

# Ästhetik und Funktion kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Behandlung von Klasse II-Dysgnathien mit skelettal tiefem Biss

Ein Beitrag von Prof. Dr. Nezar Watted, Dr. Zafer Azizi, Priv.-Doz. Dr. Dr. Josip Bill und Prof. Dr. Dr. Peter Proff.

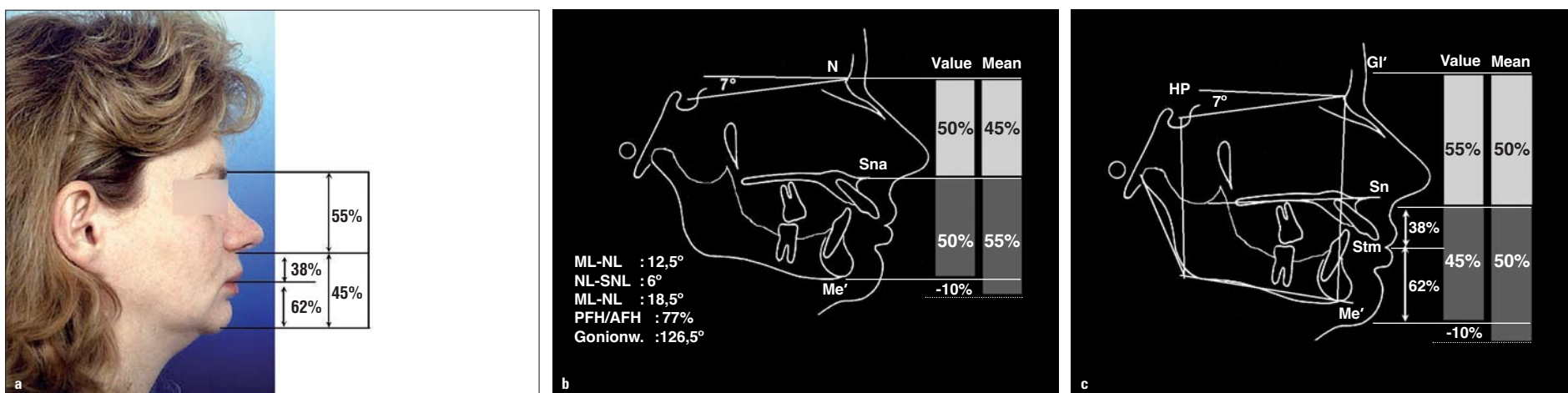


Abb. 1a-c: Fotostataufnahme von lateral einer Patientin mit Klasse II-Dysgnathie, „Short-face-Syndrom“, kurzes Untergesicht, vertiefte Supramentalfalte mit aufgerollter Unterlippe und prominentes Kinn (a). Die Fernröntgenaufnahme zeigt die disharmonische skeletale Einteilung in der Vertikalen. Das Untergesicht zeigt ein Defizit von 10% in Relation zum Obergesicht (b). Disharmonische Weichteileinteilung in der Vertikalen. Das Untergesicht zeigt ein Defizit von 10% in Relation zum Obergesicht. Ebenso liegt eine Disharmonie bei der Einteilung des Untergesichtes vor (c).

