Informationen auf das Modell übertragen. Landmarks auf dem Modell: Mittellinie, Humulus-Punkte am Os palatinum, die Position der 6 (in Form einer Linie); daraus ergeben sich verifizierbare Maße für die Herstellung des Zahnersatzes.

Die Landmarks sind auf dem Patientenprofil in der Abbildung **7a** sagittal markiert. Den wichtigsten Punkt bildet hier, wie bereits zuvor erwähnt, das Stomion (Sto).

Als Parallele zur Ala-Tragus-Linie, also der Verbindungslinie von der Ala nasi (Nasenflügel) zum Tragus (Eingang äußerer Gehörgang), entsteht vom Stomion (Sto) ausgehend eine Linie (Abb. **7b**): die Functional Plane (FP). Von dem mar-

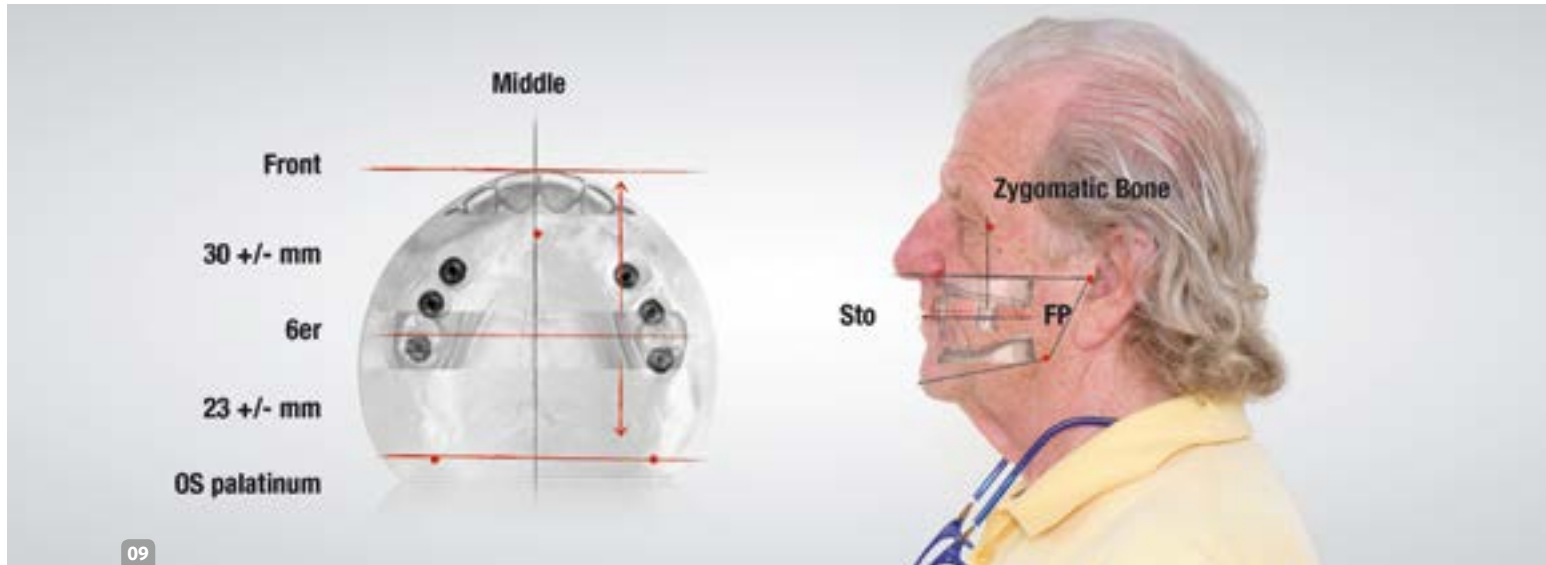
kierten Punkt am Os zygomaticum wird eine Senkrechte zur Functional Plane gezogen. Der Schnittpunkt dieser Linie zur Ala-Tragus-Ebene ergibt die Position des oberen Sechсers.

Aufteilen der Räume am Modell

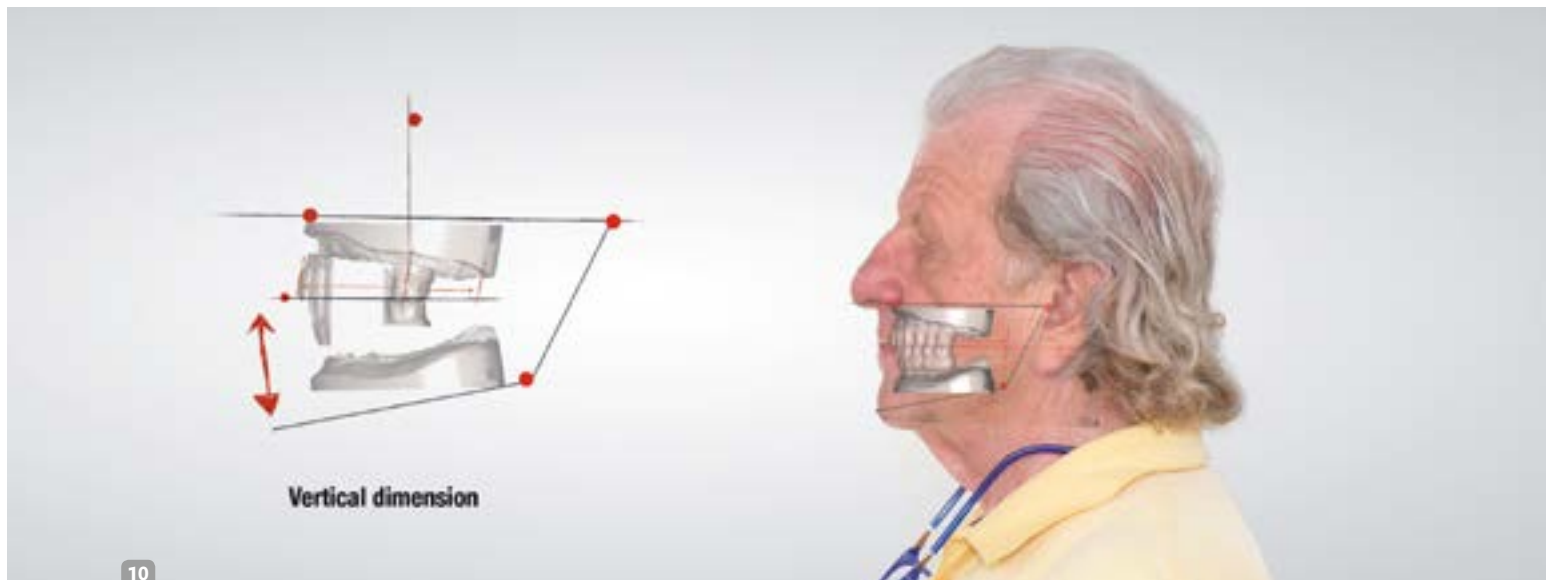
Die gewonnenen Informationen werden auf das Modell übertragen. Als Landmarks am Modell dienen die Mittellinie sowie die Hamulus-Punkte (links, rechts)

