

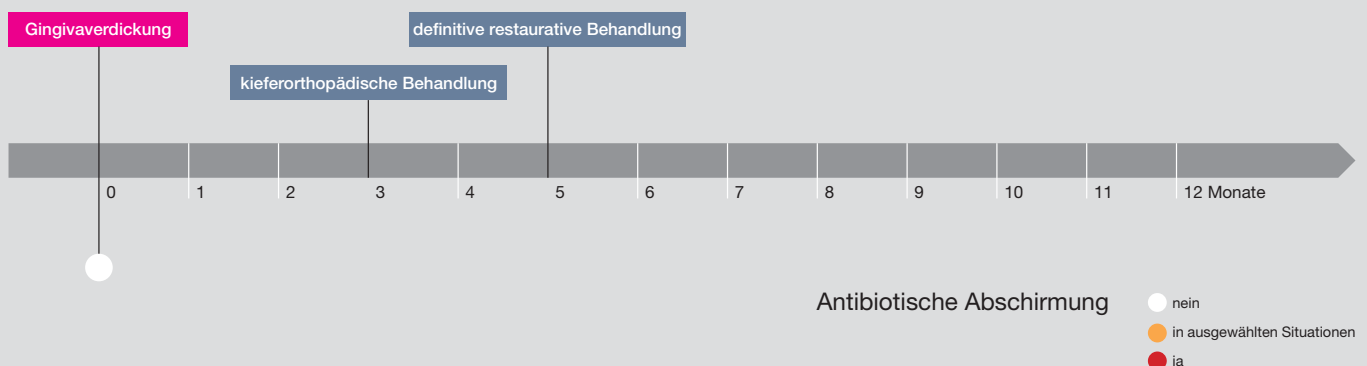
8.2 Praxis

Gingivaverdickung mit autologem Bindegewebe

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- 01.** Reinigung der Zahnoberflächen *vor Inzisionsbeginn*
- 02.** Falls nötig *Verblockung* der approximalen Kontaktpunkte mit fließfähigem Komposit
- 03.** Unterminierender Spaltlappen:
 - Mobilisierung nach *koronal* bis in die Papillengbasis
 - Mobilisierung nach *apikal* bis über die mukogingivale Grenzlinie hinweg
 - Mobilisierung nach *lateral* jeweils einen Zahn über den zu verdickenden Bereich hinaus
- 04.** Subepitheliales Bindegewebestransplantat:
 - *nicht dicker* als 1 bis 1,5 mm
 - in der Fläche *ausreichend groß*
- 05.** Nahtverschluss:
 - *stabile Fixation* des Bindegewebes durch doppelt gekreuzte vertikale Umschlingungsnähte
- 06.** Sanfte *Kompression* der Wunde über einige Minuten
- 07.** Umfassende und lückenlose *Patienteninstruktion*

