



# Rezessionsdeckung PAR-Chirurgie

## Ratgeber

*Kriterien des „Pink esthetic score“ (PES) = mesiale Papille, distale Papille, Höhe der marginalen Gingiva, Verlauf der Gingiva, Kontur des Alveolarkamms, Farbe der Gingiva, Beschaffenheit der Gingiva<sup>6</sup>*

**Die gegenwärtige Studienlage zeigt nur eine limitierte Evidenz im Vergleich zwischen den Erfolgsraten der Tunnellierungstechnik und des koronalen Verschiebelappens. Es wird aber aus den meisten Studien eine Tendenz ersichtlich, dass bei großen Weichgewebefekten der koronale Verschiebelappen bessere langzeitstabile Ergebnisse liefert<sup>7</sup>. Gingivale Rezessionen vergrößern das Risiko für Wurzelkaries, empfindlich Zahnhälse, Pulpitiden und schließlich steigt auch die Rate der Zahnverluste nachweislich<sup>5</sup>.**

### INDIKATIONSBEREICH

Miller-Klasse 1 oder 2 eignen sich für die PAR-chirurgische Therapie zur Rezessionsdeckung und sind mit einer guten Erfolgsrate belegt<sup>1</sup>.

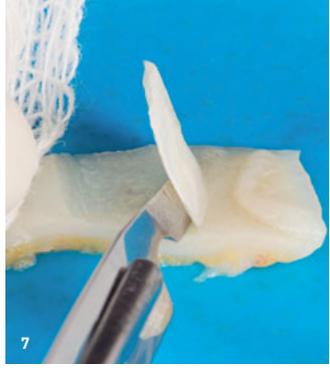
Bei Miller-Klasse 3 und 4 ist eine Rezessionsdeckung nicht mit einem langzeitstabilen Ergebnis verbunden, da hierbei neben dem parodontalen Knochenverlust die Weichgewebedehiszenzen über die Gingiva-Mukosa-Linie hinausgehen<sup>4</sup>.

### BEHANDLUNGSPLAN

- Indikation zum Bindegewebetransplantat (BGT): ausreichend befestigte Gingiva
- Situationsmodelle (Alginat-Abdruck) zur Dokumentation und ggf. für Herstellung einer Gaumenverbandsplatte
- Röntgenaufnahme an der Insertionsstelle (Diagnostik von eventuellen Parodontien),
- Sondierungstiefen im Insertionsgebiet erheben
- Fotodokumentation (Ausgangsaufnahme und Aufnahme post operationem)
- Entnahme des Transplantats aus dem seitlichen Gaumen
- „Scaling and root planning“ (Kürettage) am Insertionsgebiet
- Rezessionsdeckung mithilfe der Envelope-Technik (alternativ: Tunnellierungstechnik)
- Fixation des Transplantats mit Einzelknopfnähten
- Mobilisierung des Gewebes nach koronal mithilfe von doppelten Umschlingungs-nähten
- postoperative Instruktionen
- Entfernung der Nähte 7-10 Tage post operationem

### FALLBEISPIEL: STEP-BY-STEP-VORGEHENSWEISE DER BEHANDLUNG

- Anästhesie im Bereich des OP-Gebiets der Rezessionsdeckung und im Bereich der Donor-Entnahmestelle,



**Abb. 1** Ausgangssituation.  
**Abb. 2** Marginale Schnittführung.  
**Abb. 3** Papillenerhaltungstechnik bei marginaler Schnittführung.  
**Abb. 4** Schnittführung im Übersichtsbild.  
**Abb. 5** Mobilisierung des Schleimhautlappens.  
**Abb. 6** Entnahmestelle des Transplantats in Regio 25 und 26 palatinal.  
**Abb. 7** De-Epithelisierung des freien Schleimhauttransplantats (FST).  
**Abb. 8** Transplantat unter Schleimhaut platziert.  
**Abb. 9** Wundverschluss.  
**Abb. 10** Bild post operationem nach 1 Monat Einheilungszeit.

- Schnittführung an der Entnahmestelle ca. 3–5 mm paramarginal am Gaumen mit einer Breite von ca. 8–10 mm

des Transplantats als freies Schleimhauttransplantat (FST) mit genügend darunterliegendem Bindegewebe



- Gewinnung des Gewebetransplantats und Platzierung auf sterilem Tray
- Mobilisierung der Mukosa circumferent an den Rändern der Wunde und Einlegen der Membran als Wundabdeckung
- Wundverschluss an der Entnahmestelle mithilfe einer Membran und horizontalen, überkreuzten Matrazennähten
- Aufbereitung des Transplantats, Entfernung des Epithels am Transplantat mit einem Skalpell, sodass nur der bindegewebige Anteil übrigbleibt
- marginale Schnittführung im Bereich des OP-Gebiets zur Rezessionsdeckung mit Papillenerhaltungstechnik, stumpfe Präparation und Bildung eines Mukosalappens, Mobilisierung des Lappens mit leichtem Zug nach koronal, um das Therapieziel zu definieren
- offene Kürettage an den Wurzeln im OP-Gebiet zur Reinigung und Förderung der Einsprossung von Kapillaren in die Transplantationsstelle
- Einbringen des Bindegewebetranplantats mit Envelope-Technik,
- Fixierung des Transplantats mit Einzelknopfnähten, sodass dieses nicht im Empfängerbett verrutscht
- Wundverschluss mit Einzelknopfnähten und Papillenerhaltungstechnik
- Entfernung der Naht nach 7–10 Tagen

### ALTERNATIVE THERAPIEMÖGLICHKEITEN

BGT-Entnahme mit einem „Splitflap“ am Gaumen und Zurückklappen des epithelisierten Gewebestücks mit Fixationsnähten, sodass die Wunde möglich klein gehalten wird. Dies geht nur bei genügend ausreichender Dicke des Mukosalappens, da es sonst zur Perforation und Einreißen des Gewebes kommt und dann u.U. das Entnahmepreparat beschädigt werden könnte und unbrauchbar wäre.

Rezessionsdeckungen mit resorbierbarer Kollagenmembran sind mit vergleichbar signifikantem Erfolg belegt wie die Verwendung von BGT und FST<sup>2,3</sup>.

Belassen des Weichgewebedefekts und Versiegelung des Zahnhalses mit Komposit. Hierbei ist der Nachteil, dass sich ein ästhetisch nicht vollumfänglich zufriedenstellendes Ergebnis durch verlängerte klinische Krone ergeben kann.



**MAXIMILIAN  
DOBBERTIN**

Dr. med. dent.  
Zahnarzt in Frankfurt am Main  
E-Mail: dr.maximilian.dobbertin  
@googlemail.com

### LITERATUR

1. Chambrone L, Salinas Ortega MA, Sukekava F et al. Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10(10):CD007161.
2. Graziani F, Gennai S, Cei S et al. Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol* 2012;39(2): 145–156.
3. Gümüş P, Buduneli E. Graft stabilization with cyanoacrylate decreases shrinkage of free gingival grafts. *Aust Dent J* 2014;59(1):57–64.
4. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV et al. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. *Indian J Dent Res* 2018;29(2):233–237.
5. Merijohn GK. Management and prevention of gingival recession. *Periodontol* 2000 2016;71(1):228–242.
6. Naveau A, Rignon-Bret C, Wulfman C. Zirconia abutments in the anterior region: A systematic review of mechanical and esthetic outcomes. *J Prosthet Dent* 2019;121(5):775–781.
7. Tavelli L, Barootchi S, Nguyen TVN et al. Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. *J Periodontol* 2018;89(9):1075–1090.