

Abschnitt III

Verschiedene Formen der Falschbehandlung durch die Straight-wire Anatomie und Straight-wire Technik

Falschbehandlung, Variation 1 durch die Straight-wire Orthodontie:

Mesialangulation der oberen ersten Molaren, Schlüssel I und Schlüssel II

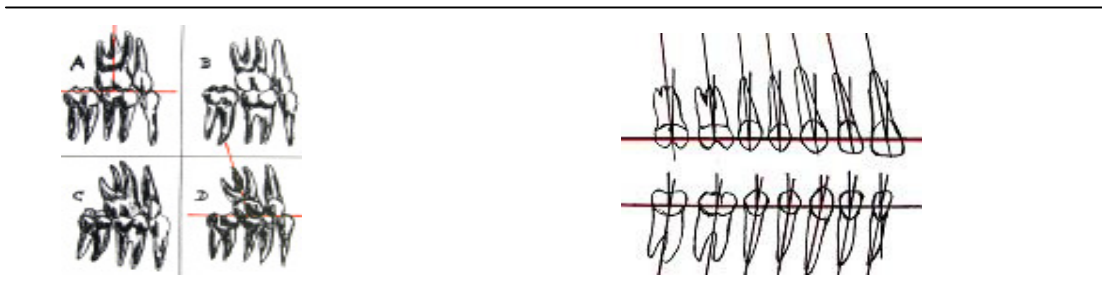


Abb.15b: Schlüssel - I - und Schlüssel - II - nach Andrews / offizielle Kieferorthopädie

Falschbehandlung, Variation 1a durch die Straight-wire Orthodontie:

Die Auswirkung der Winkelstellung/Angulation der oberen ersten Molaren nach den Schlüssel I und II der offiziellen Orthodontie nach Andrews in der Dynamik bei der Lateralbewegung:

Vorkontakte im Molarenbereich und Störungen bei der Lateralbewegung



Abb. 15c: Statische Okklusion mit starker Mesialneigung des oberen 6-ers und des daraus folgenden prominente distalen Höckers



Abb.15d Dysfunktion über den prominenten distalen Molarenhöcker bei der Lateralbewegung

Die Mesialangulation der oberen Molaren des Schlüssel I und II der Straight-wire Orthodontie beinhaltet einen zur Okklusion hin prominenten distobukkalen Höcker. „Er führt zu Interferenzen bei der Laterotrusion“, welche wiederum zu komplexen CMD/TMD und Parodontalerkrankungen führen können. [Koeck B., Fuhr K., Reiber T.: Funktionsstörungen des Kauorgans, 1995, Urban-Schwarzenberg, p 100]

Falschbehandlung, Variation 1b, durch die Straight-wire Orthodontie:

Die Auswirkung der Winkelstellung/Angulation der oberen ersten Molaren nach den Schlüsseln I und II der offiziellen Orthodontie nach Andrews in der Dynamik bei der Vertikalbewegung in Beziehung zum Gelenk:

Vorkontakte im Molarenbereich als Hebelarm für die Kiefergelenke



Abb.16a
Molarenangulation vor Behandlung



Abb.16b Behandlung nach Straight-wire Orthodontie mit prominentem distalen Molarenhöcker und Hebeleffekt für die Kiefergelenke mit starken CMD-Symptomen.

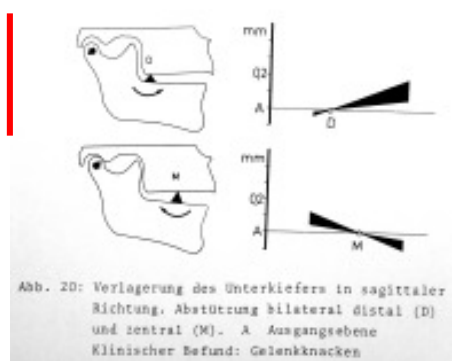


Abb. 20: Verlagerung des Unterkiefers in sagittaler Richtung. Abstützung bilateral distal (D) und zentral (M). A Ausgangsebene
Klinischer Befund: Gelenkknacken

