

Wie ändert sich die **Gesichts-ästhetik** bei Veränderung der skelettalen Strukturen?

Autoren Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Josip Bill, Dr. med. dent. S. Benjamin, Dr. med. dent. O. Blanc

_Einleitung

Zu den Hauptaufgaben der Kieferorthopädie gehört neben der Diagnose vor allem die Indikationsstellung zur kieferorthopädischen Behandlung, bei der neben der Notwendigkeit der Behandlung ihre Erfolgsprognosen zu bewerten sind.

Die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung ergibt sich aus

1. anatomisch bedingten Fehlfunktionen; dazu gehören Mastikations-, Atem- und Sprachbildungsstörungen,
2. Fehlbelastung der parodontalen und artikulären Gewebe,
3. Erschwerung der Mundhygiene sowie
4. ästhetischen Defiziten und dadurch bedingter psychosozialer Störung.

Als Ziel der Behandlung gilt in der Kieferorthopädie die Schaffung einer korrekten Interdigitation und funktionstüchtigen Okklusion, eine verbesserte Parodontalgesundheit, verbunden mit einer angemessenen dentofazialen Ästhetik. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der korrekten Okklusion, da man bisher davon ausging, dass eine gute Okklusion auch mit einer brauchbaren fazialen Ästhetik verbunden sei. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Der Satz „Was gut ist, ist auch schön“ lässt sich als Richtlinie für eine kieferorthopädische Behandlung nicht aufrechterhalten.

Während Dysgnathien geringen Umfangs durch rein dentoalveoläre Maßnahmen ausgeglichen werden können, stellt sich bei ausgeprägten sagittalen Diskrepanzen die Frage, wie diese erfolgreich behandelt werden können.

Für die Therapie skelettaler Dysgnathien wie z. B. Klasse II-Dysgnathien bestehen in Abhängigkeit der Wachstumsphase, der Ausprägung der Dysgnathie und anderer Faktoren prinzipiell mehrere Therapieansätze. Dazu gehören z. B. die Wachstumsbeeinflussung^{17, 22, 25, 26, 32} oder der dentoalveoläre Ausgleich.¹²

Sollten diese die Behandlungsziele nicht erfüllen, ist eine Dysgnathiebehandlung nur durch eine kombiniert kieferorthopädisch- kieferchirurgische Therapie möglich.^{1, 24}

Für die korrekte Diagnose, die fallspezifische Festlegung der angestrebten Behandlungsziele und die individuelle Behandlungsplanung sind neben sachgemäß angefertigten Unterlagen (wie Fotostataufnahmen, OPG, FRS, Funktionsanalyse, Modelle) eine gründliche klinische Untersuchung und eine ausführliche Anamnese nötig, durch die unter anderem das Anliegen und die Motive des Patienten für die Behandlung ermittelt werden müssen.

Die Untersuchungen von Flanary und Mitarbeiter¹¹ und Kiyak und Mitarbeiter¹³ bezüglich Motiv, Erwartung und Zufriedenheit weisen darauf hin, dass

Abb. 1a-c_a: Skelettale Einteilung des Gesichtes in der Vertikalen, die Relation zwischen dem Mittel- und Untergesicht in Bezug auf die Spina nasalis anterior (N-Sna: Sna-Me) beträgt 45% zu 55%.

b: Die vertikale Einteilung des Gesichtes zwischen Gl' und Me' im FRS in Bezug auf die Horizontalebene (HP); die harmonische Relation von oberer N'-Sn (Upper facial height: UFH) zu unterer Gesichtshöhe Sn-Me' (Lower facial height: LFH) beträgt 50% zu 50%.

c: Vertikale Einteilung des Untergesichtes (Sn-Me'). Das Verhältnis der Oberlippe (Sn-Stm bzw. Stms) zur Unterlippe und dem Kinn (Stm bzw. Stms-Me') beträgt in Ruheschwebelage 1:2.