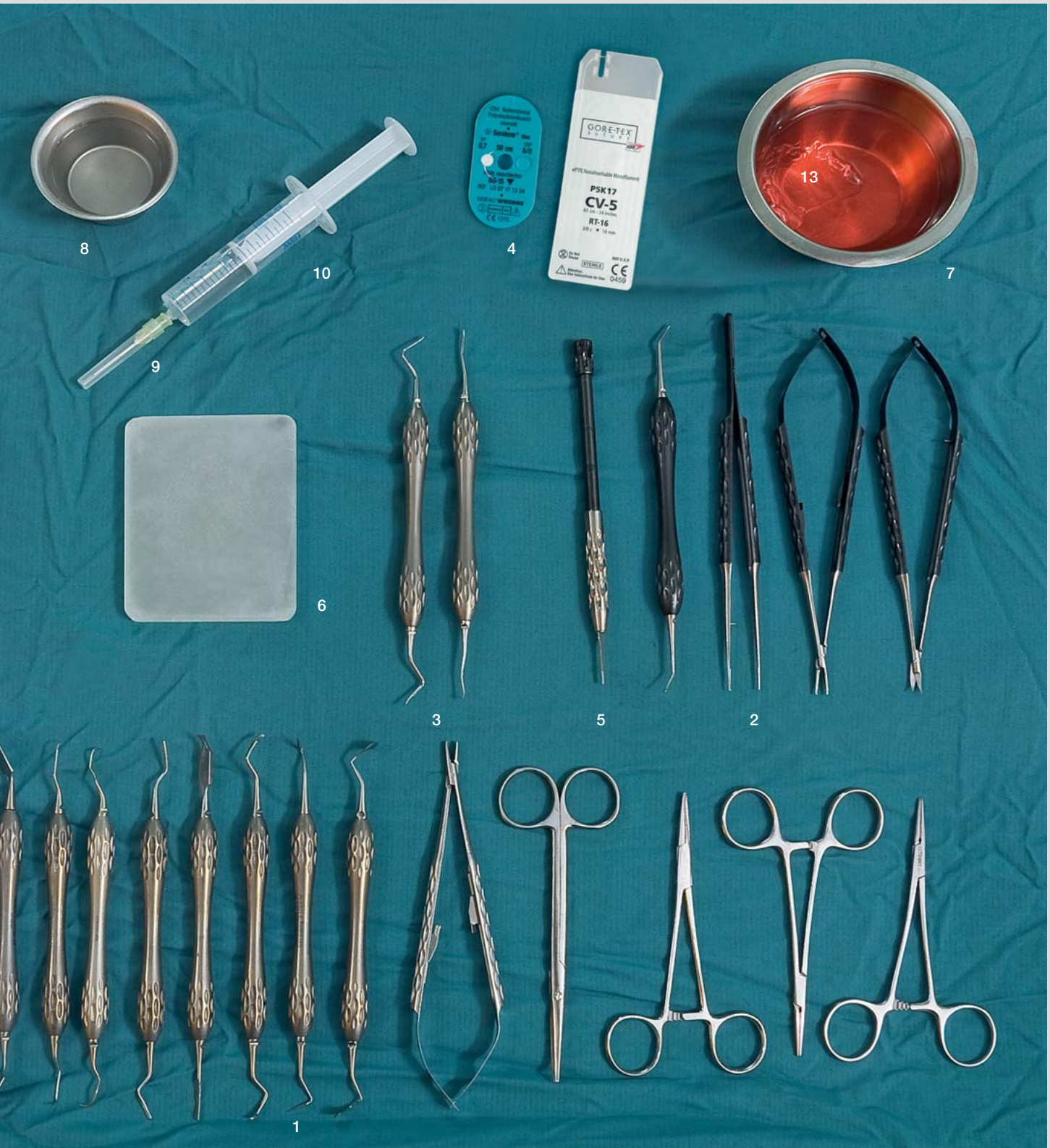
ZEITMANAGEMENT



CHECKLISTE ZUR ARBEITSPLATZVORBEREITUNG

- 1 Makro-Instrumentenset
- 2 Mikro-Instrumentenset
- 3 Tunnelierungsmesser I und II
- 4 Nahtmaterial: Gore-Tex® CV5 und Seralene® 6.0 DS15
- 5 Makroskalpellklinge Nr. 15, Mikroskalpellklinge Keydent
- 6 Glasplatte
- 7 Metallschale mit 0,1%iger Chlorhexidin Lösung
- 8 Metallschale mit sterilem Wasser
- 9 1 x stumpfe Kanüle
- 10 1 x 10-ml-Spritze
- 11 Lokalanästhesie
- 12 Große und kleine Tupfer
- 13 Verbandsplatte





SCHRITTWEISES VORGEHEN



Abb. 8-9 bis 8-12 Die klinische und röntgenologische Ausgangssituation zeigt einen mit einer Keramikteilkkrone versorgten und nach endodontischer Behandlung dunkel verfärbten Zahn 11. Die Gingiva wirkt im Bereich der durchscheinenden Zahnwurzel ebenfalls gräulich.



Abb. 8-13 und 8-14 In einem ersten Schritt wird die Teilkronen abgenommen, der Zahn für die Versorgung mit einer neuen Krone präpariert, der Präparationsrand auf der bukkalen Seite sanft in den Sulkus verlagert und der Zahn mit einem Langzeitprovisorium versorgt.