Abb. 17 Hebelarmmomente für die Kiefergelenke durch Vorkontakte in der Okklusion, [Funktionelle Kiefergelenksbelastung und Unterkieferdeformation nach P. Ludwig, Habit 1976, Erlangen]

Falschbehandlung, Variation 2, durch die Straight-wire Orthodontie:

Schlüssel I, II, und VI der Straight-wire Anatomie / Orthodontie und Wachstum

Missbrauch des Wachstums

Wirkung der Straight-wire Technik auf die oberen ersten Molaren:

- Drehmomente durch den Nivellierungsbogen (Ni-Ti) nach mesial unten
- Mesialrotation aller oberen anterior stehenden Zähne
- Änderung der gesamten Verzahnung mit okklusalen Interferenzen, Parodontalproblemen und CMD
- Beseitigung der Speekurve
- Über die Drehmomente an den Molaren, exzessives vertikales Knochenwachstum des distalen Teils der Kieferhöhle und des distalen Teils des Alveolarfortsatzes nach unten und vorne, ein irreversibler Schaden fürs ganze Leben, nur durch eine zweifelhafte Operation korrigierbar
- Starke Schwenkung der Kauebene, ein schweres Problem für die Muskelzugrichtung und für die Gelenke

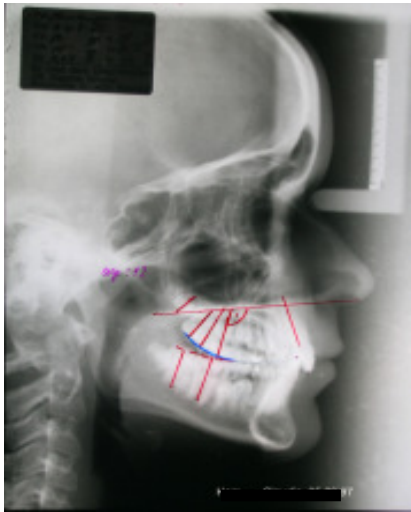


Abb. 18a vor Behandlung



Abb. 18 b Nach Straight-Wire-Behandlung



Fehlbehandlung durch eine fünfjährige Straight-wire Behandlung

- die gesamte anatomische und funktionelle Basis und Statik der Knochen, Zähne und Muskeln bis hin zu Fehlbelastungen der Wirbelsäule ist ruiniert
- durch falsches Knochenwachstum, irreparabler Schaden mit falscher Statik für die Kiefergelenke und das Parodontium
- Missbrauch des Wachstums als adaptative Größe
- Risiko für alle späteren zahnärztlichen Tätigkeiten
- Unzureichende Aufklärung, Risiko für Haftung

Abb. 18c

Falschbehandlung, Variation 3, durch die Straight-wire Orthodontie:

Internationale Falldiskussion, gleiche Ausgangssituation wie vorheriger Fall ohne Wachstum: CMD-Reaktionen nach 4 Monaten Straight-Wire-Technik

Orientierungslosigkeit über Diagnostik, Drehmomente und Biomechanik.

„Erwachsenenbehandlung: Ein relativ einfacher Fall entwickelt sich ausgesprochen komplex – Eine Lehre in Bescheidenheit“

[“A relatively minor adult case becomes significantly complex: A lesson in humility” : Inf. Orthod. Kieferorthop. 2002; 34 // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop 2001]

