

PN WISSENSCHAFT & PRAXIS

Ästhetische Paro...

Fortsetzung von Seite 1

Die Erfahrung zeigt, dass die Techniken in jedem Fall die biologischen Gesetzmäßigkeiten am Ort des Einsatzes berücksichtigen müssen – sonst wird unter funktionellen und biologischen Einflüssen schnell eine Verschlechterung des Ergebnisses eintreten.

Techniken ästhetischer Parodontalchirurgie

1. Chirurgische Kronenverlängerung

Die chirurgische Kronenverlängerung kann verschiedene Ziele verfolgen. Zum einen



Abb. 3: Provisorische Versorgung nach Kronenverlängerung.



Abb. 4: Zustand direkt nach dem Einsetzen von Vollkeramikronen.

können die Zähne bei einem „Gummy smile“ gezielt verlängert werden, um das Lachen harmonischer zu gestalten.¹ Zum anderen dient es zur Wiederherstellung einer sinnvollen biologischen Breite, wenn der zu bearbeitende



Abb. 5: Gingivarezession.



Abb. 6: Freigelegter Zustand.

Zahn großen Substanzverlust erlitten hat.² In diesem Fall dient die Verlängerung einer Vergrößerung der funktionellen Fläche des Zahnes zur besseren Verankerung von Kronen auf diesen Pfeilerzähnen. Das Ergebnis ist vor allem dann langzeitstabil, wenn es gelingt, die biologische Breite in die prothetische Konstruktion zu integrieren. Liegt der Kronenrand zu nahe am Alveolarknochen, wird sich unter Entzündungsercheinungen eine neue biologische Breite bilden.

Gummy smile – In der Praxis erfordert die Kronenverlängerung das Verständnis, dass das Weichgewebe langfristig dem Verlauf des Knochens folgt. Insbesondere im gesunden, unbeeinträchtigten Gebiss ist daher die Indikation zur Verlängerung der klinischen Kronen streng zu stellen. Der Eingriff stellt einen Wahleingriff dar. Daher ist ein sicheres Erreichen des gewünschten Ergebnisses für den Patienten eine *conditio sine qua non* (Abb. 1–4). Eine schonende Operationstechnik stellt sicher, dass nur die geplante Reduktion stattfindet. Im Praxis-einsatz ist daher eine Routine in parodontalchirurgisch-resektiven Eingriffen von Vorteil. Je nach Indikation wird nach der vorsichtigen Inzision und Mobilisierung der Gingiva die geplante Menge an Knochen um die betroffenen Zähne entfernt. Feine chirurgische Rosenbohrer oder diamantierte chirurgische Schleifer eignen sich gut für den Abtrag. Eine ausreichende Kühlung des Arbeitsgebietes ist wichtig, damit durch Nekrosen des Knochens nicht unkalkulierte Einbrüche das Wunschresultat gefährden. Die keratinisierte Gingiva bleibt möglichst vollständig erhalten. In Einzelfällen kann eine Konturierung sinnvoll sein. Sollten tatsächliche Überschüsse nach der Abheilung vorhanden sein, ist es leicht, die Gingiva mit rotierenden Schleifkörpern (z.B. Rotringdiamant in der Turbine) sogar ohne Lokalanästhesie zu modellieren.

Prothetische Kronenverlängerung – Sie dient zwei Zielen: Die funktionelle Fläche des Zahnes soll vergrößert werden und die biologische Breite wieder hergestellt. Vor allem in fortgeschrittenen Fällen nach mehrfachen Zahnverlusten ist die Zahnschubstanz so reduziert, dass es auf jeden sicheren Pfeiler ankommt. Auch hier wird gezielt der Knochen abgetragen, sodass ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Restverankerung des Zahnes und geplanter prothetischer Belastung entsteht. Auch hier ist zunächst eine sichere Abheilung abzuwarten, so dass regelmäßig mit langzeitprovisorischen Restaurationen gearbeitet werden sollte.

2. Bindegewebsstransplantate: Funktion und Ästhetik
Verschiedene Techniken wurden beschrieben, um gingivale Rezessionen zu therapieren. In den letzten Jahren hat sich das Bindegewebsstransplantat (BT) als Routinetechnik durchgesetzt. Der Vorteil liegt vor allem in der Potenz des Bindegewebsstransplantats (BT) Rezessionen zu decken – sowohl funktionell wie auch ästhetisch gelungen. Die früher eingesetzten Gingi-

vatransplantate setzen bei der Entnahme einen größeren Defekt und haben durch ihre Eigenfärbung der Entnahmestelle ein eingeschränktes ästhetisches Resultat verursacht. Das BT kann am Gaumen leicht entnommen werden und nimmt nach vollständigem Umbau Struktur und Färbung der Umgebung an. So können Rezessionen sichergestellt werden (Abb. 5–9). Beim Einsatz eines BT sind einige essenzielle Regeln zu befolgen. In der Vorbehandlung ist eine besonders genaue Einschätzung der Empfängerstelle entscheidend. In Fällen mit proximalem Knochenverlust und Verlust der Papillen wird jede aufbauende Technik schei-



Abb. 7: Einbringen des Bindegewebsstransplantats.