am Os palatinum. Die zuvor ermittelte Position der Sechser wird als Linie auf dem Modell angezeichnet. Daraus ergeben sich verifizierte Maße als Anhaltspunkt für die Herstellung des Zahnersatzes (Abb. **8**).

In der CAD-Software werden nun die Frontzähne sowie die ersten Molaren in ihrer anzustrebenden Lage eingeblendet (Abb. **10a**). Bis zu diesem Punkt wird nur am Oberkiefer gearbeitet – ohne eine



09



10

9 In der CAD-Software können nun die Frontzähne sowie die ersten Molaren an der anzustrebenden Stelle eingeblendet werden. Für eine Zuordnung des Unterkiefers zum Oberkiefer wird die Bisshöhe benötigt. Zur Bestimmung wird am Profilbild der Kieferwinkel angezeichnet und ein Orientierungswert ausgelesen. | 10 Zum besseren Verständnis ist die geplante Restauration eingeblendet. Es wird deutlich, dass die vertikale Dimension der Okklusion (VDO) stark aufgebaut werden muss.

Referenzierung zum Unterkiefer. Um das Unterkiefermodell dem Oberkiefermodell zuordnen zu können, wird die Bisshöhe benötigt. Dafür wird mithilfe der Profilbilder des Patienten der Kieferwinkel angezeichnet und ein Orientierungswert ausgelesen (Abb. 9).

Wichtige Informationen ergeben sich auch aus der Position der oberen Molaren. Der obere Sechser ist wie eine Wasserwaage. Öffnet sich der Kieferwinkel

nach vorn fächerartig weit, ist in diesem Bereich viel Wachstum zu vermuten. Öffnet sich der Winkel nach vorn nur wenig, war das Wachstum im hinteren Bereich stärker ausgeprägt.

In der Abbildung 10 ist die vermutete vertikale Dimension zwischen Ober- und Unterkiefermodell, die aus der vorliegenden Information des „Kieferwinkels“ ermittelt worden ist, dargestellt. Die Bisshöhe wird grundsätzlich immer

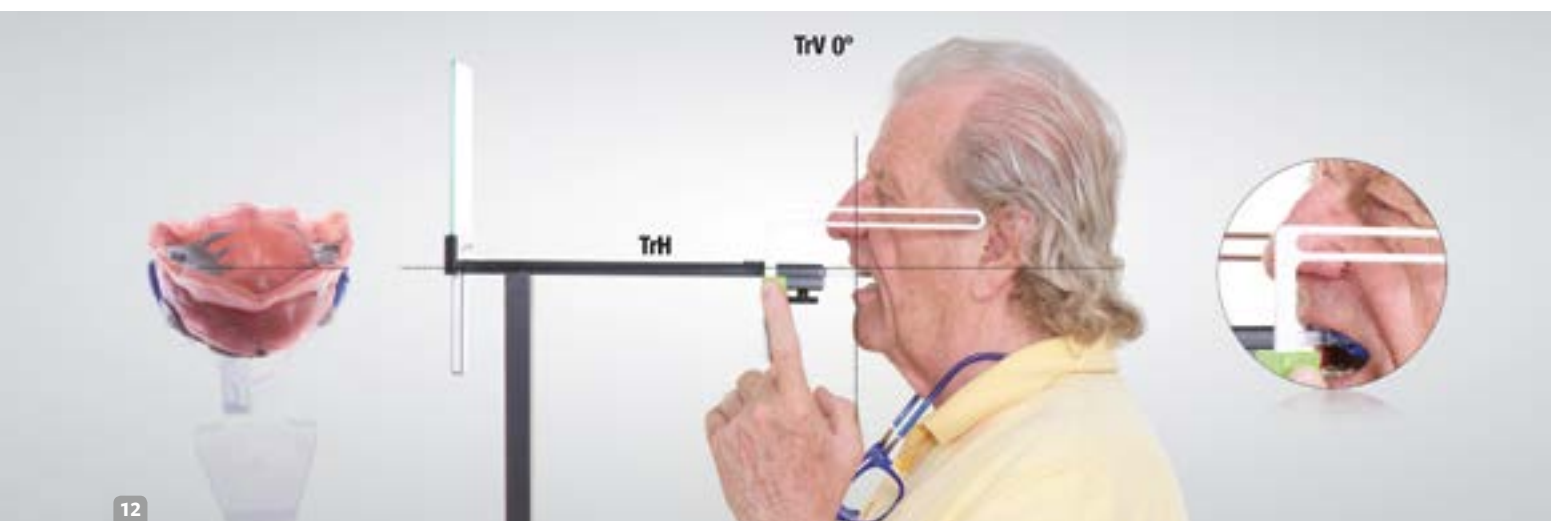
gemeinsam mit dem Patienten (physisch und muskulär) erarbeitet.

