



Zahn geschoben wird, sind bei zu eng anliegenden Kronen häufig nachträgliche Schleifkorrekturen bukkal notwendig. Vorsicht: Bei einer zu großen Krone tritt kein Schnappeffekt auf. Ist die Krone zu groß, kostet es sehr viel Zeit, sie so anzupassen, dass eine gute Retention erreicht wird. Falls eine Krone im Mund ausprobiert wurde, die jedoch nicht die richtige Größe hat, kann sie mit Dampf oder einer kalten Sterilisator-Lösung sterilisiert werden. Beim Anpassen des Kronenrandes muss die Krone häufig eingekürzt werden (mit der Schere oder einem Steinchen). Der Kronenrand sollte überall einen Abstand von etwa 1 mm zur Schmelz-Zement-Grenze aufweisen und dünn auslaufen. Um nach umfangreichem Einkürzen ein Schnappen über den Schmelzwulst zu gewährleisten, werden spezielle Konturierzangen (z.B. Triplex WF93, Kohler Medizintechnik; Kronenzange 800421, 3M Espe) verwendet. Nach dem Bearbeiten der Krone ist die zervikale Öffnung größer, so dass sie gebördelt werden sollte, um ihre retentive Kontur wiederzuerlangen. Mit Hilfe einer Bombierzange (Kronenzange 800112, 3M Espe) kann auch ein fehlender Approximalkontakt wieder hergestellt werden.

Einsetzen

Zur Überkronung eines präparierten Zahnes wird die Krone lingual platziert und über die Präparation zum bukkalen Rand geschoben. Es ist häufig ein „Klick“ zu hören, wenn die Krone über den gingivalen Unterschnitt an ihren Platz springt. Die Krone ist normalerweise mit etwas Druck einzusetzen. Vor dem Einsetzen muss in jedem Fall die Okklusion überprüft werden. Die letzte Arbeit vor dem Einsetzen ist die Politur.

Zementieren

Beim Zementieren sollte die Krone wieder von oral nach bukkal über den Zahn geschoben werden, so dass sich der überschüssige Zement heraus drückt. Falls kein Zement austritt, ist dies ein Zeichen für eine zu geringe Zementmenge, was zu einer frühzeitigen Lockerung der Krone führen kann. Die Zementreste werden sofort entfernt. Im Interproximalbereich kann ein Stück geknotete Zahnseide unterhalb des Kontaktpunkt-

bereichs verwendet werden, um den Zement aus dieser Region zu entfernen. Abschließend sollte die Okklusion noch einmal überprüft werden. Der Patient sollte darüber informiert werden, dass einige temporäre Gingivitis-Schmerzen auftreten können, wenn die Lokalanästhesie nachlässt.

Edelstahlkronen können durch das Anlöten einer

Öse aus Edelstahldraht an die bukkalen und lingualen Flächen Platzhalterfunktion übernehmen. Wenn die Platzhalterfunktion nicht mehr benötigt wird, kann die gelötete Drahtöse entfernt werden, die die Stahlkrone an Ort und Stelle hält, bis der Milchmolar entfällt.

Fazit

Das Einsetzen von vollkonfektionierten Milchzahnkronen ist eine wirtschaftliche und zuverlässige Behandlungsmethode bei Milchmolaren, die eine ausgezeichnete, schmerzfreie und komfortable Langzeitfunktion bieten kann. Die Anwendungstechnik lässt sich schnell erlernen und beherrschen. Solche Kronen können normalerweise in weniger als 15 Minuten eingesetzt werden, in kürzerer Zeit also, als für eine mehrflächige Restauration benötigt würde.

Bei großflächigen Läsionen stellt die konfektionierte Milchzahnkrone eine probate Alternative zur plastischen Versorgung dar. Erfolgreiche Langzeiterfahrungen zur Versorgung von Milchmolaren liegen heute vor (Abb. 1). So kalkulierte Professor Dr. Reinhard Hickel in einer Übersichtsarbeit die jährliche Verlustrate von konfektionierten Milchzahnkronen auf lediglich 4,3 Prozent (Hickel et al., 2005).

Prof. Dr. Norbert Krämer, Priv.-Doz. Dr. Roland Frankenberger,
Erlangen

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Norbert Krämer, Priv.-Doz. Dr. Roland Frankenberger,
Zahnklinik 1 Zahnerhaltung und Parodontologie,
Glückstraße 11,
91054 Erlangen

Literatur bei den Verfassern



Foto: Krämer

Abb. 1: Bei dem 9-jährigen Jungen mit Dentinogenesis imperfecta wurde der Zahn 75 mit einer konfektionierten Krone versorgt. Auch bei extrem ungünstigen Verhältnissen (s. Zahn 74, der kurz vor der natürlichen Exfoliation steht und zunächst adhäsiv mit einer Kompositkrone versorgt wurde) haben konfektionierte Milchzahnkronen eine günstige Prognose.