



Ausstempeln eines Backenzahnes nach der Steinmann-Pin-Methode

Diese Methode kommt zum Einsatz, wenn der betroffene Zahn oral nicht extrahiert werden kann, weil er beispielsweise auf Gingivaniveau frakturiert oder die Krone marode ist. Verursacht ein solcher Zahn keine Sinusitis, sind die Vorteile einer Zahnextraktion und die Risiken einer Trepanation genau abzuwägen.

- Zunächst wird die Gingiva des betroffenen Zahns mit dem Gingivaseparator und Molarfragmentelektor abgelöst und der Zahn oral mit Zahnspreizer und Luxatoren weitmöglichst gelockert (S. 100ff.).
- Die Lokalisation der Trepanation ist so zu wählen, dass sich die Öffnung über der Wurzel des zu extrahierenden Zahnes befindet. Dazu werden zwei gleich lange Luxatoren an die rostrale Approximalfäche des Zahnes gehalten, wobei sich einer der Luxatoren sichtbar an der Außenseite, der andere im Maul an der Innenseite der Backe befindet (Abb. 12.8).



Abb. 12.8 Für die Lokalisation der Trepanation werden mit zwei gleich langen Luxatoren die rostrale und kaudale Approximalfäche des zu extrahierenden Zahnes aufgesucht. Von außen werden diese Stellen mit Hautklammern gekennzeichnet, um röntgenologisch zu prüfen, ob der geplante Trepanationsort über der richtigen Wurzel sitzt.



Abb. 12.9 Röntgenologische Kontrolle der korrekten Lage des Steinmann-Pins. Zu erkennen ist die Markierung des Trepanationsortes mit Hautklammern. Mit den Klemmen werden die Wundränder offen gehalten.

- Die gewählte Lokalisation wird mit Hautklammern markiert und mit der kaudalen Approximalfäche des Zahnes ebenso verfahren.
- An der geplanten Trepanationsstelle wird ein Stück Draht oder eine Kanüle angeklebt, damit die Lokalisation röntgenologisch überprüft werden kann (Abb. 12.9). Zu beachten ist dabei, dass die Aufnahme orthograd angefertigt wird.



Die Backe mit den röntgendichten Hautklammern kann sich verschieben, wenn bei geöffnetem Maul gemessen und bei geschlossenem Maul geröntgt wird.

- Der modifizierte Steinmann-Pin wird so in die Trepanationsöffnung eingeführt, dass das Gewinde auf den Alveolarfundus des erkrankten Zahnes trifft.
- Die korrekte Lokalisation des Pins wird röntgenologisch überprüft. Dabei ist nur die rostrokaudale Ebene zu beurteilen. Die mediolaterale Ebene kann röntgenologisch nur schwer erfasst werden. Hier ist das Augenmaß des Chirurgen gefragt.
- Mit mäßigen Hammerschlägen wird nun der Zahn ausgemeißelt. Ein Assistent kann mit der Hand in die vom Maulgatter geöffnete Maulhöhle greifen und ertasten, ob die Erschütterungen der Hammerschläge den richtigen Zahn treffen. Sollte der Pin nicht auf einer Zahnwurzel sitzen, ertönt bei den Hammerschlägen ein dumpfer Schall.
- Eine Änderung der Tonqualität kündigt den baldigen Erfolg der Repulsion an. Zwischendurch sollte kontrolliert werden, ob der Zahn bereits oral entnommen werden kann.