

Update mukogingivalchirurgischer Eingriffe in der Parodontologie

Der wichtigste Punkt für die Wahl der richtigen Therapieform ist die exakte Diagnose der jeweils vorliegenden Ausgangssituation. Generell lassen sich entzündliche von entzündungsfreien Ursachen für das Auftreten gingivaler Rezessionen unterscheiden. Erstgenannte gehen meist einher mit Parodontitis und treten somit als Folge parodontalen Knochenabbaus. Die Therapie der Parodontitis steht hier an erster Stelle.



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c

Als bedeutendster Faktor für das Entstehen einzelner und multipler Rezessionen (Fall 1) ist eine aggressive, traumatische Putztechnik mit einer harten Zahnbürste zu werten.^{1,2} Bei dieser „klassischen“ Putzdefekt-Rezession kommt es in der Regel fazial zu einem meist entzündungsfreien Rückgang der marginalen Gingiva ohne Verlust der Interdentaltapille. Grundsätzlich muss bei den ersten Anzeichen einer Rezessionsbildung oder von keilförmigen Defekten von

einer solchen fehlgerichteten Putztechnik ausgegangen werden und durch entsprechende Hygieneunterweisung und Training dieses Verhalten geändert werden, da es sonst – auch nach einer erfolgreichen Therapie – sehr rasch zu einem Rezidiv der Rezession kommen kann. Ein weiterer häufig vorkommender ätiologischer Faktor für die Entstehung von gingivalen Rezessionen ist der Zug der beweglichen Schleimhaut, sowie der Frenulum – oder Muskelzug.³ Diese Form

der Rezession kann ebenfalls nur dann dauerhaft erfolgreich therapiert werden, wenn die Ursache, also das Fehlen keratinisierter Schleimhaut (Fall 2), sowie der Muskelzug – oder Frenulum mit korrigiert wird (Fall 3). Hierfür sind zahlreiche Techniken in der Literatur beschrieben worden. Faziale knöchernen Dehiszenzen stellen einen weiteren wichtigen ätiologischen Faktor für die Entstehung von Rezessionen dar. Solche Dehiszenzen können durch eine Zahnfehlstellung nach fazial, also aus dem knöchernen Alveolarkamm heraus, oder durch Parafunktionen wie Bruxismus entstehen, wobei die sehr dünne, bukkale kortikale Knochenwand resorbiert wird. Hierbei gibt der Verlauf des Alveolarknochens über die biologische Breite die Position der Gingiva vor und es kommt fazial zu gingivalen Rezessionen.^{4,5} Dies kann genetisch bedingt sein oder infolge von kieferorthopädischen Maßnahmen, besonders bei der Behandlung von Angle Klasse III-Patienten entstehen (Fall 4).^{6,7} Eine Zusammenfassung der wichtigsten ätiologischen Faktoren für das Auftreten von gingivalen Rezessionen ist in Tabelle 1 dargestellt. Anhand dieser ätiologischen Faktoren ist auch eine Identifizierung von Parametern zur Erkennung möglicher Risikopatienten für das Auftreten von gingivalen Rezessionen möglich (Tabelle 2).



Abb. 3a



Abb. 3b



Abb. 3c

Klassifikation gingivaler Rezessionen

Es gibt in der Literatur eine Vielzahl von Falldokumentationen, die verschiedene Techniken und verschiedene Erfolgsquoten für die Deckung gingivaler Rezessionen beschreiben. Problematisch war jedoch der Vergleich dieser Ergebnisse, weil keine einheitliche Klassifikation der Rezessionen vorlag. 1985 hat P.D. Miller eine Bewertung der Rezessionen vorgestellt⁸, die einerseits eine genaue Beschreibung des Stadiums einer Rezession beschreibt, und darauf

basierend eine relativ verlässliche Vorhersage des Behandlungsergebnisses ermöglicht (Tabelle 3).

