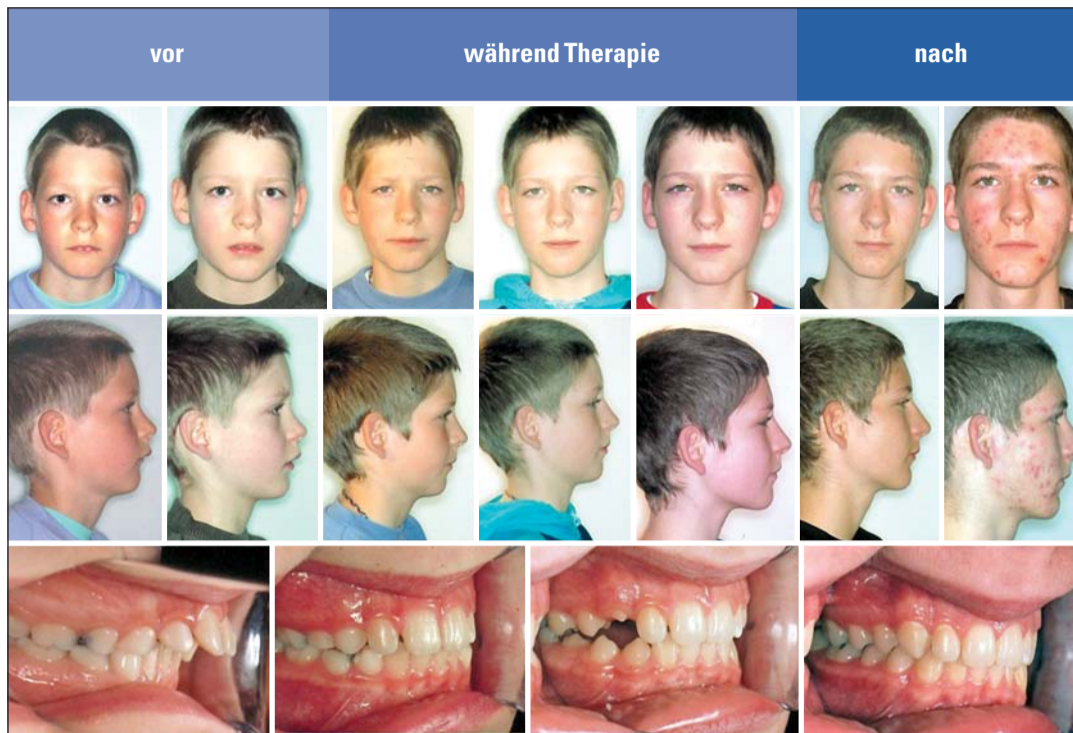


„Skelettale Strukturen lassen sich während des Wachstums beeinflussen“

Die Entwicklung des vertikalen Gesichtsschädelaufbaus, beeinflusst durch anlage- und funktionell-bedingte Faktoren, war Gegenstand eines Fachvortrages von Prof. Dr. Rosemarie Grabowski während der DGKFO-Tagung 2006 in Nürnberg. KN Kieferorthopädie Nachrichten sprach mit ihr über ihre Analysen und Ergebnisse.

KN Haben Sie nach Ihren Analysen verschiedene Gruppen von vertikalen Gesichtsschädeln gefunden und können Sie diese näher definieren?

Entsprechend der zwei unterschiedlichen Kopfformen, dem Langkopf oder Dolichocephalus und dem Breitkopf oder Brachycephalus unterscheidet sich der vertikale Gesichtsschädelaufbau. Durch Björk wissen wir, dass das Wachstum des Unterkiefers durch Rotationsvorgänge gekennzeichnet ist: die vertikal-posteriore Rotation und die anterior-horizontale. Im Rahmen der metrischen Cephalometrie diagnostizieren wir diese Kriterien anhand definierter Parameter am Fernröntgenseitenbild. Aber auch die Strukturmerkmale des Unterkiefers, wie sie Björk beschrieben hat, lassen eine gute Bewertung des vertikalen Gesichtsaufbaus zu. Insbesondere er-



Frühbehandlung: 7-jähriger Junge mit ausgeprägter sagittaler Schneidekantenstufe bei beidseitigem Distalbiß. Therapie mittels Funktionsregler. Dauerhaft stabiles Behandlungsergebnis durch Überwindung der Funktionsstörungen.

lauben sie eine prognostische Wertung der zu erwartenden Entwicklung eines Kindes. Durch unsere Familienuntersuchungen konnten wir eine hohe Korrelation dieser Merkmale für die Wachstumsprognose zwischen dem dem Kind ähnlichen Elternteil und dem Kind zu verschiedenen Entwicklungsperioden nachweisen.

KN Welche Schädelstrukturen sind besonders verändert und führen zu vertikalem Aufbau des Gesichtsschädels?

Wie eingangs betont, stehen sich zwei völlig verschiedene Kopfformen gegenüber, die den vertikalen Gesichtsschädelaufbau als Ganzes charakterisieren. Diese Charakteristik beschränkt sich keineswegs auf skelettale Strukturmerkmale, sondern steht in engem Zusammenhang mit der perioralen Weichteilhülle. Kurz gefasst lässt sich sagen, dass eine lange schmale Kopf- bzw. Schädelform mit eher zarter Muskulatur einhergeht. Der Brachycephalus ist dagegen durch eine kräftige Muskulatur charakterisiert. Deshalb sind Haltungsschwächen, wie wir sie als Kieferorthopäden bei unseren Kindern oft als offene Mundhaltung antreffen, besonders häufig mit dolichocephaler Kopfform kombiniert. Diese Zusammenhänge müssen für eine kausale Therapie berücksichtigt werden.

