

Über eine klinische Fallstudie ...

Von Prof. Dr. Angelo Putignano, Ancona, Italien

Der Fall betrifft einen 16 Jahre alten Patienten mit einer sehr tiefen kariösen Läsion und offensichtlichem Verlust von biologischer Breite (Rö 1—Röntgenbild 1).



Rö 1

Aus diesem Grund begann die Behandlung mit einer Verlängerung der klinischen Krone durch einen apikalen Verschiebelappen an dieser Stelle; nach Anlegen von Kofferdam wurde mit der definitiven Restauration begonnen.

Sobald der Kofferdam (OptiDam™) ohne Blutung angebracht war, wurden zwei Pulpenhörner freigelegt (Foto 1) und die Behandlung mit einer direkten Überkappung fortgesetzt.



Foto 1

Hierzu wurde zuerst reines Calciumhydroxid mit einem Methylzelluloseträger verwendet (Foto 2), das mit selbsthärtendem Calciumhydroxid fixiert wurde (Foto 3).

Alle umgebenden Flächen sowie das Calciumhydroxid werden mit einer Schicht lichthärtendem Glasionomerzement abgedeckt (Foto 4).



Foto 2



Foto 3



Foto 4

Nun wurde nach Anlegen von Matrize und Keil (Foto 5) eine Säureätzung mit der Total-Etch-Technik für 15 Sekunden durchgeführt und dabei ein Ätzen des Glasionomers vermieden (Foto 6).



Foto 5



Foto 6

Nach gründlichem Abspülen (30 Sekunden) werden 4 Schichten OptiBond Solo™ Plus über alle Dentinflächen appliziert, die 30 Sekunden ungestört bleiben und dann ein Mal für 20 Sekunden

mit einem L.E. Demetron II lichtgehärtet werden. Mit Schmelzmasse A2 (Premise™) in nur zwei Schichten wird die gesamte Approximalwand aufgebaut, wobei die Schichtstärke sehr gering ist, um Spannungen durch die Polymerisationsschrumpfung zu reduzieren (Foto 7).



Foto 7

Jetzt wird nach der Abdeckung des freiliegenden Dentins mit einer dünnen Schicht A3 (Premise™ Flowable) in horizontalen Lagen von 1 mm Dicke das tiefe Dentin mit A3 Dentin (Premise™) rekonstruiert (Foto 8).



Foto 8

Die okklusale Basis wird dann mit A2 Dentin (Premise™) und geeigneten Modellierinstrumenten konturiert, mit Gestaltung der Höcker, der vestibulären und dann der palatinalen Flächen (Foto 9).

Die Nachahmung der Dentinopazität wird durch Verwendung von Farbtönen nicht dunkler als A3 erreicht; die definitive Farbe wird durch die Opazität und den Farbton des Schmelzkomposits festgelegt.



Foto 9

Nachdem die Anatomie definiert ist, erfolgt die passende Charakterisierung der Restauration mit Effektfarben, etwas Ocker um den Fissurenbereich und Braun (Kolor Plus[®]) in den Grübchen und Fissuren (Foto 10).



Foto 10

Nun fehlt zur Vollendung der Restauration nur noch A2-Schmelzmasse (PremiseTM), die mit der gleichen Technik wie beim Modellieren des Dentins aufgebracht wird (Foto 11).



Foto 11

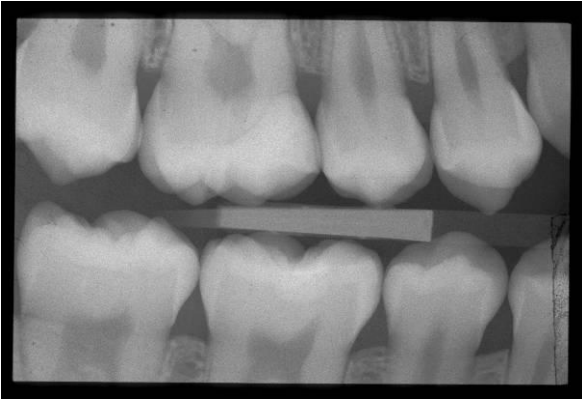
Der Kofferdam wird entfernt und Okklusion sowie Artikulation überprüft. Die Ausarbeitung und Politur (Foto 12) erfolgt mit einem 40 Mikron-Diamantschleifer, diamantierten Silikonspitzen (HiLuster^{PLUS} Dia) und einem Napf Occlubrush[®]. Der Patient wird nochmals einbestellt zu einer Nachkontrolle (Foto 13), Nahtentfernung und einer Röntgenaufnahme. (Rö 2)



Foto 12



Foto 13



Rö 2

Schlussfolgerungen

Wenn man wie in diesem Fall mit einer schwierigen Situation konfrontiert wird, führen Kompromisse wahrscheinlich nicht zu vernünftigen Resultaten.

Es ist sicherlich vorzuziehen, eine gewisse Zeit für ein festgelegtes Protokoll aufzuwenden, um zuverlässige Ergebnisse zu erzielen und auch die übrige Bezahnung sowie den Zustand der parodontalen Gewebe zu berücksichtigen.

Autor:



Prof. Angelo Putignano

Staatsexamen in Medizin und Chirurgie, Facharzt für Odontostomatologie.

Professor für Zahnheilkunde und Zahnärztliche Prothetik, Abschlusskurs, Polytechnische Universität der Marken.

Professor für Restaurative Zahnheilkunde - CLOPD Polytechnische Universität der Marken.

Aktives Mitglied und Mitglied des Board of Governors der Italienischen Gesellschaft für Konservierende Zahnheilkunde (SIDOC).

Aktives Mitglied der European Academy of Aesthetic Dentistry (EAED).

Gründungsmitglied der Academy of Minimally Invasive Dentistry (ACAMID).

Autor zahlreicher Publikationen.

Referent bei nationalen und internationalen Kongressen.

Seine klinischen und Forschungsaktivitäten sind beschränkt auf die Restaurative Zahnheilkunde.