Vorschau Zahnversorgung

Zur besseren Veranschaulichung wurde in der Abbildung 10 bereits die geplante Versorgung eingeblendet. Es zeigt sich, dass die vertikale Dimension stark aufgebaut werden muss.



11



12

11 Patientenfotos mit markierten anatomischen Landmarks | 12 Beim PlaneFinder dienen zwei im dreidimensionalen Raum definierte Nulllinien als Referenzlinien: Die True Vertical (TrV)- und die True Horizontal (TrH)-Linie. Die Oberkieferschablone wird mit dem Tray verschlüsselt.

Referenzierte Übertragung des Unterkiefers

Doch wie werden nun die ermittelten Informationen so übertragen, dass der Zahnersatz entsprechend gefertigt werden kann? Das erklärte Ziel ist es, das Oberkiefermodell in patientenspezifischer Position im Artikulator zu fixieren und das Unterkiefermodell basierend auf der wahrnehmungsphysiologisch bestimmten Mitte, Höhe und horizontalen Positionierung zuzuordnen. Dafür kommt der PlaneFinder zum Einsatz. In der Abbildung 11 sind zur Erinnerung nochmals die am Patientenfoto markierten anatomischen Landmarks dargestellt.

Position des Oberkiefermodells

Als Referenzpunkte/-linien dienen beim PlaneFinder zwei im dreidimensionalen Raum definierte Nulllinien: die True Vertical- und die True Horizontal-Linie (Abb. 12). Für die zuverlässige Lagebestimmung wird dem Patienten die Oberkiefer-Bissschablone auf den Einheitskappen fixiert. Die Position wird registriert und auf dem Tray verschlüsselt. Die roten Kreise unterhalb des Os zygomaticum stellen die Synchronisierungen der Nulllinie dar und dienen unter anderem als Referenz für den Gesichtsscan. Der in diesem Fall gemessene Ala-Tragus-Winkel ist flach beziehungsweise sogar negativ (Abb. 13).

Mit dem Tray und der verschlüsselten Position kann das Oberkiefermodell nun in

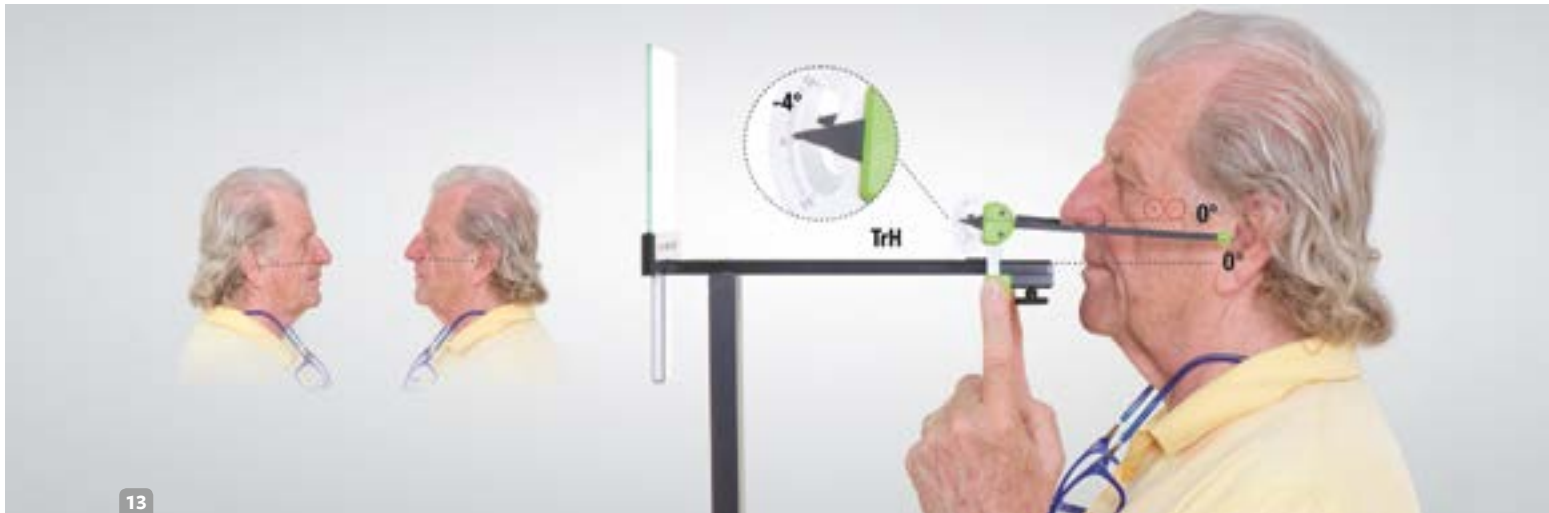
korrekter dreidimensionaler Dimension in den Artikulator übertragen werden (Abb. 14).

