231

2.3 Dysgnathien

P. E. Haers und H. F. Sailer

Die orthopädische Gesichtschirurgie hat als Ziel die dreidimensionale Harmonisierung des Gesichtes und die Einstellung einer funktionellen Verzahnung durch die Korrektur der vorhandenen Dysgnathien.

Das Gebiet der orthopädischen Kiefer- und Gesichtschirurgie ist in den letzten zehn Jahren gekennzeichnet durch intensive Analysen der Ergebnisse mit den vorhandenen etablierten Operationsmethoden und erzielten Ergebnissen, durch systematische Einbeziehung des Kieferorthopäden in die Gesamtbehandlung auch beim erwachsenen Patienten, durch intensivere Planung und die Anwendung besserer Osteosyntheseverfahren.

Die Durchführung einer orthognathen Korrektur umfaßt (Abb. 2-48):

- die Analyse und Korrektur der dento-alveolären Diskrepanzen, so daß zwei kongruente Zahnbogen mit einer entsprechenden Okklusion eingestellt werden können
- die chirurgische Korrektur der Dysgnathie durch Osteotomien im Mittelgesicht und im Unterkiefer
- das Erreichen von harmonischen Weichteilverhältnissen durch Verschiebung des skelettalen Gesichtsgerüstes

2.3.1 Definitionen

Dysgnathie (Abb. 2-49)

Das Gesichtsskelett ist das Gerüst, welches die Form des Gesichtes bestimmt. Das Gesichtsprofil wird durch die Vor- oder Rücklage der Schädelbasis und von der Lage der Kieferbasen zueinander und deren Höhenbeziehungen bestimmt, was mit dem Terminus «-gnathie» angegeben wird. Bei einer Normalstellung der beiden Kiefer besteht eine Orthognathie. Unter Dysgnathie versteht man eine nicht korrekte dreidimensionale Relation der beiden Kiefer zu einander und zur Schädelbasis. Der Begriff Relation wird zur Darstellung des Verhältnisses zwischen den Kiefern verwendet. So können ein oder beide Kiefer – oder Teile des Kiefers wie z. B. der Alveolarfortsatz – zu wenig oder zu stark in der vertikalen, sagittalen oder transversalen Ebene entwickelt sein, können Asymmetrien auftreten oder Teile des Kiefers nicht fusioniert (Kieferspalten) oder nur teilweise im Rahmen eines Syndroms oder einer Mißbildung angelegt sein.

Malokklusion

Die Okklusion beschreibt die dreidimensionalen Verhältnisse der Zahnbögen zueinander. Eine Normokklusion oder Neutralokklusion zeichnet sich durch korrekte Verhältnisse der beiden Zahnbögen und der einzelnen Zähnen aus. Unter Mal-

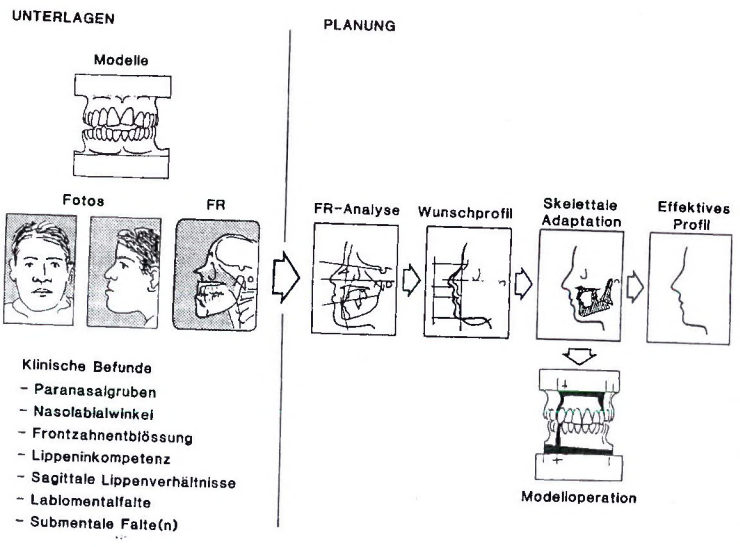


Abbildung 2-48: Die Planung umfaßt die Analyse der vorhandenen Dysgnathie mittels Modellen, Photos und zephalometrischer Analyse der Fernröntgenbilder. Entsprechend den bestehenden Weichteildiskrepanzen wird ein Wunschprofil entwickelt. Die dafür benötigten skelettalen Verschiebungen werden berechnet und in die Modelloperation verarbeitet, wobei gleichzeitig die therapeutische Okklusion eingestellt wird.

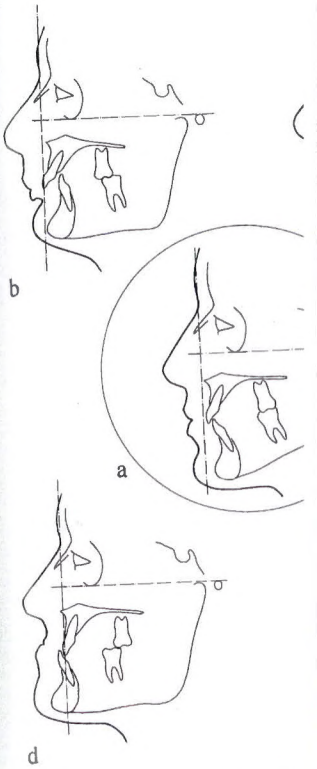


Abbildung 2-49: a. Orthognathe Kiefer korrekt zueinander und z sind. Die Angle-Klasse-I-Okkl vertikalen und transversalen Ve tralokklusion. Die oberen Schn teren Schneidezähne um 2–3 m ker der Molaren des Oberkiefe buccalen Höcker der hauptant Unterkiefers in Projektion zu d b. Gesicht mit skelettalen Abw und sagittalen Ebene: Die unte (short face), es findet sich ein (Retromandibulie) und eine A einer Angle-Klasse-II-Okklusi Höcker der UK-Molaren wei sion). c. Zu lange untere Ge Retromandibulie und Angle- d. Rücklage des Mittelgesichte mit einem zu weit nach anter (Prognathie) und Angle-Klas buccalen Höcker der UK-Mo sial als bei der Klasse-I-Okkl che sich durch fehlende Abst zustande kommt. e. Ähnliche Ebene, aber kombiniert mit vertikalen Ebene. Bei dieser wichtigsten Dysgnathietyper men auf Asymmetrie, welch