## Short-face-Syndrom

Die Diagnose Distalbiss bei skelettal tiefem Biss, der sich auch von extraoral in einem kurzen Untergesicht manifestiert, wird dem Short-face-Syndrom zugeordnet. Die Disharmonie der Gesichtsrelationen zeigt sich in der Gesichtsanalyse: Das skeletale Untergesicht und dementsprechend das vertikale Weichteilprofil weisen ein Defizit in Relation zum Mittelgesicht auf (Abb. 1a-c).<sup>3-5,8,9,22-25,32,51</sup> Zu den extraoralen Symptomen des Short-face-Syndroms gehören ein kurzes Untergesicht, ein prominentes Kinn und vertiefte Supramentalfalte (Abb. 1a-c). Dieses kurze Untergesicht ist durch die anteriore Rotation des Unterkiefers verursacht, die zu einer Verkleinerung des Interbasenwinkels (skelettal tiefer Biss) führt. Die anteriore Rotation des Unterkiefers ist meistens mit einem kleinen Gonionwinkel verbunden. Folge des kurzen Untergesichtes ist in der Regel ein vergrößertes Verhältnis zwischen der posterioren und der anterioren Gesichtshöhe – PFH/AFH. Es besteht eine skeletale und Weichteildisharmonie zwischen dem Ober- und Untergesicht. Als intraorale Befunde erkennt man distale Okklusionsverhältnisse, einen tiefen Biss, den Hochstand der Unterkieferfront und eine verstärkte Spee'sche Kurve. Neben den Wünschen der Patienten muss der Kieferorthopäde aber ein Behandlungsziel festlegen, das sowohl ästhetischen als auch funktionellen Belangen gerecht wird. So muss z. B. eine rein okklusionsorientierte Therapie nicht unbedingt mit einem fazialästhetisch befriedigenden Ergebnis verbunden sein und umgekehrt. Eine umfassende Gesichtsanalyse ist somit der Schlüssel für ein optimales Behandlungsergebnis, da der Patient das Behandlungsergebnis vorwiegend über sein verändertes äußeres Erscheinungsbild beurteilt.<sup>1,7,10,19,26,29-31,40,42,43,50</sup>

Grundlage der Harmonie der Weichteilrelation ist zumeist eine gewisse Harmonie im skelettalen Bereich, deren Analyse 1958 von Burstone<sup>8</sup> beschrieben und 1980 von Legan und Burstone<sup>32</sup> modifiziert wurde.

## Klinische Umsetzung

**Diagnose und Problemdarstellung**  
Die Patientin stellte sich im Alter von 21 Jahren auf eigene Veranlassung vor. Sie klagte über die

ästhetische Beeinträchtigung durch die Stellung ihrer Oberkieferfrontzähne und die gestauchte Untergesichtspartie. Die Fotostataufnahmen (Abb. 2a-c) zeigen ein leichtes Vorge-

minentes Kinn mit vertiefter Supramentalfalte und im Vergleich zum Mittelgesicht (GI'-Sn) ein kurzes Untergesicht (Sn-Me'). Diese Symptome mit der dazugehörigen Untergesichtskonkavität führen zu einer optischen „Alterung“ des Gesichtes. Bei der Funktionsanalyse wurde ein leichter Zwangbiss nach dorsal festgestellt, der durch die Steilstellung der Oberkieferfront verursacht war.

Es lag weiterhin eine Angle-Klasse II/2-Dysgnathie, Mittellinienabweichung nach links und ein tiefer Biss mit Einbiss in die Gaumenschleimhaut vor. Die Unterkieferfront stand nahezu achsengerecht. Außerdem bestand ein geringer Engstand in der Unterkiefer- und Oberkieferfront. Beide Fronten waren im Hochstand, was sich in einem Niveauunterschied durch die ausgeprägte Spee'sche Kurve im Unterkiefer äußerte. Eine Breitendiskripanz zwischen dem Oberkiefer- und Unterkieferzahnbogen war festzustellen (Abb. 3a-e).

Die kephalometrischen Parameter lassen außer der distobasalen Kieferrelation einen kleinen Kieferwinkel (Gonionwinkel = 116°) und Interbasenwinkel (ML-NL = 16°) erkennen; der verkleinerte Interbasenwinkel war durch die anteriore Rotation des Unterkiefers (ML-SNL = 23°) bedingt, die Relation von hinterer zu vorderer Gesichtshöhe (PFH/AFH = 74%) war vergrößert. Es bestand eine skeletale und Weichteildisharmonie zwischen dem Ober- und Untergesicht, das skeletale Untergesicht (Sna-Me) betrug 52% statt 55%; hinzu kam die ausgeprägte Kinnprominenz (Abb. 4a und b, Tabelle 1, Tabelle 2).

## Therapeutisches Vorgehen

Die Behandlung erfolgte nach dem an der Würzburger Zahnklinik üblichen Vorgehen bei kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Fällen.<sup>48,49</sup> Der Therapieablauf besteht aus vier Phasen:



Abb. 2a-c: Fotostataufnahme von frontal (a), lateral (b) und Lachtaufnahme (c) einer Klasse II-Patientin mit kurzem Untergesicht, vertiefter Supramentalfalte mit aufgerollter Unterlippe und prominentem Kinn.