Physische Diagnostik

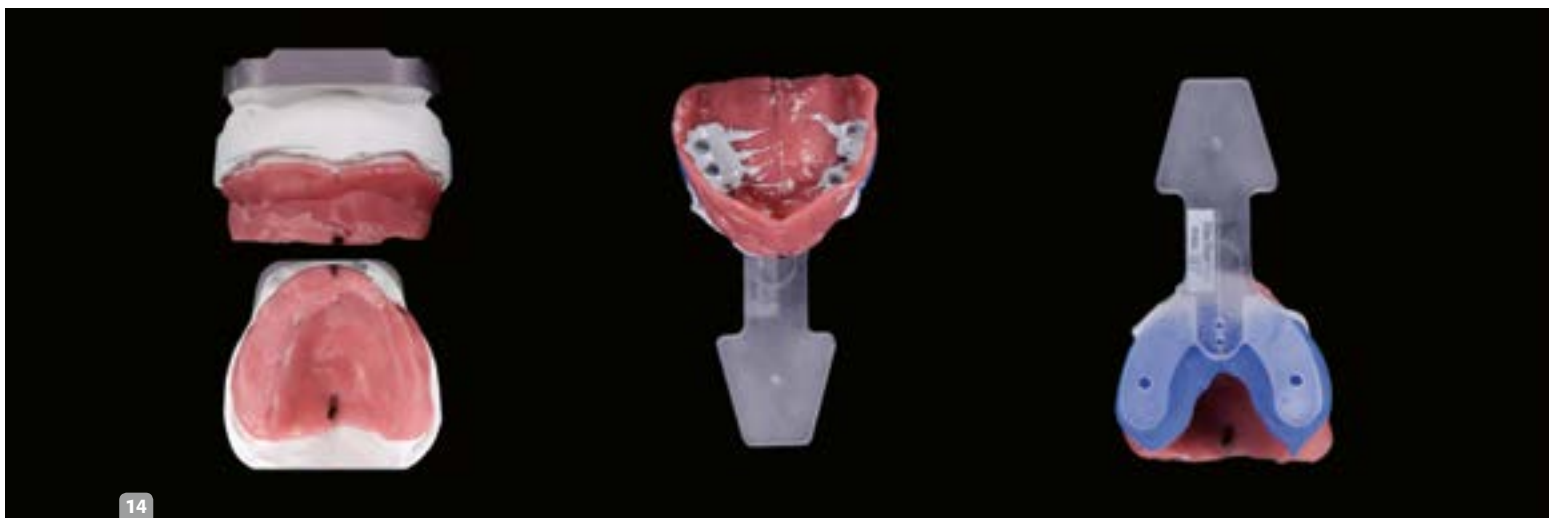
Ermitteln der vertikalen Dimensionen

Die physiologische Bisshöhe kann nicht „einfach“ anhand von Daten ausgelesen werden. Vielmehr muss man sie mit dem Patienten im Rahmen der physischen Diagnostik erarbeiten. Zur Vorbereitung der physischen Diagnostik wird die Oberkieferschablone bereitgestellt.

Mithilfe der Oberkieferschablone sollen gemeinsam mit dem Patienten die Bisshöhe und der Sprechabstand ermittelt werden (Abb. 15).



13



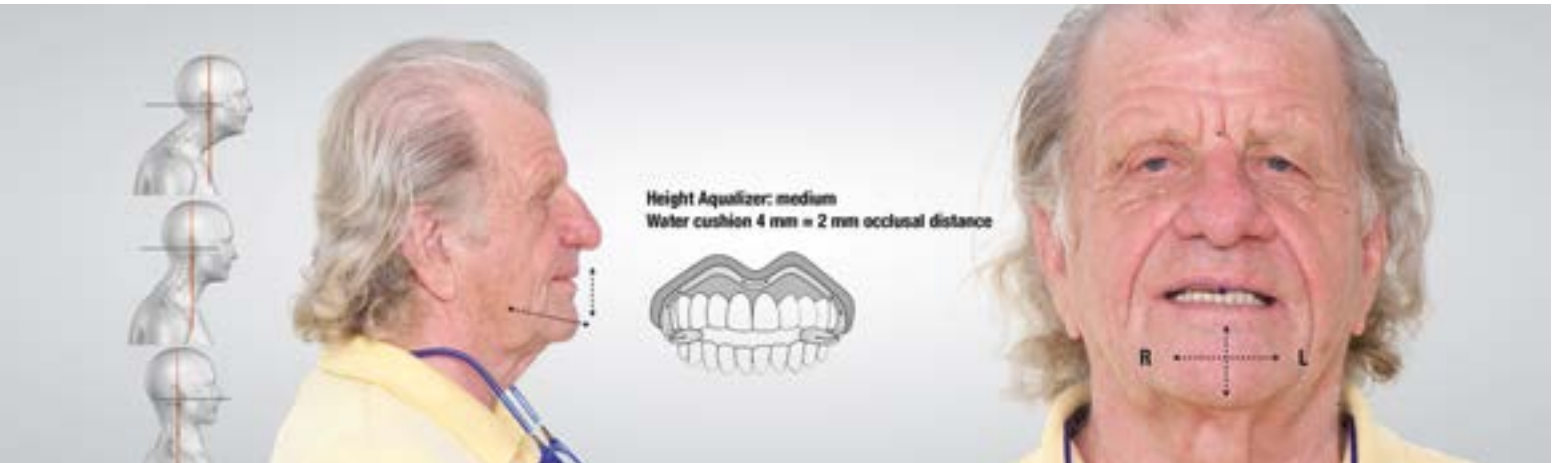
14

13 Die roten Kreise unterhalb des Os zygomaticum dienen unter anderem als Referenz für den Gesichtsscan. Der Ala-Tragus-Winkel ist in diesem Fall sogar negativ (-4°). | **14** Mithilfe des Trays und der verschlüsselten Schablone kann nun das Oberkiefermodell in korrekter dreidimensionaler Dimension in den Artikulator übertragen werden.



