

Plastische Parodontalchirurgie

Die Behandlung von freiliegenden Wurzeloberflächen wird immer häufiger von Patienten aus ästhetischen Gründen gefordert. Verschiedene chirurgische Techniken sind für die Deckung entblößter Wurzeloberflächen vorgeschlagen worden, mit unterschiedlichen Erfolgsraten und Vorhersagbarkeiten. Die Methoden, um freiliegende Wurzeloberflächen zu decken, sind in den letzten Jahren verfeinert worden. Insbesondere werden mit subepithelialen Bindegewebs-transplantaten und mit Membranen (GTR) gut vorhersagbare Ergebnisse erzielt.

DR. MARK THOMAS SEBASTIAN/MÜNCHEN

Der Begriff „Plastische Parodontalchirurgie“ wurde erstmals von MILLER (1988) verwendet zur Beschreibung von mukogingivaler parodontaler Chirurgie bei Rezessionsdeckungen als häufigste Indikation. Weiter wurde die Plastische Parodontalchirurgie von der American Academy of Periodontology (1996) definiert als chirurgisches Verfahren, das durchgeführt wird zur Prävention oder Korrektur von anatomischen, erworbenen, traumatischen oder durch Plaque induzierten Defekte der Gingiva, der Alveolarmukosa oder des Knochens.

Ätiologie

Bei der Entstehung einer Rezession stehen besondere morphologische und anatomische Gegebenheiten des Alveolarknochens des betroffenen Zahnes im Vordergrund. Der fazial 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.

Exogene Ursachen führen dann zu Rezessionen, wie traumatisches 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). Dabei spielt auch Zug der beweglichen Schleimhaut, durch nah am Margo einstrahlende Bänder (Frenula) eine Rolle. Auch geringe, klinisch kaum sichtbare, chronische Entzündungen (WENNSTRÖM et al. 1987a) führen zu Rezessionen. Funktionsstörungen in Form von Bruxismus werden als Ursache kontrovers diskutiert. Eine okklusale Diskrepanz scheint nicht zu einer Rezession zu führen (HARREL und NUNN 2004).

Die Indikation für eine operative Rezessionsdeckung ist oft eine Hypersensibilität der freiliegenden Zahnhälse. In Betracht kommt auch die Kariesprophylaxe der anfälligen Wurzeloberflächen. Durch eine mukogingivale Korrektur werden auch die Putzmöglichkeiten verbessert. Häufig ist es der Wunsch des Patienten, die optisch störenden langen Zähne ästhetisch korrigieren zu lassen. Durch eine Rezessionsdeckung wird abhängig vom Verfahren das klinische Attachment vermehrt.

Klassifikation nach Miller

MILLER (1985) stellte eine Klassifikation der Gingivarezessionen auf, um die Behandlungsplanung und Prognose zu erleichtern.

Klasse 1: Die Rezession reicht nicht bis zur mukogingivalen Grenze. Interdentales Gewebe ist nicht verloren. Eine vollständige Wurzelabdeckung wird erwartet. Prognose: sehr gut.

Klasse 2: Die Rezession überschreitet die mukogingivale Grenze. Approximales Gewebe ist nicht



Abb. 1: Karies an der Wurzeloberfläche bei einer tiefen Rezession.

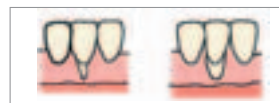


Abb. 2: Miller Klasse 1.

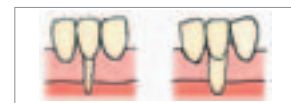


Abb. 3: Miller Klasse 2.



Abb. 4: Miller Klasse 3.



Abb. 5: Miller Klasse 4.