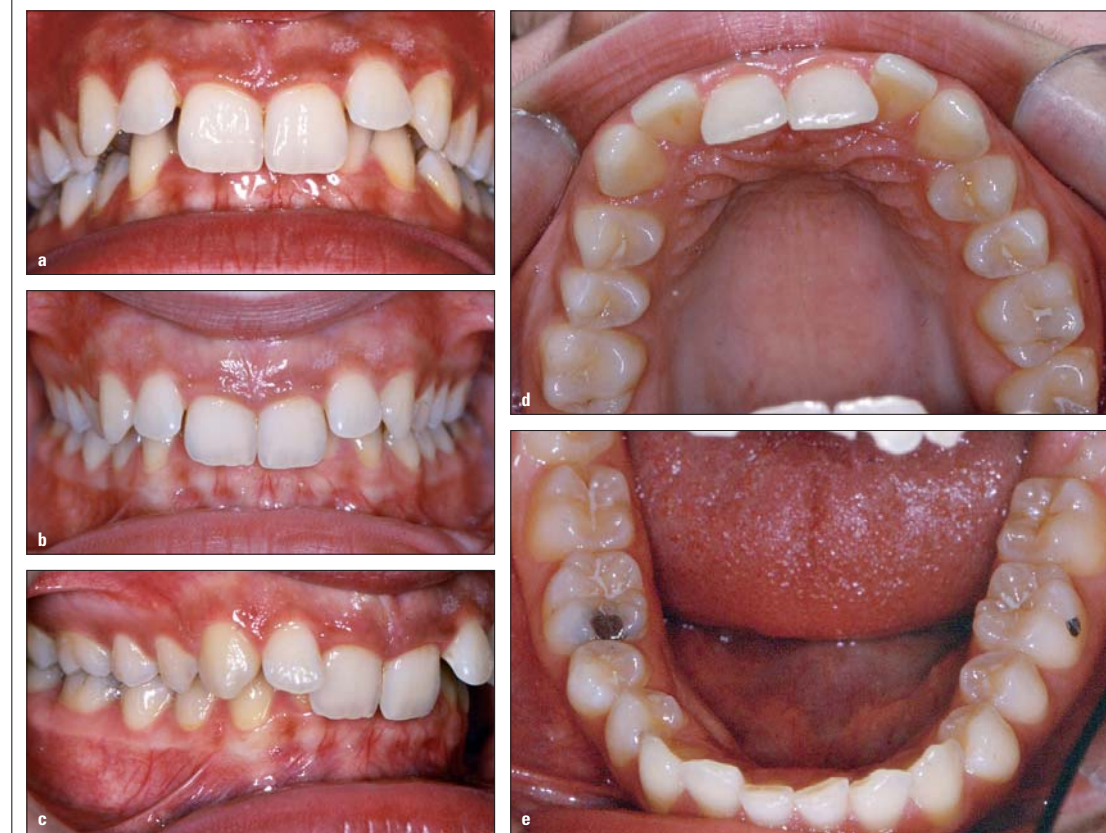


Abb. 3a-e: Die intraoralen Aufnahmen der Patientin zeigen eine Klasse II/2-Okklusion, einen tiefen Biss und Zahnfehlstellungen.