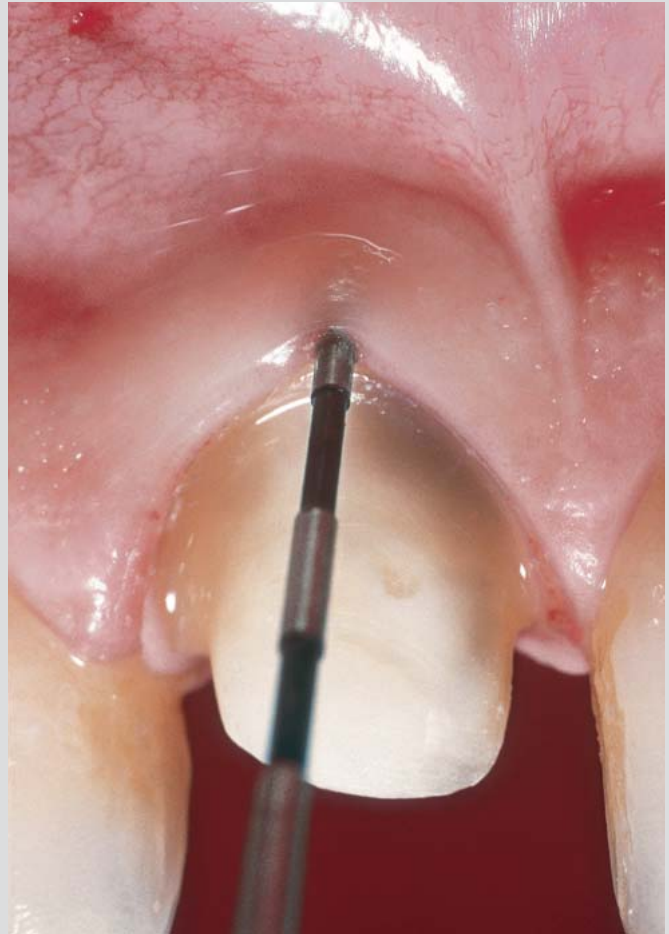


Abb. 8-15 Wie dünn und transparent die marginale Gingiva des zu behandelnden Zahnes ist, wird durch das Durchschimmern der PA-Sonde beim Sondieren verdeutlicht.

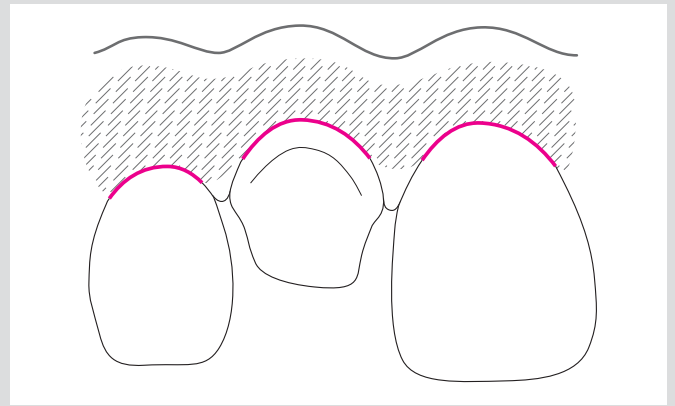


Abb. 8-16 und 8-17 Die Präparation des Empfängerbettes beginnt mit einer intrasulkulären Inzision und der Bildung eines Spaltlappens mit der Mikroskalpellklinge. Die Papillen werden nur in ihrer Basis scharf unterminiert. Eine Mobilisierung des interproximalen Weichgewebes ist nicht notwendig.

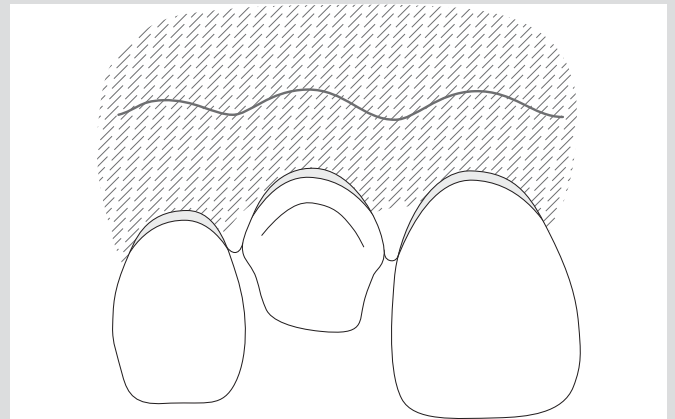


Abb. 8-18 und 8-19 Um das Perforationsrisiko minimal zu halten, sollte die unterminierende Präparation mit Tunnelierungsmessern erfolgen. Unter Durchführung kreisförmiger Bewegungen wird hierbei der Spaltlappen über die mukogingivale Grenzlinie hinweg nach apikal präpariert, bis ausreichend Raum für das Bindegewebstransplantat entstanden ist. Vor dem Einbringen des Transplantates ist sicherzustellen, dass die Präparation in einer Ebene erfolgt und damit ein durchgängiger Tunnel vorhanden ist.