15

15 Für die physische Diagnostik wird die OK-Bisschablone vorbereitet. Mithilfe dieser Schablone sollen gemeinsam mit dem Patienten die Bisshöhe und der Sprechabstand ermittelt werden. Dafür wird ein Jig an der Verlängerung der Schädelmitte an der OK-Bisschablone angebracht.



16 Der Aqualizer, ein flexibler Okklusionsbehelf, hilft dabei, die alte Situation zu löschen (deprogrammieren). Die Höhe des zweiteiligen Wasserkissens wurde im Vorfeld anhand des Sprechabstands und der Landmarks ausgearbeitet. Durch den Einsatz des Aqualizers und die daraufhin mithilfe des Jigs stabilisierte Situation ist schnell eine stabile Mitte gefunden.



17 Der Aqualizer wurde entnommen. Der Patient stützt sich auf den Jig. Die Sprechmotorik funktioniert gut und wird vom Patienten als angenehm empfunden – etwa bei der Artikulation der liiii-, Sssss- und Zzzzz-Laute. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass man einen sehr stabilen Stomionpunkt erhält. Von sagittal stellt sich die Sprechmotorik bei den Lauten „liiii“, „Sssss“ und „Zzzzz“ derart dar.

Neutralisierung

Aqualizer: Neutralisierung

Für das Festlegen der Unterkieferposition dient zunächst ein Wasserkissen (Aqualizer) zur Deprogrammierung. Die erforderliche Kissenhöhe ergibt sich aus dem Sprechabstand (Sprechanalyse mit Schablone) und den über die Landmarks erhobenen Informationen. Für den vorliegenden Fall wurde ein mittelgroßes Kissen gewählt. Mit dem Aqualizer findet der Patient seine MCP (Most Comfortable Position) (Abb. 16).

Beim Aqualizer handelt es sich um einen flexiblen Okklusallbehelf, der aus zwei mit Flüssigkeit gefüllten Kissen besteht. Die

Kissen sind verbunden und „kommunizieren“ über diese Verbindung nach der interokklusalen Platzierung untereinander. Aus der Abbildung 16 wird ersichtlich, dass der Patient mit dem Aqualizer eine stabile Mitte gefunden hat. An der Oberkieferschablone wurde ein Jig angebracht, um die Höhe zu testen. Das Wasserkissen wird daraufhin entnommen. Der Patient stützt sich mit dem frontalen Bereich der UK-Restaurations auf dem Jig ab. Die Sprechmotorik funktioniert gut und wird vom Patienten als angenehm empfunden. Auch von sagittal wird die Sprechmotorik geprüft und dokumentiert (Abb. 17). Der Patient weist eine entspannte Mimik auf. Seine Mitte, Höhe und horizontale

Positionierung des Unterkiefers im Schädel hat er wahrnehmungsphysiologisch bestimmt. Das heißt, der Patient richtet sich selbst aus. Somit beeinflussen keine exogenen Faktoren das Ergebnis.

Für das Artikulieren der Modelle wird der Stützstift am Artikulator auf o gestellt (Abb. 18). Diese Bisshöhe darf am Artikulator nicht mehr verändert werden. Die physiologische Bisshöhe wird immer mit dem Patienten erarbeitet und nicht am Stützstift identifiziert.

In der Abbildung 19 ist der Abstand zwischen Ober- und Unterkiefer dargestellt. Diese Distanz muss mit der Ober- und Unterkieferversorgung „gefüllt“ werden.



18 Der Patient richtet sich selbst korrekt in der MCP (Most Comfortable Position) aus. Die Mimik ist entspannt. So werden exogene Faktoren ausgeschlossen, die das Ergebnis beeinflussen können. Daher wird die jederzeit reproduzierbare Position erreicht. Daraufhin kann der Stützstift am Artikulator auf 0 gestellt werden. Die physiologische Bisshöhe wird immer mit dem Patienten erarbeitet und darf nicht mit dem Stützstift des Artikulators entschieden werden. Jegliche Veränderungen, die lediglich am Artikulator ausgeführt werden, beeinträchtigen die Funktion der Versorgung im Patientenmund.



19



20

19 Die dargestellte Distanz zwischen Ober- und Unterkiefer gilt es, mit Zahnersatz zu überbrücken. Im ersten Schritt der Realisierung gilt es einen Prototyp der Oberkieferversorgung herzustellen. Dies kann digital oder analog, direkt am Patienten erfolgen. **20** Für den vorliegenden Fall wurde der Prototyp konventionell im Sinn eines diagnostischen Set-ups im Beisein des Patienten erarbeitet.

Realisierung

Im ersten Schritt der Realisierung soll ein Prototyp der Oberkieferversorgung hergestellt werden. Dies kann mit CAD/CAM-Unterstützung oder rein analog anhand der Patientensituation erfolgen (Abb. 19).

In diesem Fall werden auf konventionellem Weg Zähne aufgestellt und ein diagnostisches Set-up für die Einprobe im Mund des Patienten vorbereitet (Abb. 20).

In der Abbildung 21 ist der Patient im Vergleich mit altem Zahnersatz (Abb. 21a links im Bild) und mit diagnostischem

Set-up (rechts im Bild) dargestellt. Der Patient testete das diagnostische Set-up im Mund und beurteilte das Ergebnis auch anhand seines Spiegelbilds (Abb. 21b).



