

Orthodontische Therapie bei Erwachsenen mit parodontalen Destruktionen

Autoren _ Priv.-Doz. Dr. med. dent. Nezar Watted, DMD, DDS, Dr. med. dent. Muha Biadsee



_ In aller Regel sieht sich der Kieferorthopäde nicht nur mit der Problematik eines konservierend und prothetisch versorgten Gebisses, sondern lokalisierten bzw. generalisierten parodontalen Destruktionen und/oder marginalen Parodontitiden konfrontiert. Über die Notwendigkeit eines gesunden Parodontiums als Voraussetzung für orthodontische Zahnbewegungen besteht in der kieferorthopädischen Fachwelt keinerlei Zweifel, so-

da eine sorgfältige parodontale Diagnose und Vorbehandlung bei entsprechenden Patienten zur „conditio sine qua non“ geworden ist.

Der vorliegende Artikel beschreibt eine kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten mit parodontalen Destruktionen und den Ablauf der obligatorischen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten zahnärztlichen Fachdisziplinen, die nötig ist, um ein möglichst optimales Resultat hinsichtlich Funktion, Stabilität und der zumeist ästhetikkorrelierten Zufriedenheit des Patienten zu erreichen.

Der Anstieg an Erwachsenenbehandlungen konfrontiert den Kieferorthopäden mit Fragestellungen, die orthodontische Zahnbewegungen in parodontal geschädigte Bereiche betreffen. Einer der Symptome bei dem parodontal geschädigten Gebiss ist die labiale Kippung der Frontzähne und die Entstehung von Lücken. Diese können zu einer Fehlfunktion (z. B. erschwerter Mundschluss) führen, die die dentale Dysgnathie noch zusätzlich verstärken können (Abb.1 a-c).^{12,14}

Die Planung orthodontischer Maßnahmen erfordert entsprechend in der Erwachsenenbehandlung neben den routinemäßig angefertigten Unterlagen sowie einem sowohl klinisch als auch röntgenologisch erhobenen Parodontalstatus auch die Abklärung typischer Fehlfunktionen. Zahnbewegungen im parodontal geschädigten Gebiss sind riskant, da die Gefahr eines fortschreitenden Abbaus des Zahnhalteapparates und/oder Wurzelresorptionen drohen.^{7,8,11,17}

Geraci et al.^{6,7} haben in Untersuchungen, bei denen Zähne in entzündungsfreie Parodontaldefekte hineinbewegt wurden, festgestellt, dass sich sogar neues bindegewebiges Attachment an der Wurzeloberfläche bilden kann. Untersuchungen von Polsen et al. zeigten, dass die Zahnbewegung in Richtung eines Knochendefektes bzw. durch diesen hindurch zu der erwarteten Verkleinerung des Defektes führt. Durch histologische Untersuchungen konnte aber nachgewiesen werden, dass aus der orthodontischen Zahnbewegung lediglich ein langes epitheliales Attachment resultiert; das Epithel wurde durch die Zahnbewegung in der Knochen tasche komprimiert, sodass eine Schicht zwischen der Wurzeloberfläche und dem Alveolarkno-

Abb. 1 a-c _ Patientin vor und nach der Entstehung der dentalen Dysgnathie auf Grund einer Parodontalerkrankung.
a: Zustand vor der Entstehung der Lücken in der Oberkieferfront.
b, c: Zustand derselben Patientin nach der eingetretenen Parodontalerkrankung; Extrusion und labiale Kippung der Oberkieferfront mit Bildung eines typischen parodontal-destruktiv bedingtem Diastemamediale.

Abb. 2 Schematische Darstellung einer Zahnbewegung in einen infraalveolären Defekt; das Epithel wird durch die Zahnbewegung in der Knochen tasche komprimiert, sodass eine Schicht zwischen den Wurzeloberflächen und dem Alveolarknochen entsteht.

_ Einleitung

Der Anstieg an Erwachsenenbehandlungen konfrontiert den Kieferorthopäden mit Fragestellungen, die orthodontische Zahnbewegungen in parodontal geschädigte Bereiche betreffen. Einer der Symptome bei dem parodontal geschädigten Gebiss ist die labiale Kippung der Frontzähne und die Entstehung von Lücken. Diese können zu einer