Indikationen zur Durchführung mukogingivalchirurgischer Maßnahmen

Eine gingivale Rezession stellt zwar immer einen mehr oder weniger ausgeprägten lokalen Attachmentverlust dar. Grundsätzlich kann jedoch postuliert werden, dass kein Zahn nur durch eine Rezession verloren geht. Eine „zahnerhaltende“ Indikation zur Deckung einer Rezession gibt es somit nicht. Es kann und muss durch intensive Aufklärung der klinisch-morphologischen Situation dazu beigetragen werden, den Patienten über die tatsächliche klinische Relevanz dieser für ihn bedrohlich erscheinenden Veränderung aufzuklären, um einen chirurgischen Eingriff zu vermeiden. Wenn dies nicht möglich ist, dann kann ein chirurgischer Eingriff auch dazu beitragen, die wesentlich wichtigeren Indikationen zur Deckung gingivaler Rezessionen zu erfüllen, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Ziel der Rezessionsdeckung

Eine 100%ige Rezessionsdeckung ist nur möglich, wenn

die Interdentaltapille und der interdentale Knochen komplett erhalten sind, also bei dem Vorliegen einer Miller-Klasse I oder II. Trotzdem kann durchaus der Versuch unternommen werden, auch bei Bestehen einer Miller-Klasse III oder IV

eine ästhetische Verbesserung zu erzielen, jedoch sollte der Patient über das eingeschränkte Resultat im Vorwege informiert sein. Eine Rezessionsdeckung darf natürlich nicht mit einer entsprechenden Zunahme der Sondierungstiefe oder dem Auftreten einer Sondierungsblutung erkaufte werden. Vielmehr sollte Ziel der Behandlung sein, das Attachmentniveau um den Zahn herum zu verbessern. Die Sondierungstiefe sollte somit gleich bleiben oder durch das Verfahren sogar reduziert werden können. Unabhängig vom entstehenden Attachment über der Rezession sollte das Resultat langfristig stabil bleiben. Da die Verbesserung der gingivalen Ästhetik heutzutage die wohl wichtigste Indikation für eine Rezessionsdeckung darstellt, sollte sich das neu geschaffene Gewebe farblich und morphologisch gut in die umliegenden Gewebstrukturen einpassen. Es sollten keine Narbenzüge entstehen und das gingivale Gewebe sollte eine Stippelung, hervorgerufen durch inserierende Kollagenfasern, aufweisen. Eine Übersicht über die Kriterien einer erfolgreichen Rezessionsdeckung ist in Tabelle 5 dargestellt.

Ätiologische Co-Faktoren für die Entstehung gingivaler Rezessionen	
a) entzündungsfreie Faktoren	
Traumatische Zahnputztechnik	
Kieferorthopädische Behandlungen mit Zahnbewegung nach fazial	
Knöchernen Dehiszenzen und Fenestrationen durch Zahnfehlstellung oder Parafunktionen	
Zug der beweglichen Schleimhaut, Frenula	
Fortgesetzte mechanische Irritation bei aggressivem Scaling	
Mechanische Traumata (z.B.: Unfall, Piercing)	
b) entzündungsbedingte Faktoren	
Nach Therapie einer fortgeschrittenen Parodontitis	
Altersinvolution mit Verlust der marginalen und interdentalen Gingiva	

Tabelle 1

Parameter für die Identifizierung von Risikopatienten für die Entstehung gingivaler Rezessionen	
Gingivaler Biotyp	
Bukkale Knochenhöhe	
Vorhandensein und Höhe der keratinisierten Schleimhaut	
Kieferorthopädische Behandlungen mit Zahnbewegung nach fazial	
Zahnposition präkieferorthopädisch	
Zug der beweglichen Schleimhaut, Frenula	

Tabelle 2

Miller-Klassifikation gingivaler Rezessionen		
Stadium	Diagnose	Prognose
Miller-Klasse I	Rezession erreicht die MGG nicht, kein interdentaler Weichgewebsverlust und Knochenabbau	Rezessionsdeckung zu 100 % möglich
Miller-Klasse II	Rezession erreicht oder überschreitet die MGG, kein interdentaler Weichgewebsverlust und Knochenabbau	Rezessionsdeckung zu 100 % möglich
Miller-Klasse III	Rezession erreicht oder überschreitet die MGG, leichter interdentaler Weichgewebsverlust und Knochenabbau	Rezessionsdeckung partiell möglich
Miller-Klasse IV	Parodontaler Hart- (Knochen-) und Weichgewebsverlust um den ganzen Zahn herum	Rezessionsdeckung nicht möglich

Tabelle 3