

Der besondere Fall: Therapie eines Abrasionsgebisses nur in einem Kiefer?

Dr. Goetz Parloh

Rechts: Ausgangszustand:
Okklusion rechts.
Unten: Ausgangszustand:
Okklusion links.



Bei Bißhebungen im Abrasionsgebiß sollte grundsätzlich überlegt werden, ob die aufwendige Realisierung nur in einem Kiefer erfolgen kann. Dies ist maßgeblich vom Grad der Abrasion und von der begleitenden Funktionsstörung abhängig. An die Möglichkeit einer Funktionsstörung der Kiefergelenke trotz Symptomlosigkeit sollte gedacht werden.

Befund

Der 35jährige Patient mit umfangreicher Allgemeinanamnese (intensiv betreuter Epileptiker, Frühberentung wegen massiver Gelenkschmerzen einschließlich durchgemachter Bandscheibenoperation) wurde uns

im November 1996 zur prothetischen Versorgung überwiesen.

Das Kiefergelenk war beim Zeitpunkt der Erstvorstellung unauffällig, der Tonus von Nacken- und Kaumuskulatur jedoch stark erhöht, die Kaumuskulatur erschien hypertrophiert (Abb. 1).

Wir fanden ein mäßig gepflegtes, unversorgtes Lückengebiß (Eichner B1) mit generalisierten Abrasionen (OK Grad III, UK Grad II). 24 und 25 waren tief zerstört und mußten extrahiert werden (Eingangsbilder).

1. Therapieplan

Da zunächst eine funktionelle Anpassung vorzuliegen schien und der Patient möglichst kostengünstig (siehe Allgemein-Anamnese) behandelt werden sollte, planten wir nur einen Lückenschluß im OK und UK durch festsitzenden Zahnersatz.

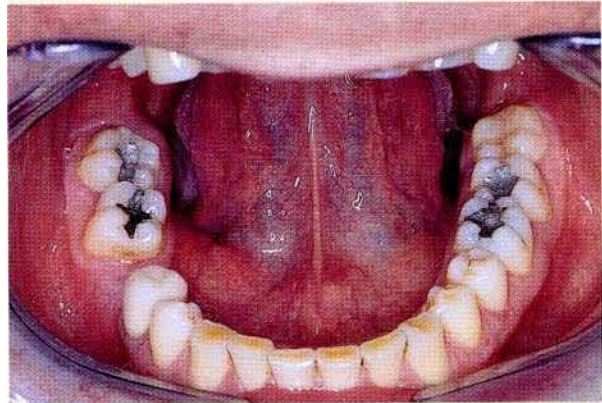
Die bis zu diesem Zeitpunkt eingetretene Bißsenkung sollte nicht rückgängig gemacht, ihr Voranschreiten lediglich aufgehalten werden.

Anschließend war die Eingliederung einer Knirscherschiene geplant, um den neuen Zahnersatz vor weiterer Überlastung durch das nicht abzustellende Bruxieren zu schüt-

Abb. 1
(links): Ausgangszustand



Abb. 2
(rechts): Ausgangszustand Unterkiefer



auf steile Präparationswinkel und verblockten jeweils mindestens zwei Zähne.

zen. Der Patient hoffte auch, sie bei den sich ankündigenden epileptischen Anfällen benutzen zu können.

2. Therapieplan

Während der ersten ausgedehnten Sitzungen trat bald ein reziprokes, initiales Kiefergelenkknacken auf, das auch über mehrere Wochen einer Behandlungspause anhielt. Gleichzeitig entstanden nun auch Schmerzen im Kiefergelenk.

Wegen des Verdachts auf anteriore Diskusverlagerung mit Reposition führten wir daraufhin doch eine Bißhebung mittels einer Schiene durch. In einer der ursprünglichen Bißhöhe annähernd entsprechenden Position verschwanden die Symptome.

Die vermutete Diskusreposition bestätigte ein MRT.

Um nicht in beide Zahnreihen komplett präparieren zu müssen, entschlossen wir uns, die Bißhebung ausschließlich durch die Versorgung des OK zu realisieren. Dort war ohnehin eine lange Schaltlücke versorgungsbedürftig, während im UK deutlich geringere Abrasionen vorlagen (Abb. 2).

Die Restzähne im OK wurden zur Aufnahme von Kronen und Brücken beschliffen. Retentive Probleme ergaben sich aus der Kürze der Stümpfe im Vergleich zu der einzustellenden Bißhöhe. Wir achteten daher

Materialauswahl

Eine Bißhebung mit vollkeramischen palatinalen Veneers erschien uns aufgrund des massiven Bruxismus und der besonderen Belastung während der epileptischen Anfälle kontraindiziert.