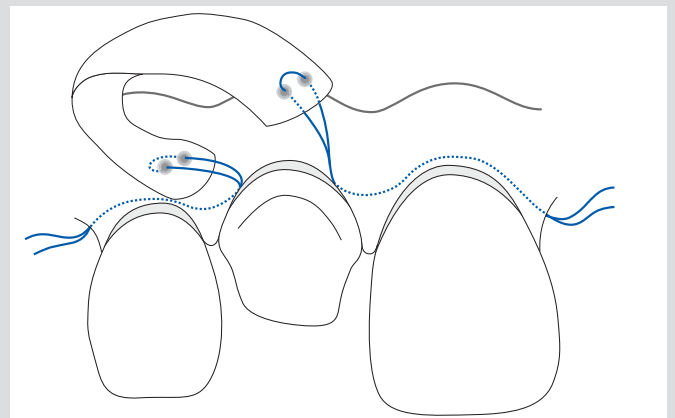


Abb. 8-20 und 8-21 Nun wird das Bindegewebstransplantat mithilfe von Positionierungsnähten unter Verwendung von Gore-Tex® CV5 als Nahtmaterial in den Tunnel eingezogen. Hierfür wird die Nadel stumpf mit ihrem Rücken jeweils einen Zahn seitlich des zu verdickenden Bereiches in den Tunnel geführt und marginal des Zahnes, an dem das Bindegewebe eingeführt werden soll, wieder herausgenommen. Jetzt wird das Bindegewebstransplantat in einem ersten Schritt seitlich mit der Nadel von innen nach außen durchgestochen. In einem zweiten Schritt wird die Nadel etwas weiter apikal von außen nach innen geführt, bevor sie durch den Tunnel zurück zu ihrem Ausgangspunkt gebracht wird.

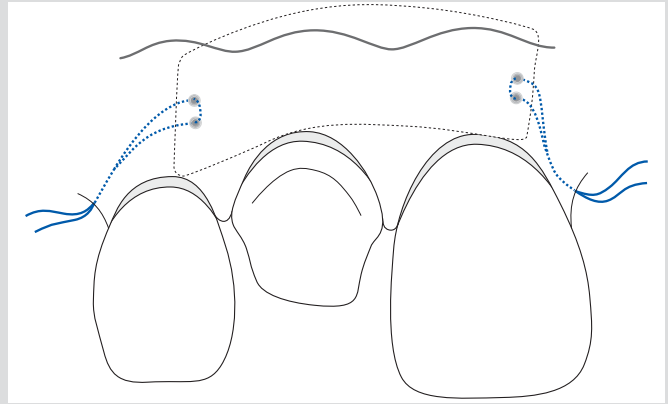


Abb. 8-22 und 8-23 Durch Ziehen an den Fäden kann das Bindegewebstransplantat vor der Nahtfixation kontrolliert in den Tunnel gezogen und dort in die korrekte Position gebracht werden. Das Provisorium wird nun, um Zementüberschüsse zu vermeiden, mit wenig provisorischem Zement eingesetzt. Die approximalen Kontaktpunkte mesial und distal des Provisoriums werden ohne Schmelzätzung mit einem fließfähigen Komposit verblockt.

