

Marianne Stahl
Dr. med. dent.

Die Entwicklung mukogingivaler Dimensionen nach Deckung parodontaler Rezessionen mittels der gesteuerten Geweberegeneration mit einer bioresorbierbaren Membran

Geboren am 14.02.1968 in München
Reifeprüfung am 15.05.1987 in Königsbach/Baden
Studiengang der Fachrichtung Zahnmedizin vom SS 1991 bis SS 1997
Zahnärztliche Vorprüfung am 18.03.1994 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Staatsexamen am 30.07.1997 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Mund-Zahn-Kieferheilkunde
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. dent. H.-P. Müller

Techniken zur Deckung mukogingivaler Rezessionen erleben zur Zeit eine Renaissance. Aus präventiver Sicht erscheint es wünschenswert durch chirurgische Methoden der Wurzeldeckung eine Zunahme der Breite der keratinisierten Gingiva und eine Zunahme der Schleimhautdicke zu erreichen.

In der vorliegenden Studie wurden die Dimensionen der Gingiva während eines Jahres nach erfolgter chirurgischer Wurzeldeckung mittels der gesteuerten Geweberegeneration mit einer bioresorbierbaren Membran (Guidor[®]) beobachtet. Die Nachuntersuchungen erfolgten nach 3, 6, 9 und 12 Monaten. Es wurden im Rahmen dieser Studie 15 systemisch gesunde Patienten mit 32 Rezessionen der Miller-Klassen I bis III behandelt und nachuntersucht. Zur Schleimhautdickenmessung wurde ein Ultraschallgerät (SDM[®], Krupp Medizin Technik GmbH) verwendet, welches eine nichtinvasive Messung der Schleimhautdicke erlaubt. Die Sondiertiefen wurden mit einer druckkalibrierten elektronischen Parodontalsonde (Peri-Probe[®], Vivadent, Ellwangen) gemessen, und die verbleibende Rezessionstiefe und -breite sowie die Gingivabreite mit einer Schieblehre (Modell Zürich, Seitz & Haag) beurteilt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurde retrospektiv mit den Resultaten einer Vorläuferstudie verglichen, in der die Rezessionsdeckung mit Bindegewebstransplantaten und einer „Envelope-Technik“ erfolgte (Schorb 1998).

Zwölf Monate nach dem chirurgischen Eingriff waren 51 % der Rezessionstiefe und 13 % der Breite gedeckt. Die mittlere Rezessionstiefe verringerte sich von $2,85 \pm 1,29$ mm zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung auf $1,52 \pm 1,13$ mm nach 12 Monaten. Die mittlere Rezessionsbreite betrug zu Beginn der Studie $4,46 \pm 1,14$ mm und 12 Monate nach chirurgischer Deckung immer noch $3,97 \pm 1,87$ mm. Nach 12 Monaten betrug die Gingivabreite $1,70 \pm 0,80$ mm und blieb damit fast genauso breit wie präoperativ ($1,72 \pm 1,48$ mm). Die Schleimhautdicke stieg sowohl am Margo gingivae (SD1) als auch an der mukogingivalen Grenze (SD2) und der Alveolarmukosa (SD3) signifikant an. Zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung betrug die mittlere SD1 $0,82 \pm 0,27$ mm und 12 Monate nach dem Einbringen der Membran $1,03 \pm 0,40$ mm. Die mittlere SD2 stieg von $0,71 \pm 0,22$ mm auf $1,12 \pm 0,39$ mm und die mittlere SD3 von $0,73 \pm 0,27$ auf $1,18 \pm 0,38$ mm an. Ebenfalls signifikant war der Anstieg der Sondiertiefen nach dem mukogingivalchirurgischen Eingriff.

Die Ergebnisse einer multivariaten Regressionsanalyse zeigten deutlich, daß Oberkieferzähne am besten für eine Rezessionsdeckung mit bioresorbierbaren Membranen geeignet sind.

Prämolaren sind schlechter geeignet als Eckzähne und besser als Molaren. Im Oberkiefer wiederum war die Wurzeldeckung höher als im Unterkiefer, und Rezessionen der Miller-Klassen I und II waren für diese Methode eher geeignet als Rezessionen der Miller-Klasse III. Im Vergleich mit der Vorläuferstudie waren die Ergebnisse der Wurzeldeckung mit bioresorbierbaren Membranen deutlich schlechter als mit einem freien Bindegewebestransplantat und einem koronalem Verschiebelappen. Eine mittlere Rezessionsdeckung von 82 ± 28 % für die Tiefe und 78 ± 34 % für die Breite konnte in der Gruppe des Bindegewebestransplantates und im Vergleich von 52 ± 34 % für die Tiefe ($p < 0,01$) und nur 11 ± 31 % für die Breite ($p < 0,001$) in der Gruppe der Membranen beobachtet werden.