

# Ästhetische Rekonstruktion und Zahnfleischmanagement

Autoren\_Dr. Ralf Griebe, Dr. Jürgen Wahlmann

Immer wieder trifft man in der Praxis auf Patienten, die beim Lächeln sehr viel Zahnfleisch im Verhältnis zur weißen Zahnschmelz zeigen. Dieses wird ab einem sichtbaren Anteil von mehr als 2 mm über dem Gingivalrand allgemein als unschön empfunden (Abb. 1a und 1b). Hier kann nach genauer Diagnose und systematischer Planung durch ein gezieltes Zahnfleischmanagement in Verbindung mit einer geplanten ästhetischen Korrektur der Frontzahnsituation häufig ein hervorragendes Ergebnis ohne große Knochenchirurgie im Sinne von Segmentosteotomien erzielt werden. Die notwendige Diagnostik erfolgt am Gipsmodell. Es wird exakt die Breite der immobilisierten Gingiva bestimmt und eingezeichnet. Ein Wax-up unter idea-

lisierten Bedingungen wird vom Labor angefertigt (Abb. 2). Mittels einer Schiene wird der Anteil der Gingiva, der zur Erzielung eines perfekten Lächelns entfernt werden sollte, in den Mund auf die Schleimhaut übertragen und angezeichnet. Durch Sondierung wird festgestellt, inwiefern noch eine reine Gingivakorrektur z. B. mittels Laser bei entsprechender Taschentiefe durchgeführt werden kann. Hier muss berücksichtigt werden, dass die biologische Breite, der Bereich, in dem die Fasern des Zahnfleisches am Zahn anhaften, vorhanden sein muss. Dieses erfordert mindestens eine Sondierungstiefe von 2 mm zusätzlich zu dem Bereich, der zur Exzision ansteht. Eine Reduktion des Zahnfleisches ohne Beachtung dieses Wertes zieht im-



Abb. 7



Abb. 8

mer erneut die Ausbildung dieser Breite nach sich und beeinflusst das kosmetische Ergebnis nachhaltig. Sollte die Versorgung der Zähne bis in diesen Bereich gehen und somit die Neubildung der Zone der biologischen Breite verhindern, ist eine beständige Rötung des Zahnfleisches, ggf. mit Blutungsneigung, sichtbar, was einer chronischen Entzündung entspricht und über einen chirurgischen Eingriff zur Schaffung dieser biologischen Breite therapiert werden muss.

In diesem Patientenfall waren stellenweise große Taschentiefen vestibulär tastbar, da die bukkale Knochenslamelle gerade im Bereich prominenter Eckzähne häufig nicht ausgebildet ist. An anderen Stellen war der Knochen in einer Tiefe von 2 mm tastbar, sodass die Indikation

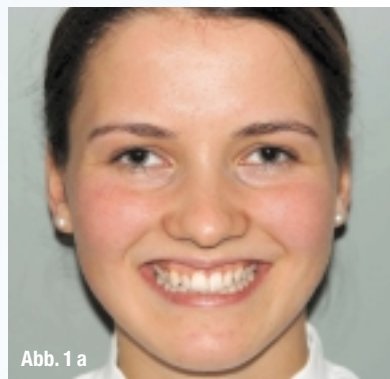


Abb. 1 a



Abb. 1 b



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

für ein chirurgisches Vorgehen zur Modellierung des Knochens gegeben war. Es wurde nach marginaler Schnittführung ein Schleimhaut-Periostlappen ohne vestibuläre Entlastung zur Vermeidung von Narbenzügen gebildet. Der Knochen wurde in seinem Verlauf vestibulär so konturiert, dass nach Einsetzen der Schablone vom geplanten Ende der Präparation bis zum Knochen eine Zone von 3 mm entsteht, die der Anhaftung des Zahnfleisches wieder zur Verfügung steht (Abb. 3). Hier muss bei der Modellierung des Knochens bereits die geplante spätere Form der Gingiva berücksichtigt werden, z.B. dass die Anlage des Scheitelpunktes der Veneers der mittleren Schneidezähne leicht nach distal verschoben ist. Auch der Approximalbereich zur Ausbildung von Papillen, die ästhetisch dem Verlauf der Approximalkontaktpunktlinie entsprechen, muss im knöchernen Verlauf bereits berücksichtigt werden. Das Zahnfleisch wird apikal leicht verschoben und fixiert (Abb. 4).

Nach einer mindestens vierwöchigen Heilphase kann der Erfolg der durchgeführten Therapie beurteilt werden, es entsteht der Eindruck eines Gebisses mit parodontal verlängerten Zähnen (Abb. 5). Über diese vorübergehende Beeinträchtigung des Aussehens müssen die Patienten im Vorfeld unbedingt aufgeklärt werden.

Auf dieser Basis kann nunmehr das eigentliche Smile Design der weißen Ästhetik stattfinden. Bei der Präparation wird mithilfe von Schlüsseln anhand des Wax-ups der idealisierte Zahnbogen hergestellt, die Länge der Zähne entsprechend eingekürzt und danach die eigent-

liche Veneerpräparation durchgeführt. Vorhandene Füllungen werden mit einbezogen. Feinkorrekturen am Gingivalsaum werden jetzt noch mittels eines Diodenlasers durchgeführt. Das nach Vorgabe des Wax-ups gefertigte Provisorium gibt Aufschluss über den Erfolg der Planung (Abb. 6). Hier sind jetzt noch Korrekturen der Zahnlängen und Breiten sowie der gewünschten Zahnform möglich. Erst nach einigen Tagen wird mit dem Patienten das Aussehen des Provisoriums besprochen und gegebenenfalls korrigiert, da derart tiefgehende Veränderungen des Aussehens in der Psyche der Patienten Zeit zur Verarbeitung haben sollten.

Nach der Vorgabe des Provisoriums erstellt das Labor dann die Veneers, die nach entsprechendem Protokoll eingegliedert werden (Abb. 7). Hier ist insbesondere darauf zu achten, dass die Gingiva sowohl während der Präparation als auch beim Entfernen der Provisorien nicht verletzt wurde, damit es beim Einsetzen der Veneers nicht zur Blutung kommt. Die Patienten sind anzuhalten, auch während der Phase der provisorischen Versorgung eine sehr gute Mundhygiene durchzuführen, um einer Gingivitis gerade im Bereich der Papillen entgegenzuwirken. Das Ergebnis einer mit diesem Aufwand geplanten und durchgeführten Versorgung ist ein glücklicher Patient mit völlig veränderter Ausstrahlung und bestätigt dem Behandler, dass Cosmetic Dentistry mehr ist als nur weiße Zähne (Abb. 8).

_Autoren		cosmetic dentistry
	<p><b>Dr. Jürgen Wahlmann</b> <b>Dr. Ralf Griebe</b></p>	<p>1982 bis 1987 Studium der Zahnheilkunde in Göttingen. Seit 1989 niedergelassen in eigener Praxis in Edeweicht. Erste Fortbildungen auf dem Gebiet der kosmetischen Zahnheilkunde 1992 bei A.Lacy. 2004 „Master in Aesthetics“ am Rosenthal Institute der New York University. Goldmedaille AACD Smile Gallery Kategorie indirekte Restaurationen. April 2004 Teilnahme an der 10. Smile Gallery der AACD, Gewinn des „Best of Show Award“.</p>
		