



Die Bisshebung

Ein Fallbericht

Bisshebungen nehmen im Arsenal der zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten eine besondere Stellung ein, da sie oftmals sehr große, ganzheitliche Arbeiten umfassen die einer individuellen Planung bedürfen und nicht selten mit einer CMD-Problematik einhergehen. So gibt es, wie so oft in der Zahnmedizin, eine breite Palette an Möglichkeiten, um an das gewünschte Ergebnis zu gelangen. Der hier beschriebene Fall zeigt den Weg eines Patienten mit generalisierter Abrasion zurück zu seiner eigentlichen Bisslage.

ANAMNESE UND BEFUNDUNG

Zu Beginn der Behandlung steht oftmals ein Patient mit dem Wunsch nach Wiederherstellung der Kaufunktion und der Ästhetik. Unserem Patienten Herrn M. ging es vornehmlich darum, wieder „normal in einen Apfel zu beißen“.

Die Hauptursachen für die Indikation einer Bisshebung sind einerseits der hereditäre Tiefbiss und andererseits die generalisierte Abrasion wie im hier geschilderten Patientenfall (Abb. 1). Wenn nun also ein auf Abrasion

(bzw. Attrition) basierender Zahnhartsubstanzverlust vorliegt, muss neben der eigentlichen Therapie zunächst eine Funktionsanalyse zur Ursachenabklärung betrieben werden. In vielen (aber nicht allen) Fällen liegt ein Bruxismus vor, welcher wiederum oft mit Schlafstörungen und/oder Stress assoziiert wird. Im Falle des Herrn M. waren die Anamnese, der CMD-Kurzbefund nach Ahlers u. Jakstat¹ sowie eine Schlafapnoe-Diagnostik negativ, wobei dennoch aufgrund der Hypertrophie der Kaumuskulatur und des intraoralen Befunds auf (zumindest temporäres) Zähneknirschen geschlossen wurde.

BISSHEBUNG

Um im nächsten Schritt eine Bisshebung zu erreichen, gibt es generell mehrere Optionen:

- Bei einer geringen Erhöhung kann mit einer Bisshebungsschiene gearbeitet werden, die über einen Zeitraum von einigen Monaten getragen wird, damit sich das Kiefergelenk und die Muskulatur an die neue Bisslage gewöhnen.



Abb. 1a und b Ausgangssituation mit generalisierten Abrasionen (a) und hyperthrophierter Kaumuskulatur (b).

- Wenn es Schatlücken in der Bezahnung gibt, bietet es sich an, die Bisshebung über einen Interimsersatz zu vollziehen. Hierbei werden die zu ersetzenden Zähne entsprechend höher aufgestellt.
- Im angelsächsischen Raum wird außerdem die Möglichkeit praktiziert, Metallpellets an die Kontaktpunkte der Oberkieferzähne zu kleben und so durch Elongation eine Bisshebung zu forcieren.

Da bei Herrn M. eine erhebliche Bisshebung bei recht guter Restbezahnung nötig war, entschieden wir uns in unserem Fall für einen eher experimentellen Ansatz: pro Kiefer ein adhäsiv befestigter „Kompositblock“ aus keramikverstärktem Komposit (Abb. 2). Die Kompositversorgungen wurden aus einem Stück gefräst – sie haben, neben einem hohen Tragekomfort und dem vergleichsweise einfachen Einbringen, den Vorteil der ästhetischen sowie funktionellen Rehabilitation bereits während der Diagnostik- und Austestungsphase.

Wir registrierten zunächst in zentraler Kondylenposition (ZKP) und ließen dann „Probblö-

cke“ anfertigen um die Passform, die Höhe des Bisses und die ästhetische Gestaltung (Länge/Form der Frontzähne) zu begutachten.

Nach einigen letzten Korrekturen seitens des Dentallabors erfolgte das Einsetzen der definitiven „Kompositblöcke“. Hierfür wurden vorhandene Kunststoffüllungen silikatisiert (Cojet, Fa. 3M Deutschland, Neuss), der gesamte Schmelz angeätzt und dann die Kompositversorgungen adhäsiv befestigt (Variolink Esthetic, Fa. Ivoclar Vivadent, Ellwangen; Abb. 3). Entscheidend war, dass nach diesem Schritt Überstände rotierend entfernt und generell ein möglichst hoher Grad an parodontaler Freiheit gewährleistet wurde. Zudem wurden mit Herrn M. individuelle Mundhygieneinstruktionen, insbesondere in Bezug auf Interdentalbürsten, vorgenommen.

In dieser Phase ist es generell wichtig, mit dem Patienten das Zubeißen in ZKP zu üben, damit es nicht zu Fehlbelastungen und infolgedessen zu Frakturen kommt.

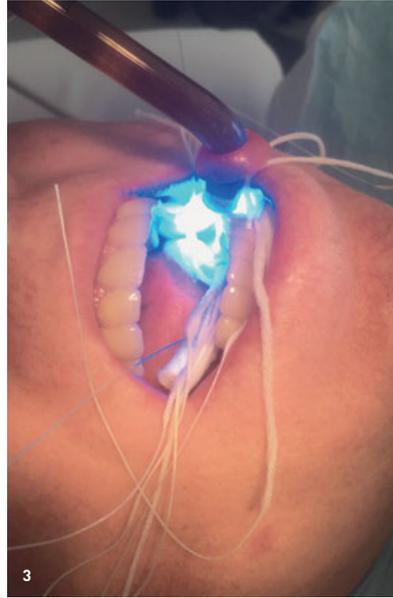


Abb. 2 Die provisorischen OK- und UK-Kompositversorgungen auf ihrem Meistermodell.
Abb. 3 Während des Einsetzens der provisorischen Kompositversorgungen.
Abb. 4a und b Zustand am Ende der Austestungsphase: intraoral (a) und extraoral (b).

AUSTESTUNGSPHASE

Diese Phase kann sechs bis zwölf Monate andauern. Sie dient dazu, dass sich der Patient langsam, aber sicher an die neue Situation gewöhnt. Es bietet sich an, den Patienten regelmäßig zur Kontrolle einzubestellen.

Bei Herrn M. wurde die neue Bisslage sehr gut angenommen (Abb. 4). Es gab jedoch Spuren von Abrasion, vor allem im Frontzahnbereich.

Fall wurde eine Überkronung der gesamten Restbezahnung mit vestibulär verblendeten Zirkondioxid-Kronen sowie eine Michigan-Schiene als Schutz vor zukünftigen Abrasionen geplant. Die Fertigstellung wird voraussichtlich noch einige Monate in Anspruch nehmen, wobei zunächst der Oberkiefer und dann der Unterkiefer restauriert wird. Die definitive Überkronung wird sich weitestgehend an den zuvor monatelang getragenen provisorischen Kompositversorgungen orientieren.



CONSTANTIN WAGNER

9. Fachsemester
 Universität Bonn
 E-Mail: con.wagner@gmx.de

DEFINITIVE VERSORGUNG

Der nächste Arbeitsschritt ist die definitive prothetische Versorgung. In unserem

LITERATUR

1. Ahlers M, Jackstat A. CMD-Screening mit dem CMD-Kurzbefund. Quintessenz 2015;66:1399-1409. https://www.cmd-centrum.de/img/presse/2015-12-Quintessenz-Ahlers-SCREEN-mWM_Publish.pdf. Letzter Zugriff: 26.03.2020.