

Plastische Parodontalchirurgie – Rezessionsdeckung

Autor_Dr. Mark Thomas Sebastian

Freiliegende Zahnhäse empfinden die betroffenen Patienten heutzutage immer mehr als ästhetische Beeinträchtigung. Für die Deckung der entblößten Wurzeloberflächen entwickelte man chirurgische Techniken, allerdings mit unterschiedlichen Erfolgsraten und Prognosen.

Die American Academy of Periodontology (1996) definiert die plastische Parodontalchirurgie als chirurgisches Verfahren zur Prävention oder Korrektur von anatomischen, erworbenen, traumatischen oder durch Plaque induzierte Defekte der Gingiva, der Alveolarmukosa oder des Knochens. Die „Plastische Parodontalchirurgie“ umfasst die mukogingivale parodontale Chirurgie, im Besonderen die Rezessionsdeckung (Miller 1996).

Ätiologie

Bei der Entstehung einer Rezession spielen besondere morphologische und anatomische Gegebenheiten des Alveolarknochens am betroffenen Zahn eine Rolle. Der facial über der Wurzel liegende Alveolarknochen ist meist sehr dünn. Häufig ist die Wurzel an diesen Stellen nicht mit Knochen bedeckt (Dehiszenz) oder weist Fenestrierungen des bedeckenden sehr dünnen Knochens auf. Iatrogene Ursachen, wie trau-

matisches Zähneputzen (Mirau und Fiebig 1986, 1987), kieferorthopädische Behandlung mit übermäßiger fazialer Zahnbewegung (Foushee et al. 1985; Wennström et al. 1987a) und zu häufiges parodontales Scaling (Wolf und Rateitschak 2004) führen dann zu Rezessionen. Funktionsstörungen in Form von Bruxismus werden als Ursache kontrovers diskutiert. Eine okklusale Diskrepanz scheint jedoch nicht zu einer Rezession zu führen (Harrel und Nunn 2004). Die Indikation für eine operative Rezessionsdeckung ist oft eine Hypersensibilität der freiliegenden Zahnhäse. In Betracht kommt auch die Kariesprophylaxe der anfälligen Wurzeloberflächen. Mit einer präprothetischen Deckung der Rezession werden überextendierte Kronen vermieden. Rezidivierende mukogingivale Defekte, wie Stillman-Spalten und Schleimhauterosionen, sind ebenfalls eine Indikation. Häufig aber wünscht auch der Patient, die optisch störenden langen Zähne ästhetisch korrigieren zu lassen.

Miller Klasse I Die Rezession reicht nicht bis zur mukogingivalen Grenze. Interdentales Gewebe ist nicht verloren. Eine vollständige Wurzelabdeckung wird erwartet. Prognose:

sehr gut.

Miller Klasse II Die Rezession überschreitet die mukogingivale Grenze. Approximales Gewebe ist nicht betroffen. Eine weitgehende Wurzelabdeckung kann erreicht werden.

Miller Klasse III Die Rezession reicht bis in die Mukosa. Ein approximaler Gewebeverlust schließt die vollständige Abdeckung der Wurzeloberfläche aus, partielle Deckung möglich.

Miller Klasse IV Die Rezession, die über die mukogingivale Grenze reicht, mit einem gleichzeitigen Weich- wie Hartgewebeverlust, lässt eine Bedeckung der Wurzeloberfläche nicht erwarten.

