

Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie

Übersicht verschiedener Operationstechniken

Rezessionen können sowohl bei guter als auch bei schlechter Mundhygiene entstehen. Sie stellen häufig für die Patienten ein ästhetisches Problem dar, oder gehen mit Überempfindlichkeiten der Zahnhäse einher, was gleichzeitig die beiden Hauptindikationen für deren Behandlung darstellt. Die Rezessionsklassifikation nach Miller teilt die Defekte entsprechend deren Behandlungsprognose ein. So kann bei Rezessionen der Klassen I und II eine vollständige Rezessionsdeckung, bei Klasse III- und IV-Defekten nur eine unvollständige bzw. überhaupt keine Deckung erwartet werden. In dem Artikel wird eine Übersicht über verschiedene Operationstechniken gegeben. Außerdem wird auf die zu erwartenden Ergebnisse und Langzeitprognosen der verschiedenen Techniken eingegangen.

Dr. med. dent. Florian Rathe, Prof. Dr. med. dent. DMD, MS, PhD Anton Sculean/Nijmegen, Niederlande

■ Laut Definition handelt es sich bei Rezessionen um eine apikale Lokalisation des Gingivasaums in Bezug auf die Schmelzzementgrenze, wodurch es zu einer Exposition des Wurzelzementes kommt. Rezessionen entstehen sowohl bei guter als auch bei schlechter Mundhygiene.

Ätiologie

Bei der Ätiologie von Rezessionen unterscheidet man zwischen anatomischen Anomalien und äußeren Einflüssen.

Anatomische Anomalien umfassen prominente Wurzeln im Zahnbogen, bedingt z.B. durch ektopischen Zahndurchbruch oder labialer Achsneigung der Zähne, was zu dünnen bukkalen Knochenwänden bis hin zu Fenestrationen des bukkalen Knochens führen kann. Weiterhin wird der hohe Ansatz von Frenula und Muskelzügen zu den anatomischen Anomalien gezählt.

Bei den äußeren Einflüssen unterscheidet man wiederum zwei weitere Untergruppen, die in Tabelle 1 dargestellt sind, gemäß ihrer Ätiologie.

Indikation

Die Hauptindikationen für die Rezessionsdeckungen sind ästhetisch/kosmetische Ansprüche des Patienten und sensible, freiliegende Zahnhäse. Des Weiteren können auf diese Weise oberflächliche Kariesläsionen der freiliegenden Wurzeloberfläche vor dem Fortschreiten gehindert werden. Eine Erleichterung der Plaquekontrolle für den Patient zählt ebenfalls zu den häufig gestellten Indikationen.

Bei Kindern, die sich noch im Wachstum befinden, sowie vor kieferorthopädischer Behandlung, bei der es zu einer Lingualbewegung der betreffenden Zähne kommt, sollte eine abwartende Haltung eingenommen werden.

Es sollte an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Hauptursachen für Rezessionen traumatisches Zähneputzen und plaqueinduzierte parodontale Entzündungen darstellen. Die Kontrolle dieser beiden Faktoren verhindert in den meisten Fällen ein Fortschreiten der gingivalen Rezession. Dies bedeutet, dass Patienten mit dünner Gingiva (ob mit oder ohne bestehenden Rezessionen) zu einer guten, gleichzeitig jedoch auch schonenden Mundhygiene geschult werden sollten.

Klassifikation

Miller (1985) hat eine Klassifikation entwickelt, die auf den zu erreichenden Ergebnissen der Rezessionsdeckung beruht.

Miller-Klasse I: Die Rezession reicht nicht bis an die Mukogingivalgrenze und es liegt kein interdentaler Verlust von parodontalem Gewebe vor (Abb. 1).

Miller-Klasse II: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ebenfalls kein Verlust von parodontalem Gewebe im Approximalraum vor (Abb. 2).

Miller-Klasse III: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ein Verlust von Knochen oder Weichgewebe im Approximalraum vor. Das interdental Weichgewebe liegt apikal der approximalen Schmelzzementgrenze, jedoch koronal des bukkalen Gingivasaums (Abb. 3).

Miller-Klasse IV: Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus mit einem starken Knochen- und Weichgewebsverlust im Approximalraum. Das interdental Weichgewebe liegt apikal des bukkalen Gingivasaums (Abb. 4).