

Ein systematischer Weg zur Korrekturabformung

| Wolfgang-M. Boer

Die perfekte Abformung ist zweifellos die Grundlage jeder ordentlichen prothetischen Arbeit. Bei feststehendem Zahnersatz sind die heute theoretisch erreichbaren Randgenauigkeiten von 50 µ nur dann möglich, wenn der Techniker auch eine zeichnungsscharfe und blasenfreie Abformung des Präparationsrandes als Arbeitsunterlage erhält.

Dieses Ziel ist allerdings nur mit gleich bleibendem Erfolg zu erreichen, wenn eine konsequente Systematik mit darauf abgestimmten hochwertigen Materialien umgesetzt wird. Aus Jahren (auch schlechter) Erfahrungen hat sich bei uns deshalb eine strikt eingehaltene Abfolge entwickelt, die immer mit einer auf die patientenspezifischen Anforderungen angepassten Hygienephase beginnt: Ordentliche Arbeit ist einfach nicht möglich, wenn bei der leichtesten Berührung die Gingiva anfängt zu bluten. Vor dieser Hygienephase werden grundsätzlich nur Notfallbehandlungen durchgeführt und zwischenzeitlich mit Provisorien versorgt.

Erst wenn die parodontale Situation sauber und reizlos ist, schließt sich die konservierende und falls erforderlich chirurgische Vorbehandlung an. Dabei werden auch alle Aufbaufüllungen für den feststehenden Zahnersatz adhäsiv gelegt und ggf. erforderliche endodontische Behandlungen durchgeführt. Danach wird die definitive prothetische Planung erstellt. So kann es nun nicht mehr zu Überraschungen während der Präparationssitzungen kommen, die den weiteren Behandlungsablauf verzögern oder sogar eine Umplanung erforderlich machen.

[kontakt]

Wolfgang-M. Boer
 Kölner Str. 73
 53879 Euskirchen
 Tel.: 0 22 51/78 10 20
 Fax: 0 22 51/78 10 18
www.zahnarzt-boer.de

| Atraumatische Präparation

Die eigentliche Präparation sollte so atraumatisch wie möglich für die Gingiva ablaufen. Dabei legen wir nicht, wie häufig empfohlen, zuerst einen Faden, da sich dieser eigentlich regelmäßig im Schleifer verfängt. Stattdessen wird das Zahnfleisch mit geeigneten Abhaltern vor Verletzungen durch die rotierenden Instrumente

Zahnfleischsaum in unkalkulierbarem Maße zurückziehen, was für ein vorhersagbares ästhetisches Ergebnis nicht akzeptabel ist.

Gleiches gilt auch für das Legen der Retraktionsfäden: Nicht umsonst wird in der Parodontologie für das Sondieren der Taschentiefe ein maximaler Druck von 10 g gefordert, um traumatisch bedingte zu tiefe Mes-



Abb. 1: Der präparierte Zahn 14 nach dem Legen der Fäden.



Abb. 2: Das Light-body-Material Affinis Precious (Coltène/Whaledent) wird für die Korrekturabformung appliziert...



Abb. 3: ... und mit einem leichten Luftstrom zusätzlich in den Sulkus getrieben.



Abb. 4: Die Applikation mit dem Mikrosystem von Affinis ist sicher und präzise auch für zarte Frauenhände durchführbar.

geschützt. Gleichzeitig versuchen wir, wenn immer möglich, gerade eben adgingival mit der Präparationsgrenze zu bleiben. Das Ziel sollte es sein, dass der Gingivalsaum voraussehbar auch nach dem Eingliedern der Restauration exakt dort bleibt, wo er vor der Präparation lag, um später freiliegende Kronenränder zu vermeiden. Deshalb lehnen wir die elektrochirurgische Freilegung der Präparationsgrenze strikt ab, da es hierbei unvermeidlich zu einem leichten Narbenzug in der Abheilungsphase kommt. Dadurch kann sich der

sungen zu vermeiden. Werden Retraktionsfäden unter zu hohem Druck in die Tasche hineingezwungen, so besteht die Gefahr der Ablösung des Gingivalsaumes und der Verletzung der biologischen Breite. Deshalb gehört dieser Arbeitsschritt auch nicht in die Hand einer Helferin. Bei der von uns favorisierten Doppelfadentechnik legen wir immer zuerst einen möglichst dünnen Faden, der im Gingivalsaum verschwindet, gefolgt von einem zweiten Faden angepasster Dicke, direkt auf der gleichen Höhe mit der Präparationsgrenze (Abb. 1).