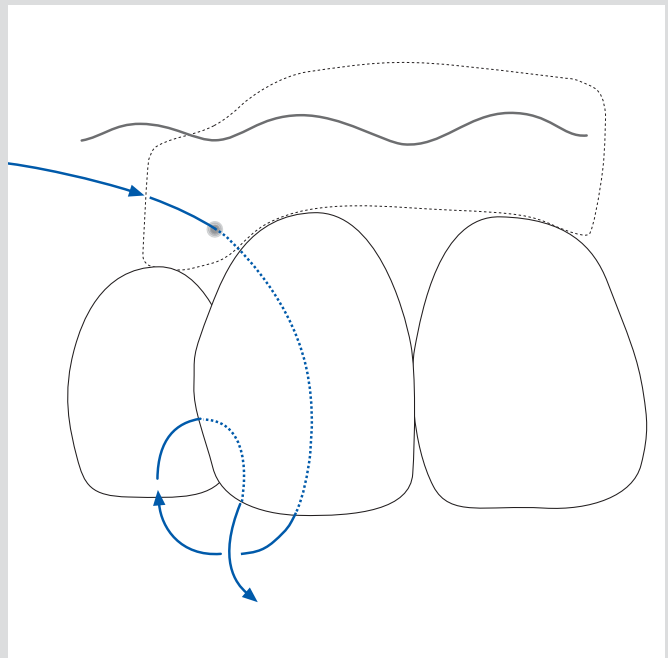
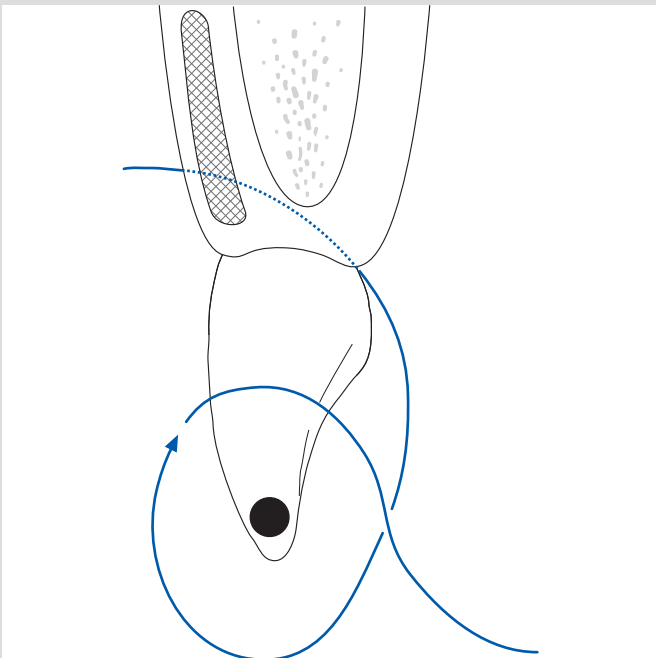


Abb. 8-24 und 8-25 Nun erfolgt der Nahtverschluss mit drei doppelt gekreuzten vertikalen Umschlingungsnähten unter Verwendung von Seralene® DS15 6.0 als Nahtmaterial: Der erste Einstich erfolgt von bukkal, etwas koronal der mukogingivalen Grenzlinie. Die Nadel fasst hierbei das Bindegewebstransplantat und wird unter dem approximalen Kontaktpunkt hindurchgeführt, um etwas apikal der Papillenspitze auf der palatinalen Seite wieder zum Vorschein zu kommen. Im Anschluss wird die Nadel über die Zähne wieder nach bukkal geführt und mit ihrem Rücken, ohne Gewebe zu fassen, unter dem verblockten Approximalkontaktpunkt erneut zurück nach palatinal geschoben.