Abb. 8: Verschluss mit Mikronaht.

tern müssen. Der Patient sollte daher genau informiert werden, um realistische Erwartungen an den Eingriff zu stellen. In jedem Fall bedarf die Wurzeloberfläche an der Empfängerseite einer gründlichen Reinigung. Jedwede Kunststoffrestauration sollte entfernt werden. Ein Benetzen der Wurzeloberfläche mit Zitratlösung oder antibiotische Spülungen sind nicht Voraussetzungen für

den Erfolg, aber ein sorgfältiges mechanisches Debridement ist unerlässlich. An der Empfängerstelle wird ein Spaltlappen präpariert, um die Blutversorgung des BT aus dem Bindegewebe und dem Periost sicherzustellen. Die horizontalen Inzisionen sollten wenigstens so hoch sein wie die Schmelz-Zement-Grenzen der benachbarten Zähne. Der Lappen wird über die mukogingi-

vale Grenze hinaus mobilisiert, um ihn spannungsfrei zurücklegen zu können. Je nach Größe des BTs und der zu deckenden Flächen können mehrere Zähne abgedeckt werden. Um die Blutversorgung des Transplantats zu sichern, sollte lateral genügend Abdeckung durch den Lappen entstehen. Die Nahttechnik trägt einen entscheidenden Teil zum Erfolg bei: Verwendet werden sollten Nähte der Größe 6-0, 7-0 oder 8-0. Auf einen innigen Kontakt zwischen BT und bedeckenden Lappen sollte geachtet werden, um die Ernährung und den Ein- und Umbau des Transplantats zu begünsti-

gen. Die Nahttechnik trägt einen entscheidenden Teil zum Erfolg bei: Verwendet werden sollten Nähte der Größe 6-0, 7-0 oder 8-0. Auf einen innigen Kontakt zwischen BT und bedeckenden Lappen sollte geachtet werden, um die Ernährung und den Ein- und Umbau des Transplantats zu begünsti-

Fortsetzung auf Seite 4



ANZEIGE

Eine zahnmedizinische Empfehlung für Ihre Gingivitis- und Parodontitis-Patienten: Die meridol® Zahnbürste



An eine Zahnbürste, die für Gingivitis- und Parodontitis-Patienten gleichermaßen geeignet ist, werden besondere Anforderungen gestellt. Die meridol® Zahnbürste ist das Ergebnis jahrelanger Forschungsarbeit. Ihre Besonderheit besteht in den mikrofeinen Borstenden. Diese weisen ein optimales Verhältnis zwischen effizienter Reinigungsleistung und minimalem Gingiva-Verletzungspotenzial auf.

sie außerordentlich weich und flexibel, bieten aber gleichzeitig genügend Stabilität für eine sehr gute Reinigung.

Bei Berührung mit den Zahnoberflächen legen sich die Filamente an ihren mikrofeinen, hochflexiblen Enden um. Eine Verletzung des Zahnfleisches ist damit nahezu ausgeschlossen.

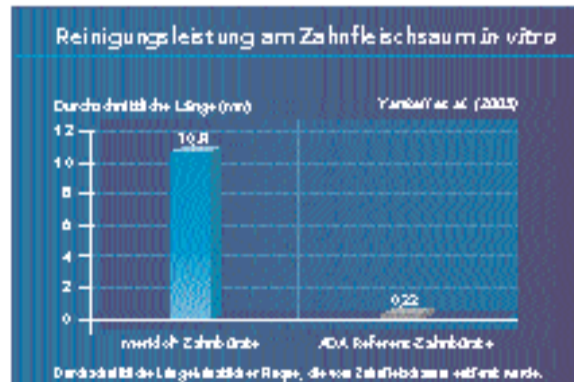
Der Durchmesser der Filamente beträgt an der Basis 0,18 mm, an der Spitze aber nur 0,05 mm. Damit sind

Dank optimaler Kontakteigenschaften reinigt die meridol® Zahnbürste besonders gründlich auch am Zahnfleischsaum.

Überzeugender Leistungsnachweis in klinischen Untersuchungen

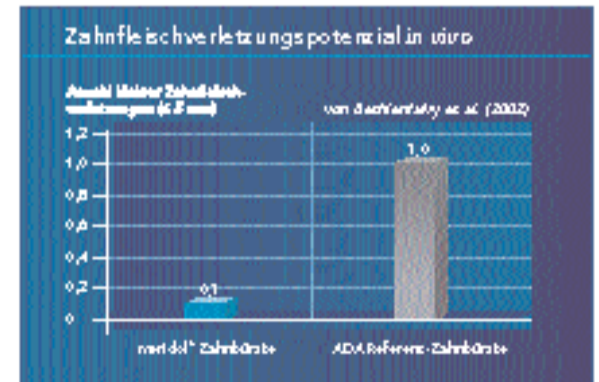
Die meridol® Zahnbürste wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien untersucht. Diese belegen eindeutig ihre Reinigungsleistung bis an den Zahnfleischsaum bei gleichzeitiger Schonung des Zahnfleisches.

Signifikant bessere Plaque-Entfernung am Zahnfleischsaum



Yankell SL, Shi X, Emiling RC. Laboratory evaluations of two toothbrushes for removal of artificial plaque above, around and below the gingival margin. J Clin Dent 14 (2003) 19-22

Minimales Zahnfleischverletzungspotenzial



von Be Hamblby ER, Kugel B, Floch T, Dörfer CE. Einfluss unterschiedlicher Filamente auf die Gingivareduktion zweier Handzahnbürsten. Parodontologie 13 (3) (2002) 216-217



Die GABA GmbH ist offizieller Partner der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie

www.gaba-dent.de