Auch mit anderen Materialien könnte es wegen der ungewöhnlich langen Seitenzahnkronen zu technischen Problemen kommen: Bei einer Keramikverblendung wäre die maximale Schichtstärke weit überschritten worden (Gefahr der Rißbildung und Abplatzung), massiv gegossene Metallkronen bargen die übermäßige Gefahr von Sauglunkern. Deswegen entschieden wir uns im Seitenzahnbereich trotz einiger Bedenken für vollständige Kunststoffverblendungen mit mechanischer und chemischer Haftvermittlung, im Frontzahnbereich für Keramik mit oraler Metallführungsfläche. Ästhetische Probleme entstanden durch die Verwendung zweier verschiedener Materialien nicht.

Drei Monate nach Eingliederung fertigten wir für den Oberkiefer die zu Beginn schon geplante Schiene an. Dadurch überschritten wir sicher die ursprüngliche Bißhöhe, der Patient konnte sie jedoch problemlos nachts tragen. Dies beruht auf der bekannten Tatsache, daß sich in der Regel mit einer neuen Bißhöhe auch ein neuer Free-Way-Space einstellt, der therapeutisch genutzt werden kann. Dies gilt jedoch nur nahe an der natürlichen Ruheschwabe des Patienten.

Verdacht auf anteriore Diskusverlagerung

Realisierung der Bißhebung nur durch Versorgung des Oberkiefers



Abb. 3: Bißhebung durch Überkronung im Oberkiefer realisiert



Abb. 4: Bißhebung und feststehender Lückenschluß im 2. Quadranten

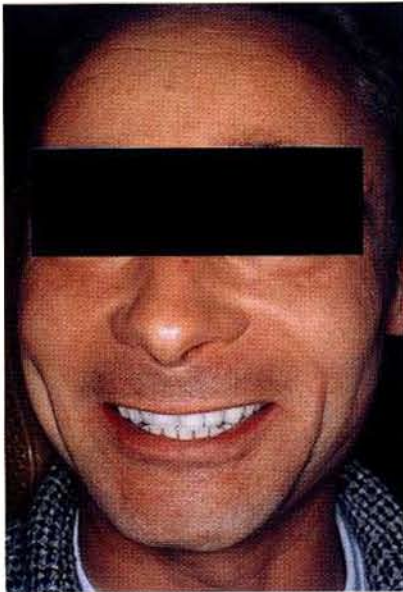


Abb. 5: Schmerzfreies Lächeln

Die Restauration wird seit zwei Jahren komplikationslos getragen (Abb. 3 und 4). Die Versorgung des UK verschob der Patient aus Zeitmangel.

Diskussion

In einer Zeit, in der jeder von minimal invasiver Zahnmedizin spricht, scheint es angebracht daran zu erinnern, daß die Kunst des kleinsten Eingriffes im Sinne eines „nihil nocere“ stets eine Maßgabe ärztlichen Handelns war. Auch wenn Bißhebungen notwendig sind, ist also zu

überlegen, ob die meist aufwendige Realisierung nur in einem Kiefer erfolgen kann. Offensichtlich lag bei der Erstbefundung eine beschwerdefreie, also kompensierte Funktionsstörung der Kiefergelenke vor. Erst durch die Behandlung im Rahmen des ersten Therapieplans (Stabilisierung der vorgefundenen Bißlage) kam es zum „Ausbruch“ der nunmehr klinisch manifesten Dysfunktion. An die Möglichkeit einer solchen Kompensation sollte daher bei Vorliegen massiver Gebißveränderungen trotz Symptomlosigkeit gedacht werden.

Kontaktadresse:

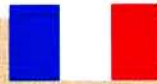
Dr. Goetz Parloh
 Universitätsklinikum Charité
 Zentrum f. Zahnmed., Abt. f. zahnärztl. Prothetik u. Alterszahnmedizin
 Föhrer Str. 15, 13353 Berlin

Summary



Serious consideration should be given at the outset as to whether it is possible to carry out time-consuming treatment on only one jaw in order to elevate the bite in an abrasive dentition. This depends to a great extent on the degree of abrasion and the accompanying impairment of function. Consideration should also be given to a possible functional impairment of the temporomandibular joint despite the lack of symptoms.

Résumé



Par principe en cas de soulèvement occlusal, il faut vérifier pour une dentition avec abrasion, si cette réalisation importante peut ne se faire que pour une mâchoire. Ceci dépend principalement du degré d'abrasion et des problèmes fonctionnels qui y sont liés. Même en l'absence de symptômes, il faut néanmoins penser à un dérangement fonctionnel des articulations possible temporo-maxillaires.

Riassunto



Bisognerebbe prestare particolare attenzione all'inizio se è possibile eseguire un trattamento dispendioso solo su una mandibola per elevare il morso nei casi di abrasione dentale. Questo dipende in maniera consistente dal grado di abrasione e della compromissione collegata della funzione. Inoltre si dovrebbe tenere in considerazione la possibile compromissione funzionale dell'articolazione temporo-mandibolare nonostante l'assenza di sintomi.