

Zahnschienung nach Parodontaltherapie

| Dr. Martin Hagner

In der Parodontologie ist der Zahnarzt häufig mit Grenzsituationen der Zahnerhaltung konfrontiert. Häufig ergibt sich auch nach erfolgreich durchgeführter antiinfektiöser Parodontistherapie eine Notwendigkeit zur chirurgisch-korrektiven Behandlung, deren Vorteil von Ramfjord et al.¹ ab einer verbleibenden Sondierungstiefe von >7 mm belegt werden konnte.



Abb. 1 bis 3: Röntgenbilder 1 bis 3. – Abb. 4 und 5: Röntgenbilder 4 und 5.

Insbesondere furkationserkrankte Molaren weisen ein schlechteres Ansprechverhalten auf die geschlossene antiinfektiöse Therapie auf, wie Nordland et al.² zeigen konnten, sodass hier sehr häufig eine chirurgische Therapie zur Anwendung kommt – allein zur Gewährleistung einer besseren Konkremententfernung.³

Vorbetrachtungen

Aber nicht alle Furkationsdefekte lassen sich regenerativ therapieren. So sind im Oberkiefermolarenbereich häufig Limi-

tationen ab einer Furkation Grad II erreicht.⁴ Daher wird für die Therapie einer Furkation Grad III bei Molaren im Oberkiefer vielfach die Wurzelamputation empfohlen.^{5–12}

Bei dieser Maßnahme werden eine oder zwei der parodontal schwächsten Wurzeln des Zahnes entfernt. Der verbleibende wurzelamputierte Zahn hat demzufolge eine erhöhte Beweglichkeit. Hier ist die Zahnschienung eine gute Methode, dieser erhöhten Zahnbeweglichkeit zu begegnen.¹³ Kegel et al.¹⁴ konnten zwar nicht zei-

gen, dass die Zahnschienung einen Effekt auf die anschließende absolute Zahnbeweglichkeit hatte, wohl aber konnte durch Fleszar et al.¹⁵ belegt werden, dass bei bestehender Beweglichkeit der Zähne kein Attachmentgewinn stattfindet und die vorhandenen Taschen trotz Parodontaltherapie persistieren.

Daher auch die Schlussfolgerung von Rampfjord und Ash,¹⁶ Zähne mit okklusaler Überlastung entweder einzuschleifen, zu schienen oder kieferorthopädisch zu regulieren.

Rot-weiße Ästhetik – State of the Art

11. JAHRESTAGUNG DER DGKZ

16. | 17. Mai 2014
Grand Elysée Hotel | Hamburg



Referenten u. a.:

Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Köln
Prof. Dr. Martin Jörgens/Düsseldorf
Prof. Dr. Thomas Sander/Hannover
Prof. Dr. Marcel Wainwright/Düsseldorf
Prof. Dr. Nezar Watted/Jatt (IL)
Prof. Dr. Jürgen Wahlmann/Edeweicht
Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen
Dr. Tomas Lang/Essen
Dr. Ulrich Volz/Konstanz
Dr. Jens Voss/Leipzig
Jens-Christian Katzschnier/Hamburg

Seminare u. a.:

Seminar Veneers von A–Z
Seminar Implantate und Sinus maxillaris
Seminar Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik
Kursreihe Anti-Aging mit Injektionen
Kursreihe Endodontie – Basis- und Fortgeschrittenenkurs

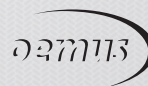


Zum Programm
der 11. Jahrestagung
der DGKZ



Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com



FAXANTWORT | 0341 48474-290

☐ Bitte senden Sie mir das Programm der **11. Jahrestagung der DGKZ** zu.

Vorname/Name

E-Mail

Praxisstempel

ZWP 3/14



Abb. 6: Exkavierte Situation der Zähne 25–27 unter Kofferdam mit angelegter partieller Matrizie mesial an Zahn 25. – Abb. 7: Palatinalansicht der exkavierten Situation der Zähne 25–27. – Abb. 8: Total-Etch-Verfahren der exkavierten Situation mit blauem Ätz-Gel. – Abb. 9: Konditionierte Kavitäten der Zähne 25–27 mit Bonding. – Abb. 10: Aufgebaute mesiale Randleiste an Zahn 25 nach Entfernung der partiellen Matrizie sowie Unterfüllung mit Flow-Komposit an Zahn 27.

Bei dem hier vorgestellten Beispiel konnten durch Wurzelamputation und Zahnschienung Zahnersatzmaßnahmen vermieden werden. Neben dem wirtschaftlichen Vorteil für den Patienten besteht auch ein klinischer Vorteil für die Prognose der Restauration.^{17,18}

Der klinische Fall

Das Verfahren der Zahnschienung ist am Beispiel eines wurzelamputierten Zahnes 26 nach chirurgisch resektiver

Parodontaltherapie eines Patienten mit generalisierter, schwerer chronischer Parodontitis und Diabetes mellitus Typ II veranschaulicht.