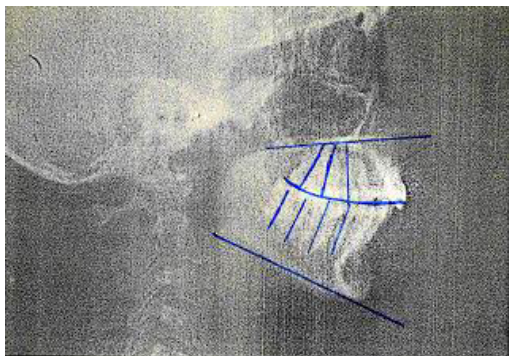


Abb. 19 a Behandlungsbeginn

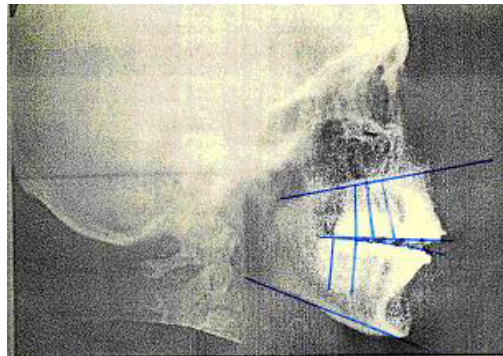


Abb. 19 b nach 4 Monaten Straight-Wire

- „Nach einer Behandlungsdauer von 4 Monaten entstand von Prämolare zu Prämolare ein frontaler offener Biss.“
- Nach 6 Monaten klagte die Patientin über eine veränderte Kinnposition und eine Hyperaktivität des M. mentalis sowie über schwere gastrointestinale Probleme.
- Die Überlagerung der Oberkiefer ließ erkennen, dass sich der obere Molare nach mesial und kaudal bewegt hatte, was die Muskulatur nicht verhindert hat.
- Die Patientin wies darauf hin, dass sie in den vergangenen Monaten schwere gastrointestinale Probleme gehabt und sich unzählige Male erbrochen hätte.
- Die Behandlung wurde dann auf ein kombiniertes kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen umgestellt, bei dem die Maxilla im posterioren Bereich impaktiert und der Unterkiefer vorverlagert wurde.“

Internationale orthodontische Fachdiskussion

„Abschließend gebe ich freimütig zu, dass hier wohl nichts die Entstehung eines frontalen offenen Bisses hätte verhindern können, selbst bei idealer Biomechanik. Dieser Fall war von Beginn an schwierig, und wir haben das große Glück, dass uns immer wieder eine kompetente orthognathe Chirurgie rettet.“

Straight-wire Orthodontie und ihre Folgen ohne Wachstum:

Extrusion der Molaren – nach unten vorn, falsche Angulationen aller oberen und unteren Zahnangulationen, okklusale Dysfunktion, dentale Angle Kl. II-Relation, begradigte Speekurve, TMD/CMD- Erkrankungen nach einer kurzen Zeit, da fehlendes Wachstum die Fehlbildung nicht kompensieren konnte: Straight-wire Orthodontie- ein schwerer und komplexer Missbrauch von Patienten.

Falschbehandlung, Variation 4, durch die Straight-wire Orthodontie:

Behandlung der Kl II einerseits entstanden durch natürliche Fehlbildung, andererseits entstanden durch Vorbehandlung mit der Straight-wire Orthodontie über Drehmomente mit der Extraktion von zwei oberen Prämolaren und Retrusion der oberen Front:

Vorkontakte in der Front mit Distalbelastung der Kiefergelenke



Abb. 21 a
Extraktion der ersten oberen Prämolaren mit Retraktion der oberen Front

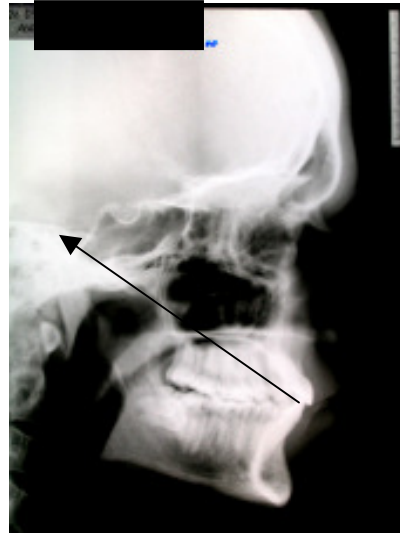


Abb. 21 b
Vorkontakte in der Front mit destruktivem Distalvektor für die Gelenke, schwerste CMD, TMD, Tinnitus, Schwindel

Folgerscheinungen durch den Frühkontakt in der Front

Indem man die Kondylen in die hinterste - oberste Position presst, bringt man die Kondylen in die schlechteste Position einer normalen Gelenkfunktion. Diese Position ist eine ideale Voraussetzung für TMD, CMD, Tinnitus und Schwindel neben lokalen Schädigungen der Frontzähne selber und ihren Parodontien mit Knochenverlust und Lockerung.