KN Welche funktionellen Einflüsse konnten Sie bei der Entstehung von vertikalem Gesichtsschädelaufbau ermitteln?

Die Entwicklung des vertikal-posterioren Rotationsmusters ist in erster Linie vom Genotypus abhängig. Dynamische und statische Funktionsstörungen können den Genotypus modifizieren. Deshalb ist die Erhebung des funktionellen Status für die kieferorthopädische Diagnostik, für Prävention und Therapie gleichermaßen wichtig. Den wesentlichen Einfluss, gerade im Hinblick auf einen vertikal veränderten Gesichtsschädelaufbau, müssen wir auf veränderte Ruheweichteilbeziehungen zurückführen. Diese Bedingungen wirken 24 Stunden am Tag, während eine Dysfunktion, wie z.B. fehlerhaftes Schlucken, jeweils nur kurzzeitig abläuft. Wenn auch der Ruheweichteileindruck die geringeren Kräfte hat, ist heute unstrittig, dass ihm der höchste Stellenwert bei der Entwicklung vertikal-posteriorer Wachstumsmuster gebührt.

KN Lassen sich Möglichkeiten aufzeigen, entweder die strukturelle oder die funktionelle Komponente in der Ausprägung beeinflussend mildern und wann müsste dies geschehen?

Wenn es nicht möglich wäre, den Genotypus durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen, hätte Kieferorthopädie keine Daseinsberechtigung. Skelettale Strukturen lassen sich kieferorthopädisch nur zur Zeit der Dentitionen und des Wachstums beeinflussen. Die Reifung der Funktionsmuster der Muskulatur bedarf nach der Geburt eines längeren Lernprozesses. Trotzdem müssen sie im wesentlichen Umfang bereits in der Milchgebissperiode als

etabliert betrachtet werden. Ihre Beeinflussung wird deshalb mit zunehmendem Alter immer schwieriger.

Erwachsenen gelingt die Umstellung z.B. falscher Schluckmuster oder die Abgewöhnung interdentaler Lautbildung wenn überhaupt, dann nur mit größter Anstrengung. Das Sprichwort „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ kann 1:1 auf unser Fachgebiet übertragen werden. Die kieferorthopädische Prävention und eine therapeutische Beeinflussung von Anomalien, die im ursächlichen Zusammenhang mit funktionellen Fehlleistungen stehen, kann nicht nur mit mechanischen Methoden erfolgen. Deshalb sind die gegenwärtigen Vorgaben nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen der Krankenkassen für solche Anomalien ungeeignet. Sie berücksichtigen die, die Prognose bestimmenden Kriterien nicht. Schließlich sind wir Zahn„ärzte“ und haben einen Eid geschworen, Schaden von unseren Patienten abzuhalten.

KN Können Sie aufgrund der bisherigen Erfahrungen ein Verfahren vorschlagen, das ein frühzeitiges Screening ermöglicht?

Wir sind gerade dabei, aufgrund von umfangreichen Untersuchungen von Kindern im Vorschul- und Schulalter den funktionellen Status unserer Kinder aktuell zu definieren. Wir wollen den Begriff „Kieferorthopädisches Risikokind“ definieren. Dabei gehen wir von Okklusionsbefunden und vom Funktionsstatus aus, denn beides gehört untrennbar zusammen. Wir müssen uns wieder darauf besinnen, dass allein die paraklinische Befunderhebung nicht ausreicht. Kieferorthopädische Diagnostik ist ohne klinische Befunderhebung, die den altersgerechten Funktionsstatus einschließt, mangelhaft. **KN**

KN Kurzvita



Prof. Dr. Rosemarie Grabowski

1958–1963 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Rostock
01.10.63–30.09.64 Pflichtassistentin Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Rostock
1964–1967 Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
1965 Promotion zum Dr. med. dent.
1967–1980 Wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung für Orthopädische Stomatologie, Universität Rostock
1980–1985 Oberärztin
1983 Habilitation (Promotion B)
01.02.1985 Hochschuldozentin
01.09.1988 Professur für das Fach Orthopädische Stomatologie, Leitung der Abteilung
1990 Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie
1992 C4-Professur Kieferorthopädie

ANZEIGE

Besuchen Sie unseren Messestand auf der DGKFO/EOS Tagung in Berlin



Faxantwort: 0180-1000 790

Ja, Opal M interessiert mich.

- Bitte vereinbaren Sie einen Besuchstermin
- Bitte senden Sie mir Info Material

Praxisstempel:

Patienten würden Opal-M bevorzugen – das selbstligierende Komfortbracket

- Es verringert wesentlich Mundschleimhautverletzungen nach dem Eingliedern und beim Sport
- Die glatte Oberfläche unterstützt die Hygiene
- Die Behandlung ist effektiv und schnell sichtbar schon nach kurzer Zeit
- Nickelfrei stabil hochwertig präzise
- Mit mechanischer Retention für alle Bondings geeignet
- Roth .022 lieferbar