22a & b Im Vergleich zum alten Zahnersatz zeigt sich bereits die „Wirkung“ der neuen Bisshöhe und -lage. Der Patient kann das diagnostische Set-up testen und das Ergebnis im Spiegel beurteilen.



22a



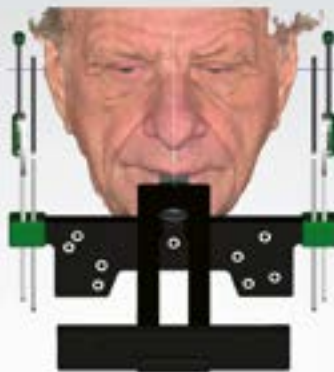
22b



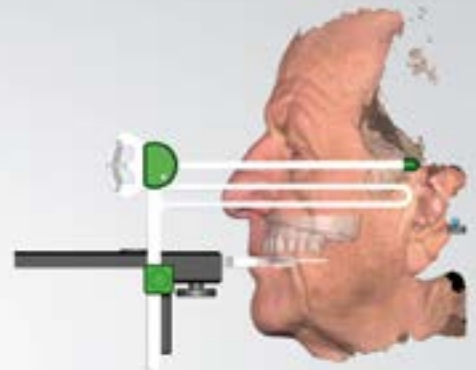
22c



23a



23b



23c

22a bis c Das digitalisierte diagnostische Set-up wird für das Matching mit dem 3-D-Gesichtsscan vorbereitet a (a & b). Die Transfer Fork sorgt für die lagerichtige Positionierung des Oberkiefermodells im Gesichtsscan, also einen 1:1-Transfer in die digitale Welt (c). | **23a bis c** In der Scansoftware Zirkonzahn.Scan werden die Mitte (Nulllinie) und die Ebenen eingerichtet (a & b). Der 3-D-Gesichtsscan hilft beim Validieren der analogen Schritte (c).

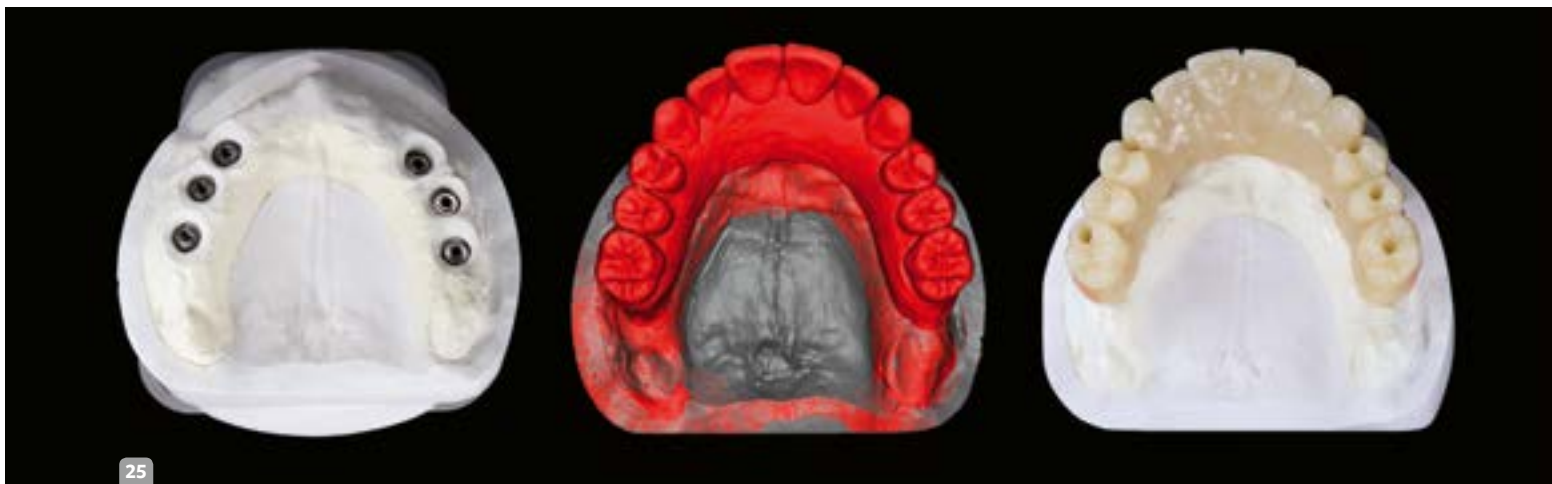
Digitalisierung der physischen Diagnostik

Für den Transfer des Set-ups in das CAD/CAM-System wurde der Zahnkranz aus diesem herausgetrennt. Nach dem Ver-

feinern des herausgetrennten Zahnkranzes wird die Situation im Modellscanner S600 Arti digitalisiert.

Set-up und 3-D-Gesichtsscan

Da das diagnostische Set-up nun digitalisiert ist, kann es mit dem 3-D-Gesichtsscan gematcht werden (Abb. 22). Über die zum Zirkonzahn-System gehörende Transfer



24 Da die Implantate bereits implantiert waren, konnten die vorhandenen DICOM-Daten und die Daten aus der Zirkonzahn.Scan-Software in die Zirkonzahn.Implant-Planner-Software geladen werden. Aus den Profilansichten des 3-D-Gesichtsscans mit gematchtem DVT-Datensatz lässt sich bereits ein Vergleich zwischen der alten und der angestrebten, neuen Versorgung anstellen. Das Design dient der Herstellung eines therapeutischen Prototyps. | **25** Der therapeutische Prototyp wurde auf der Basis des digitalisierten Set-ups CAD/CAM-gestützt vollanatomisch aus zahnfARBENEM Kunststoff gefräst. Lediglich das vestibuläre Zahnfleischschild wurde mit gingivafARBENEM Kompositmassen verblendet. Befestigt wird der Prototyp auf den sechs vorhandenen Implantaten (okklusal verschraubt).