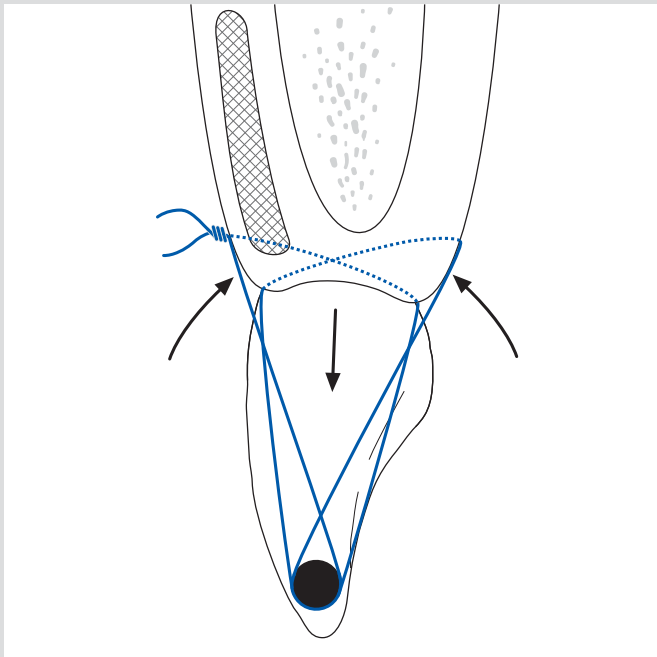
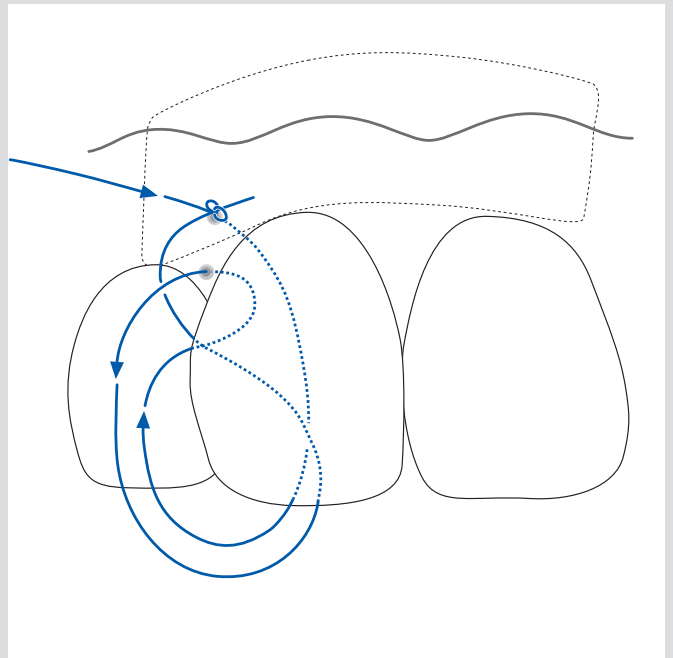
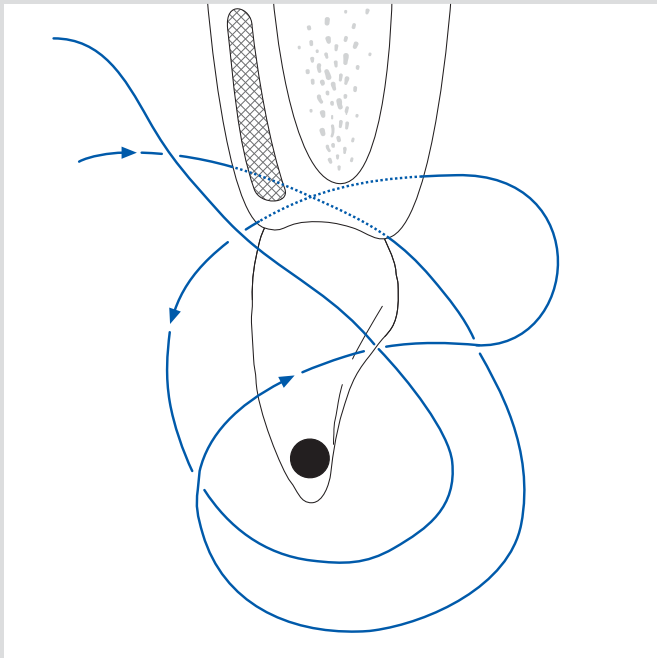


Abb. 8-26 bis 8-30 Nun erfolgt der zweite Einstich, indem die Nadel in die Papillenbasis auf der palatinalen Seite eingestochen und etwas apikal der Papillenspitze auf der bukkalen Seite wieder herausgeführt wird – das Bindegewebstransplantat muss hierbei nicht gefasst werden. Im Anschluss wird die Nadel nochmals zurück nach palatinal gebracht und, ohne Gewebe zu fassen, wieder mit ihrem Rücken unter dem approximalen Kontaktpunkt hindurch auf die bukkale Seite geführt. Erst jetzt erfolgt das Knüpfen des Knotens. Die Positionierungsnähte können nun herausgezogen und der Wundbereich für einige Minuten sanft komprimiert werden.