

# Plastische parodontale Chirurgie

*Die plastische Weichgewebschirurgie ist heute ein fester Bestandteil in der Parodontologie und Implantologie, um ein stabiles und ästhetisch-funktionelles Resultat sicherzustellen.*

*Verschiedene ätiologische Faktoren spielen bei der Entstehung von Rezessionen eine Rolle.*

*Dazu gehört der allgemeine parodontale Zustand, die Dicke der keratinisierten Gingiva/Mukosa, die Zahn- und Implantatposition im Verhältnis zum Alveolarkamm, sowie restaurative Faktoren.*

DR. MED. DENT. TORSTEN WALLERIUS M.S.D./FRANKFURT AM MAIN

Mithilfe der plastischen Weichgewebschirurgie kann das Zusammenspiel zwischen klinischer Krone und dem angrenzenden Weichgewebe verbessert werden. Da das Weichgewebe dem Hartgewebe folgt, ist häufig eine Kombination aus Guided Tissue/Bone Regeneration (GTR/GBR) und Soft Tissue Management notwendig, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.

## Definition und Klassifikation

Ursprünglich war die Weichgewebschirurgie ein Mittel, die bestehende Gingiva zu erhalten, artifizielle Bänder oder Muskelzüge zu entfernen und das Vestibulum zu vertiefen (FRIEDMAN, 1957). Unter dem Begriff der „Mukogingivalen Chirurgie“ (FRIEDMAN, 1957) wurden viele parodontale Eingriffe eingeführt und sind definiert als plastisch-chirurgische Eingriffe zur Korrektur der Morphologie, Position und/oder des Angebots von Gingiva um Zähne herum (Glossary of Periodontal Terms, 1992). MILLER (1993) führte den Begriff der „Parodontal Plastischen Chirurgie“ ein, da eben auch die Korrektur des Alveolarfortsatzes und die Ästhetik des Weichgewebes angestrebt wird. Definitionsgemäß sind dies „chirurgische Eingriffe, um anatomische, entwicklungsbedingte, traumatische oder krankheitsbedingte Defekte der Gingiva, der alveolären Mukosa oder des Knochens zu korrigieren oder zu verhindern“ (Proceedings of the World

Workshop in Periodontics, 1996). Durch die Erweiterung ist eben nicht nur die Weichgewebsaugmentation, sondern auch die Regeneration von Knochen mit einbezogen. Eine klare Trennung zwischen Hart- und Weichgewebsmanagement ist nicht mehr gegeben. Ähnliches gilt für die plastische Chirurgie an Zähnen und Implantaten, obwohl hier von völlig verschiedenen Strukturen auszugehen ist. Seit 1999 fallen Rezessionen unter den Formenkreis der „Mucogingival Deformaties and Conditions“ und sind definiert als: Abweichung von der Norm bezüglich der Dimension und Morphologie und/oder der Beziehung zwischen Gingiva und Mukosa (International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions, 1999).

Die Klassifikation von Rezessionen hat nicht nur diagnostisch einen großen Stellenwert. Die international wohl am häufigsten verwendete stammt vom Priv.-Doz. Miller. Wichtig für den Kliniker ist, dass es sich um eine Klassifikation handelt, die auf die Prognose, eine Deckung zu erreichen, ausgelegt ist (MILLER, 1985) (Tab. 1).

## Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie

Die Frage, warum sich Rezessionen ausbilden oder welche Faktoren dafür verantwortlich sind, wird schon seit Jahrzehnten diskutiert und ist bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Es gibt zu viele Faktoren und auch Inter-

		Klassifikation nach Miller
	I	Kl. I Rezession reicht nicht bis zur mukogingivalen Grenzlinie, kein interdentaler Knochen- und Weichgewebsverlust. Breit oder schmal.
	II	Kl. II Rezession reicht bis oder über die mukogingivale Grenzlinie, kein interdentaler Knochen- und Weichgewebsverlust. Breit oder schmal.
	III	Kl. III Rezession reicht bis oder über die mukogingivale Grenzlinie, interdentaler Knochen- und/oder Weichgewebsverlust, ggf. liegt eine Zahnfehlstellung vor.
	IV	Kl. IV Rezession reicht bis oder über die mukogingivale Grenzlinie, genereller Verlust des Alveolarknochens und interdentalen Weichgewebe, oder es liegt eine schwere Zahnfehlstellung vor.

(Quelle: Miller, 1985)

Tab. 1