



Chirurgische Kronenverlängerung

Was bisher bei einer chirurgischen Kronenverlängerung mit aufwendiger Lappenbildung therapiert wurde, kann auch minimalinvasiv per Schallinstrument umgesetzt werden. Dr. Jürgen Benz erklärt, wie das Verfahren funktioniert.

Wie definieren Sie rot-weiße Ästhetik?

Frontzähne wirken nur dann ästhetisch schön, wenn sie in gesunde, harmonisch verlaufende Gingiva-Arka den eingebettet sind. Denn auch die schönsten Veneers sehen bei einem asymmetrischen Gingivaverlauf nur halb so gut aus! Sowohl zu wenig als auch zu viel Rot im sichtbaren Bereich wirkt einfach störend.

Wann haben Sie begonnen, die rot-weiße Ästhetik in Ihr Behandlungskonzept mit einzubeziehen?

Ausgehend von funktioneller Präzision und parodontaler Stabilität hat in den vergangenen 20 Jahren in meinem Behandlungskonzept vor allem die Ästhetik im Frontzahnbereich an Bedeutung gewonnen.

Schon vor zehn Jahren war mir das Prinzip der biologischen Breite klar, mir fehlten jedoch die entsprechenden Instrumente, um hier minimalinvasiv vorzugehen. Zu oft scheute eine chirurgische Kronenverlängerung – schließlich wollte ich nichts zerstören.

Anfangs habe ich gelegentlich „zu viel Rot“ einfach weggeschnitten – leider nur mit kurzfristigem Erfolg, denn nach ca. fünf Jahren war die rot-weiße Harmonie durch das überschießende Zahnfleisch meist wieder gestört. Später habe ich gelernt, dass auch der Knochen für eine chirurgische Kronenverlängerung in die Behandlung mit einbezogen werden muss. Ich improvisierte damals eine verschärfte Küretta ge mit kleinen Scalern und Rosenbohrern unter intrasulkulärer Schnittführung. Mit den Schallspitzen von Komet gibt es jetzt endlich Qualitätsinstrumente, die diese Indikation perfekt bedienen. Risiken wie eine Rezessions- oder Narbenbildung sind mit ihnen ausgeschlossen.

Für welche typischen Indikationen greifen Sie zu den Schallspitzen?

Sobald die biologische Breite infolge einer Überpräparation verletzt wurde, d. h. der Kronenrand zu nah am Knochen ist, ein unsymmetrischer Arkadenverlauf oder ein sog. Gummy-Smile vorliegt.

Beschreiben Sie bitte, wie sich die Form der SFS120-Schallspitze auf das Instrumentieren auswirkt!

Sie müssen sich die Schallspitzen wie eine abgeflachte Kugel vorstellen. Sie sind sowohl zum Zahn als auch zur Gingiva hin glatt poliert und nur am dünnen crestalen Ende diamantiert. Das erzeugt eine sehr effektive knöcherne Reduzierung und ich kann eine kontrollierte Osteoplastik am buccalen Knochen vornehmen, ohne die Weichteile dabei zu traumatisieren. SFS120 wurde für die Knochenbearbeitung im Frontzahnbereich konzipiert, die um 90° gedrehten Varianten SFS121 und SFS121 für den Approximalbereich. Sie finden ihren praktischen Einsatz besonders in Richtung Zahnzwischenraum, z. B. buccal nach interdental, also bei Kronenversorgungen im Seitenbereich, wo der Kronenrand oft zu nah am Knochen ist.

Wie setzen Sie die Schallspitzen in Ihrer Praxis ein?

Nachdem ich die biologische Breite gemessen habe, erfolgt die Planung mittels Mock-up, Wax-up oder Schablone. Für den eigentlichen Eingriff zeichne ich mir den geplanten Verlauf mit wasserfestem Filzstift direkt auf die Gingiva. Nach der Gingivakorrektur nehme ich die Osteotomie durch leichtes Schwenken der Schallspitze nach mesial und distal vor. Der Griff zu den Schallspitzen geschieht in unserer Praxis inzwischen fast beiläufig, sie sind schnell auf alle gängigen Schallhandstücke



Abb. 1: Ausgangssituation



Abb. 2: Ausgangssituation Prothese



Abb. 3: Planung der Eckzahn-Arkaden



Abb 4: Gingivektomie an Zahn 13



Abb 5: Planung der rot-weißen Korrektur an den Zähnen 11 und 21



Abb. 6: Zahn nach Gingivektomie

gesteckt. Ein wichtiger Tipp für die Kollegen: Um keine Stufen entstehen zu lassen, muss der Behandler lernen zu differenzieren, wann er die Maßnahme durch den Parodontalspalt vornehmen kann oder wann er tatsächlich aufklappen muss. Auch muss er lernen, den Knochen erst auszudünnen, bevor er ihn reduziert, ansonsten werden die Stufen wulstig.

Wie empfinden die Patienten den Einsatz des Schallinstruments?

Ehrlich gesagt, nehmen die Patienten die Maßnahme per Schall während der Behandlung fast nicht wahr. Wenn ich das Provisorium vorab vernünftig geplant habe, kann ich meinen Patienten gleich nach der Sitzung ein eindrucksvolles



Abb. 7: Intrasulkuläre Schnittführung an Zahn 11



Abb. 8: Schallinstrument am Eckzahn



Abb. 9: Eine Woche postoperativ



Abb. 10: Zehn Wochen postoperativ

Ergebnis zeigen. Besonders wenn der Gingivaverlauf im Frontzahnbereich vorher extrem stufig war, fließen spätestens zu diesem Zeitpunkt oft die Freudentränen. Menschen, die nicht mehr daran glaubten, dass eine solche Ästhetik bei ihnen möglich ist, können jetzt wieder befreit lachen. Ein weiterer Aspekt, der positiv wahrgenommen wird: Da ich keinen „Kollateralschaden“ gesetzt habe und keine Naht benötigte, verläuft die Wundheilung sehr viel schneller. Zum Vergleich: Für die offene Methode müssen ja mindestens zwei Termine eingeplant werden.

Ihr Fazit?

Die Schallspitzen SFS 120–122 (Komet) erlauben eine minimalinvasive chirurgische Kronenverlängerung ohne Lappenbildung. Die biologische Breite kann somit ohne parodontalchirurgischen Eingriff wieder hergestellt werden – eine enorme Erleichterung für Behandler und Patient.

Ich bin dankbar, dass ich meinen Patienten diese minimalinvasive Lösung anbieten kann und das mit der entspannten Einstellung „Das machen wir mal eben mit!“ praktiziere. □

Dr. Jürgen Benz



Studium über die Bundeswehr an der Medizinischen Hochschule Hannover. Staatsexamen 1990, danach Truppenzahnarzt in Flensburg und Kropp, im Jahr 2000 Niederlassung in Bielefeld und Gründung der „Privatpraxis für Zahnheilkunde“, seit 2004 gemeinsam mit Dr. Karin Benz. Kontakt: www.drbenz.de