Fork kann das Oberkiefermodell lagerichtig im Gesichtsscan positioniert werden. Die analog durchgeführte physische Diagnostik wurde somit ohne Informationsverlust 1:1 in die digitale Welt beziehungsweise in den Gesichtsscan überführt (Abb. **22b**). Die Mitte (Nulllinie) wird daraufhin in der Scansoftware Zirkonzahn.Scan eingerichtet (Abb. **23a und b**). Und auch die Ebenen (Nulllinie) werden in der Scansoftware festgelegt. In diesem Stadium kann die analoge Vorarbeit im 3-D-Gesichtsscan validiert werden (Abb. **23c**).

Analyse des vorhandenen Zahnersatzes
Theoretisch könnte nun die digitale Planung der Implantatpositionen erfolgen. Da jedoch im vorliegenden Fall die Implantate bereits inseriert waren, wurden

die DICOM-Daten aus dem vorliegenden DVT in die Software Zirkonzahn.Implant-Planner geladen. In der Zirkonzahn.Implant-Planner Implantatplanungssoftware können alle Daten (DVT/DICOM, Modell, Gesichtsscan et cetera) zusammengeführt werden. So konnte auch der Datensatz aus der Scansoftware importiert werden.

In der Abbildung **24** sind die zusammengeführten Daten (DVT und STL) dargestellt: Das gelb dargestellte Modell zeigt die Situation des alten Zahnersatzes (Totalprothese) im Oberkiefer. Unter Berücksichtigung des alten festsitzenden Unterkiefer-Zahnersatzes kann nun die neue Versorgung im Oberkiefer erstellt werden. Aus den seitlichen Pro-

filansichten (3-D-Gesichtsscan mit DVT-Datensatz gematcht) wird das Potenzial dieser Technologien deutlich. So lassen sich Vorher-Nachher-Situationen sehr gut und zuverlässig visualisieren. Das diagnostische Set-up (weiße Zähne) lässt sich ebenfalls einblenden; es bildet die Basis für die Herstellung des therapeutischen Prototyps.

Prototyp: Oberkiefer

Basierend auf dem digitalisierten Set-up wird der Prototyp aus zahnfARBENEM Kunststoff monolithisch gefräst und das vestibuläre Zahnfleischschild mit gingivafARBENEM Komposit verblendet. Bereits der Prototyp wird okklusal auf den sechs Implantaten im Mund verschraubt (Abb. **25**).



26 Da der therapeutische Prototyp im Oberkiefer der physiologischen Okklusionsebene entspricht, zeigte sich, dass nun der Molarenbereich des alten Zahnersatzes im Unterkiefer massiv aufgebaut werden musste. Daher wurden für die Unterkiefer-Seitenzähne Table-Tops aus Kunststoff gefertigt.



27 Mit den Table-Tops im Unterkieferseitenzahnbereich konnte die Okklusionsebene an den therapeutischen Prototypen im Oberkiefer angepasst werden. Im Mund werden die Table-Tops einfach auf den bestehenden Zahnersatz geklebt. Der Patient testet Tragekomfort, Hygienefähigkeit, Funktion, Sprechmotorik sowie Ästhetik für etwa sechs Monate.

Der therapeutische Prototyp im Oberkiefer entspricht nun der physiologischen Okklusionsebene. Allerdings wurde nun deutlich sichtbar, dass der alte Zahnersatz im Unterkiefer im Molarenbereich massiv aufgebaut werden muss (Abb. 26). Passend zum therapeutischen Prototyp im Oberkiefer werden für die Seitenzähne im Unterkiefer daher nun Table-Tops aus Kunststoff gefertigt. In der Abbildung 26 sind die Table-Tops auf dem Modell zu sehen: Im Mund werden diese auf den vorhandenen Zahnersatz im Unterkiefer geklebt. Somit wird die Okklusionsebene zum Oberkiefer ausgeglichen.

Die klinische Situation mit dem therapeutischen Prototyp im Ober- und den inkorporierten Table-Tops im Unterkiefer ist in der Abbildung 27 dargestellt. Der Patient testet von nun an für zirka sechs Monate den Tragekomfort, die Hygiene-

fähigkeit, funktionelle Gegebenheiten, die Sprechmotorik sowie Ästhetik.

Herstellung der definitiven Restauration

Nach der Testphase mit dem Prototyp wird auf der Basis der vorhandenen Daten das Gerüst für die festsitzende Restauration im Oberkiefer konstruiert und aus Prettau Zirkonoxid geätzt (Abb. 28a). Vor dem Sintern erfolgt die individuelle Bemalung des Gerüsts mit den Einfärbeflüssigkeiten Colour Liquid Prettau Aquarell sowie Intensivfarben (Abb. 28b). Direkt nach dem Dichtsintern stellt sich das kolorierte Zirkonoxidgerüst als optimale farbgebende Basis dar. Die ästhetische Finalisierung erfolgt mit einer Minimalverblendung der vestibulären Anteile. Palatinal und okklusal wurde das Gerüst vollanatomisch gestaltet und monolithisch belassen. Die fertig verblen-

dete und ausgearbeitete Oberkieferversorgung ist in den Abbildungen 29a und b zu sehen.

In die implantatgestützte, zirkonoxidbasierte Oberkieferrestauration werden die Klebebasen eingeklebt. Sie sorgen für die präzise Verbindung zu den Implantaten (Abb. 29c).