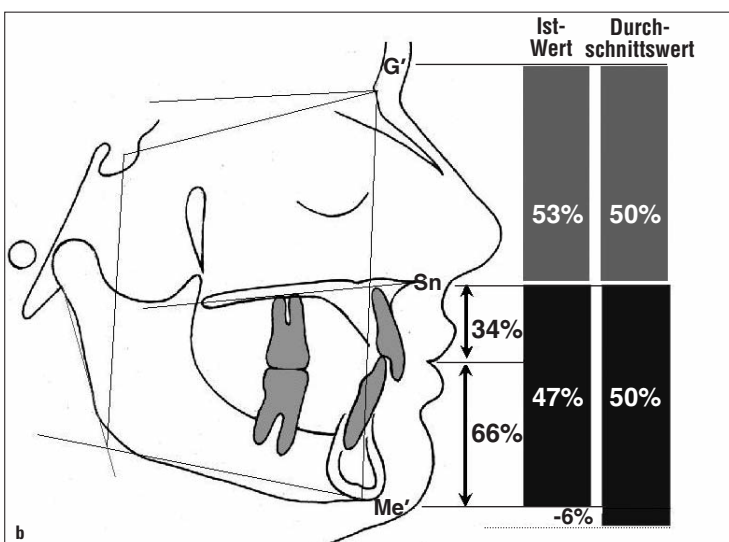
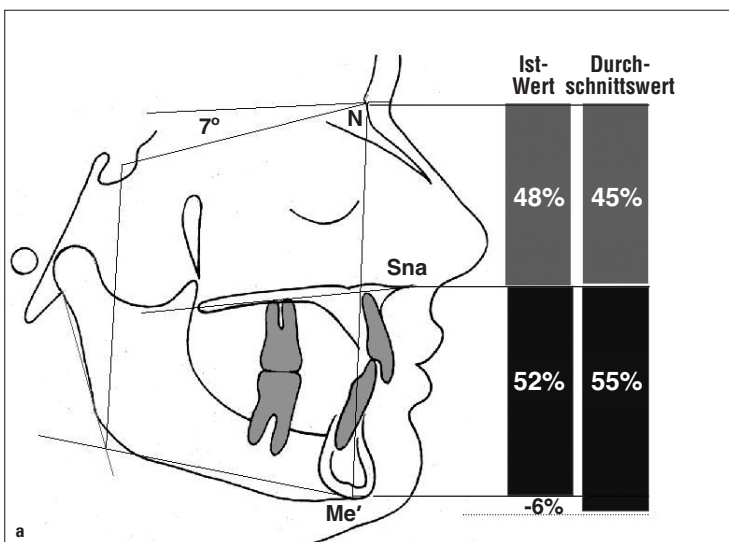


Abb. 4a, b: Die Fernröntgenaufnahme zeigt die disharmonische skelettale Einteilung in der Vertikalen. Das Untergesicht zeigt ein Defizit von 6% in Relation zum Obergesicht. Restliche Daten sind von der Tabelle III und IV (a). Disharmonische Weichteileinteilung in der Vertikalen. Das Untergesicht zeigt ein Defizit von 6% in Relation zum Obergesicht (b).

I) Präoperative Maßnahmen und orthodontische Vorbereitung

1. „Schienentherapie“ zur Ermittlung der physiologischen Kondylenposition „Zentrik“ vor der endgültigen Planung
2. Orthodontie zur Ausformung und Dekompensation der skelettalen Dysgnathie
3. „Schienentherapie“ zur Ermittlung der „Zentrik“ vier bis sechs Wochen vor dem operativen Eingriff

II) Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie

III) Postoperative Orthodontie zur Feineinstellung der Okklusion

IV) Retention zur Sicherung des erreichten Ergebnisses

I) Präoperative Maßnahmen und orthodontische Vorbereitung

1. „Schienentherapie“ Erwachsene Dysgnathie-Patienten, auch solche mit Short-face-Syndrom, haben gelegentlich Kiefergelenkprobleme. Zur Behandlung dieser Probleme und zur Bestimmung der physiologischen Kondylenposition, die für die endgültige Behandlungsplanung von Bedeutung ist, wurde vor Beginn der orthodontischen Behandlung eine Aufbisschiene eingesetzt.<sup>52-57</sup>

2. Orthodontische Vorbereitung Die orthodontische Vorbereitung erfolgte nach dem Prinzip für die Behandlung eines Short-face-Syndroms. Die Zahnbögen wur-

den ausgeformt und die dentale Kompensation der skelettalen Dysgnathie aufgehoben. Besonderer Wert wurde auf die transversalen Verhältnisse im Bereich der Eckzähne gelegt, sodass bei der operativen Vorverlagerung kein Frühkontakt entsteht, der den Unterkiefer nach dorsal verdrängt. Bei der Klasse II-Dysgnathien zu erwarten ist, weist der Oberkieferzahnbogen im Vergleich zum Unterkieferzahnbogen ein Defizit in der Transversalen auf. Die Korrektur dieser Diskrepanz durch die transversale Erweiterung des Oberkieferzahnbogens kann erschwert bis unmöglich sein, wenn eine gesicherte Okklusion vorliegt. Deshalb war die Entkopplung der Okklusion durch den Einsatz eines Aufbisses wie bei diesem Fall häufig indiziert. Wichtig war, dass der Unterkieferzahnbogen nicht nivelliert wurde, d. h. die Spee'sche Kurve und der tiefe Biss blieben bestehen (Abb. 5a-d). Hierzu wurden in die Bögen entsprechende Biegungen eingearbeitet.