Die erste Röntgenzahnaufnahme zeigt die Situation nach antiinfektöser Therapie und vor Endodontie. Diagnostiziert wurde eine Paro-Endoläsion primär-parodontaler Genese mit Furkationsdefekt Grad III sowie von distal und vestibulär sondierbar.

Auf der zweiten Röntgenzahnaufnahme ist die Röntgenmessaufnahme

unter Kofferdam während der endodontischen Therapie an Zahn 26 dargestellt.

Die dritte Röntgenaufnahme zeigt Zahn 26 mit abgeschlossener Wurzelfüllung des mesiovestibulären und palatinalen Wurzelkanals. Der distovestibuläre Wurzelkanal enthält eine medikamentöse Einlage in Form von Kalziumhydroxid. Die Pulpenkammer und der obere Anteil des distovestibulären Wurzelkanals sind mit Kompositmaterial verfüllt, aus dem auch die Deckfüllung



Abb. 11: Die Entnahme von F-Splint-Aid aus der lichtgeschützten Aufbewahrungsflasche mittels Pinzette. – Abb. 12: Längenangepasstes Glasfaserband F-Splint-Aid Slim mit Applikationsspanne zwischen den Zähnen 26 und 27. – Abb. 13: Mit Flow-Komposit fixiertes Glasfaserband F-Splint-Aid Slim in den Kavitäten der Zähne 25–27. – Abb. 14: Fertig ausgearbeitete Kompositrestaurationen der Zähne 25–27 mit integrierter Glasfaserschienung. – Abb. 15: Palatinalansicht der restaurierten Zähne nach Schienung mit F-Splint-Aid Slim. – Abb. 16: Okklusallansicht der Zahnschienung nach Entfernung des Kofferdams. – Abb. 17: Durch Blaupapier eingefärbte Kontaktpunkte der restaurierten Zähne. Der wurzelamputierte Zahn 26 hat eine in orovestibulär reduzierte Kaufläche mit ausschließlich statischem Kontakt auf den bukkalen Dreieckswülsten zur Vermeidung von Scherkräften.



Abb. 19

Abb. 18: Palatinalansicht der ausgearbeiteten Restaurationen. – Abb. 19: Bukkalansicht nach Zahn-schienung in Interkuspidation.

besteht (Abb. 1 bis 3). Das vierte Röntgenbild zeigt Zahn 26 nach Wurzelamputation der distalen und palatinalen Wurzel. Intraoperationem erwies sich die Grad-III-Furkation auch mesiopalatinal durchgängig und die palatinale Wurzel als nicht mehr erhaltungsfähig.

Die fünfte Röntgenaufnahme zeigt Zahn 26 gesichert mit F-Splint-Aid Slim an den Zähnen 25 und 27 (Abb. 4 und 5).



Abb. 18

Die klinische Fotostrecke zeigt die Vorgehensweise des Zahnschienens mit dem F-Splint-Aid Slim System in der direkten Adhäsivtechnik (Abb. 6 bis 19).

Schlussfolgerung

Der besondere Vorteil von F-Splint-Aid Slim ist in der stabilen, geflochtenen Struktur des Splint-Materials zu

sehen sowie in seiner praktischen Darreichungsform in der lichtgeschützten Aufbewahrungsflasche. Einen weiteren Vorteil bieten die mitgelieferten Kunststoffspangen „Clip&Splint“, zur Fixierung des Splint-Materials an den Zähnen.⁷



Dr. Martin Hagner
Infos zum Autor



Literaturliste

kontakt.

Polydentia SA in Deutschland

Am Bürkle 7
79312 Emmendingen
Tel.: 07641 55345
marketing@polydentia.ch
www.polydentia.ch

ANZEIGE

LUST AUF EINEN STARKEN UMSATZTREIBER MIT JAGDINSTINKT?



PRAXIS-GRÜNDER- AKTION

verlängert bis 31.12.2014



Praxisgründungen kosten Geld. Umso wichtiger ist eine Praxismanagement-Software wie CHARLY – sie treibt Ihren Umsatz tierisch gut voran. Lassen Sie es sich vorrechnen! Mehr Informationen unter Telefon 07031 4618-600.

WIE DIE PRAXISMANAGEMENT-SOFTWARE CHARLY
IHREN UMSATZ TREIBT: WWW.SOLUTIO.DE



CHARLY goes Facebook!
Jetzt Fan werden!