Auf Wunsch des Patienten wurde auch noch der Zahnersatz im Unterkiefer „rundum“ erneuert. Dafür wurde das vorhandene Titangerüst neu mit Komposit verblendet und so die korrekte Ebene realisiert (Abb. 30).

Der Patient hat eine gewisse Ähnlichkeit mit Jean-Paul Belmondo (Abb. 31). Daher wurde auch die ästhetische Gestaltung der Zahnversorgung von den Zähnen des französischen Schauspielers inspiriert.



28a

28b

32a & b Nach der therapeutischen Phase wurde auf der Basis der aus dem Prototypen gewonnenen Daten ein anatomisch minimal reduziertes Gerüst konstruiert und aus Prettau Zirkonoxid gefräst. Dabei werden die okklusalen und palatinalen Bereiche vollanatomisch belassen. Vor dem Dichtsintern erfolgte noch eine individuelle Einfärbung mit den Colour Liquid Prettau Aquarell und Intensivfarben.



29a

29b

29c



30



31


29 Impressionen der fertig verblendeten, implantatgestützten Oberkieferversorgung. Durch die Kombination aus anatomisch reduzierter und Vollanatomie konnte die richtige Balance aus Natürlichkeit, Langlebigkeit, aber auch einer stabilen Okklusion realisiert werden. Da die Okklusion mit dem therapeutischen Prototypen über sechs Monate validiert werden konnte, wurde sie 1:1, also vollanatomisch, auf das Zirkonoxidgerüst übertragen. Die fertige keramische Oberkieferrestauration von basal. Einmal ohne und einmal mit eingeklebten Implantatbasen aus Titan. | **30** Auf Wunsch des Patienten wurde auch der Zahnersatz im Unterkiefer „rundum“ erneuert. Das vorhandene Gerüst wurde mit Komposit neu verblendet und so die korrekte Okklusionsebene realisiert. | **31** Der Patient hat eine gewisse Ähnlichkeit mit Jean-Paul Belmondo. Daher wurde die ästhetische Gestaltung der Zahnversorgung auch an die Zähne des Schauspielers angelehnt.

Fazit

Anhand des vorgestellten Patientenfalls konnte gezeigt werden, dass es bei der Herstellung von Zahnersatz darauf ankommt, den Patienten vor sich zu haben. Da dies in der Realität jedoch nicht abbildbar ist, sind eine patientengerechte Analyse, das Sammeln von Informationen

sowie die in diesem Beitrag vorgestellten Tools (3-D-Gesichtsscan, PlaneFinder, CAD/CAM-Software) sehr hilfreich, um immer „am“ Patienten planen und arbeiten zu können. Der Patient gibt die Referenzen vor, die jedoch abgegriffen und richtig auf den Zahnersatz übertragen werden müssen. Dafür ist anatomisches Wissen unerlässlich und ein System wie

das von Zirkonzahn sehr hilfreich. Erhobene Patientendaten lassen sich damit 1:1 in prothetische Phasen transferieren und der definitive Zahnersatz lässt sich patientengerecht fertigstellen. ■

 **Literaturverzeichnis** unter www.teamwork-media.de/literatur

Produktliste

| PRODUKT | PRODUKTNAME | FIRMA |
|------------------|-------------------------|-----------------------|
| Artikulator | PS1 | Zirkonzahn |
| CAD-Software | Zirkonzahn.Modellier | Zirkonzahn |
| Gesichtsscanner | Face Hunter | Zirkonzahn |
| Implantat-System | Regio 12, 24 | Nobel Biocare |
| Implantat-System | Regio 26, 25 | Straumann Bone Level |
| Registrierung | PlaneSystem/PlaneFinder | Zirkonzahn |
| Scanner | S600 Arti | Zirkonzahn |
| Scansoftware | Zirkonzahn.Scan | Zirkonzahn |
| Verblendkeramik | Creation | Creation Willi Geller |
| Zirkonoxid | Prettau Zirkon | Zirkonzahn |

Die Autoren



Ztm. Udo Plaster, geboren im Juni 1969, lebt und arbeitet in Nürnberg. Seine Ausbildung zum Zahntechniker absolvierte er von 1987 bis 1990. 1995 übernahm er den elterlichen Betrieb und 1997 folgte die Meisterprüfung in Düsseldorf. Derzeit beschäftigt Udo Plaster vier Mitarbeiter in seinem Labor in Nürnberg. Plaster hat sich auf ästhetisch-funktionellen Zahnersatz nach mimischer Dokumentation spezialisiert und dafür die Software „VisualFunction“ und das PlaneSystem (patentiert) entwickelt. Udo Plaster ist im In- und Ausland ein gefragter Kurs- und Kongressreferent und Autor. Seine Themen decken die Gnathologie, Funktionsanalyse, Keramik und das PlaneSystem ab.

Dr. Siegfried Hrezkuw absolvierte den vor-klinischen Abschnitt des Zahnmedizinstudiums

von 1981 bis 1983 in Freiburg und den klinischen Abschnitt von 1983 bis 1986 an der Universität Erlangen, wo er auch 1989 promovierte. Noch im selben Jahr ließ er sich mit eigener Praxis in Nürnberg nieder. Seine Tätigkeitsschwerpunkte, in denen er sich seither kontinuierlich weiterbildete, waren Ästhetische Zahnheilkunde, Funktionsanalyse, Vollkeramikrestorationen, Implantologie, Parodontologie, Endodontie sowie Kinder- und Erwachsenenprophylaxe.

Kontakt
 Ztm. Udo Plaster
 Plaster Dental-Technik
 Emilienstraße 1
 90489 Nürnberg
 Fon +49 911 362323
 info@plasterdental.de