3. „Schienentherapie“ Nach Abschluss der orthodontischen Vorbereitung wurde nochmals eine Schiene für die Dauer von vier bis sechs Wochen eingesetzt, zur Ermittlung der Kondylenzentrik. Ziel war die Registrierung der Kiefergelenke in ihrer physiologischen Position (Zentrik).<sup>52-55</sup>

II) Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie

Die operative Unterkiefervorverlagerung wurde mittels sagittaler Spaltung nach Obwegeser-Dal Pont durchgeführt.<sup>17,18,37-39</sup> Die zentrische Kondylenpositionierung während der Dysgnathieoperation ist in der Würzburger Klinik ein standardisiertes Verfahren zur Aufrechterhaltung der räumlich korrekten Stellung der Kondylen.<sup>21,33,34,36,44</sup>

III) Postoperative Orthodontie zur Feineinstellung der Okklusion

In Folge der intraoperativ durchgeführten posterioren Rotation des Unterkiefersegments bei 3-Punkt-Abstützung ist ein seitlich offener Biss entstanden, der

schnellstmöglich geschlossen werden sollte (Abb. 6). Entsprechend wurde nur wenige Tage (i. d. R. 4. postoperati-

ver Tag) nach der Operation die postchirurgische orthodontische

Fortsetzung auf Seite 14 KN

ANZEIGE

# OrthoLox

## Kopplungssystem

**Grundkurs**  
mit Dr. Björn Ludwig  
am 23.07.2014  
in der Charité Berlin

### OrthoLox Snap-in Kopplung für

- ▶ Molarendistalisierung
- ▶ Molarenmesialisierung
- ▶ Gaumennahterweiterung
- ▶ Ex-/intrusion
- ▶ Retention

Mesialisierung ←

→ Distalisierung

**SmartJet**, die smarte Lösung für Mesialisierung und Distalisierung mit dem gleichen Gerät.

- ▶ Laborleistung im Eigenlabor
- ▶ Kurze Stuhlzeiten
- ▶ Compliance unabhängig

OrthoLox und SmartJet bieten neue Optionen für viele Aufgabenstellungen in der skelettalen kieferorthopädischen Verankerung.

**PROMEDIA**  
MEDIZINTECHNIK

A. Ahnfeldt GmbH  
Marienhütte 15 · 57080 Siegen  
Telefon: 0271 - 31 460-0  
info@promedia-med.de  
www.promedia-med.de



Abb. 5a-d: Die klinische Situation nach der orthodontischen Vorbereitung bei der Patientin, der tiefe Biss (d) und die Spee'sche Kurve sind weitgehend unverändert geblieben.



Abb. 6: Chirurgisch bedingter lateral offener Biss durch die posteriore Rotation des Unterkiefersegmentes.

KN Fortsetzung von Seite 13

Behandlungsphase begonnen: Ziel war das Schließen des seitlich offenen Bisses ohne Verlust an skelettaler Höhe mit gleichzeitiger Stabilisierung und Feineinstellung der Okklusion.

IV) Retention zur Sicherung des erreichten Ergebnisses

Um die Muskulatur in ihrer Adaption an die neue Lage zu unterstützen, wurde als Retentionsgerät ein funktionskieferorthopädisches Gerät (z. B. Bionator) eingegliedert.

Zur Stabilisierung der dentalen Situation empfiehlt sich vor allem bei Patienten mit prätherapeutisch ausgeprägten Zahnfehlstellungen zusätzlich zu dem bimaxillären Gerät ein 3-3 geklebter Retainer.

Ergebnis

**Intraoral:** Die intraoralen Aufnahmen zeigen eine Klasse I-Okklusion mit einer stabilen Verzahnung und harmonische Zahnbögen (Abb. 7a-e).

**Extraoral:** Folge der skelettalen Veränderungen sind entsprechende Änderungen im Weichteilprofil. Die extraoralen Abbildungen (Abb. 8a-c) zeigen die erreichte Verlängerung des Untergesichtes, die zu einer Harmonisierung der vertikalen Einteilung geführt haben, ohne die Kinnprominenz zu verstärken. Durch die erreichte posteriore Rotation kam es weiterhin zur angestrebten Entspannung der Supramentalfalte.

**Kephalometrisch:** Durch die chirurgisch bedingte posteriore Ro-



Abb. 7a-e: Okklusion nach Behandlungsende, es liegt eine neutrale stabile Okklusion vor, beide Zahnbögen sind harmonisch.

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
G'-Sn/G'-Me'	50 %	53 %	51 %
Sn-Me'/G'-Me'	50 %	47 %	49 %
Sn-Stms/Stms-Me'	1:2	1:2	1:2
Sn-Li/Li-Me'	1:0,9	1:0,9	1:0,9

Tabelle 1: Proportionen der Weichteilstrukturen vor und nach Behandlung der Patientin.

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
ML-SNL	32°	23°	29,5°
NL-SNL	9°	7°	7°
ML-NL	23°	16°	22,5°
Gonion-<	130°	116°	123,5°
SN-Pg	81°	78°	78,5°
PFH/AFH	63 %	74 %	65 %
N-Sna/N-Me	45 %	48 %	45 %
Sna-Me/N-Me	55 %	52 %	55 %

Tabelle 2: Durchschnittswerte bzw. Proportionen skelettaler Strukturen vor und nach Behandlung der Patientin.

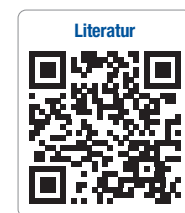
tation des zahntragenden Segmentes wurde der Kieferwinkel (Gonion-<) um 7,5° vergrößert. Dies führte zu einer Vergrößerung der Mandibularebene (ML-NSL = 29,5°) und des Interbasenwinkels (ML-NL = 22,5°). Als Folge dieser posterioren Rotation wurden das skelettale Ober- und Untergesicht (N-Sna : Sna-Me oder UFH : LFH = 45 % : 55 %) harmonisiert. Die Verlängerung des Untergesichtes hat eine Vergrößerung der anterioren Gesichtshöhe mit sich gebracht, so dass das Verhältnis zwischen posteriorer und anteriorer Gesichtshöhe harmonischer geworden ist (PFH/AFH = 65 %). Die ventrale Verlagerung des Pogonions (Pg-Punkt) bei der Korrektur der Dysgnathie in der Sagittalen erfuhr nur eine geringfügige Veränderung, was sich in der vergleichsweise kleinen Vergrößerung des SN-Pg-Winkels (78,5°) manifestiert. Die Überlagerung

der Fernröntgenaufnahmen vor und nach der Behandlung zeigt den Effekt der beschriebenen Behandlungskonzepte in der Sagittalen und Vertikalen. Durch die operative Rotation nach posterior kam eine labiale Neigung der Unterkieferfront zustande (Tabelle 1, Tabelle 2).

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt eine mögliche Vorgehensweise im Rahmen einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung von Patienten, die dem Short-face-Syndrom (Klasse II, skelettal tiefer Biss und kurzem Untergesicht) zuzuordnen sind. Dieses Verfahren, bei dem bewusst auf das präoperative Nivellieren des Unterkieferzahnboogens verzichtet wird, ermöglicht ein ansprechenderes ästhetisches Behandlungsergebnis, da

neben der Vorverlagerung des Unterkiefers auch eine Verlängerung des Untergesichtes verwirklicht wird. Da durch die Rotation des anterioren Segments die Muskulatur im Rahmen der Bisshebung in geringerem Ausmaß gestreckt wird als bei einem Verfahren mit reiner Ventraltranslation des anterioren Unterkiefersegmentes, ist diese Vorgehensweise auch weniger rezidivanfällig. KN



KN Kurzvita

Prof. Dr. med. dent.  
Nezar Watted  
[Autoreninfo]

KN Adresse

Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted  
Department of Orthodontics  
Arab American University  
nezar.watted@gmx.net



Abb. 8a-c: Das Behandlungsergebnis von extraoral. Die Sagittale wurde korrigiert ohne die Kinnprominenz zu verstärken, gleichzeitig wurden die vertikalen Verhältnisse harmonisiert. Eine Entspannung der Supramentalfalte ist eingetreten.