

Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

Anzeige

Tipps gegen
Praxiseinbrüche

Klausurtagung
des neuen
Kammervorstandes

Sicher im Internet
unterwegs

Sächsischer Fortbildungstag
für Zahnärzte und Praxisteam

Ästhetik zwischen Zahnmedizin und dentaler Kosmetik?

27./28.09.2019
Stadthalle Chemnitz



Workshops
Vorträge
Dentalausstellung

03
19



Landeszahnärztekammer Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Ein „nicht“-alltäglicher Fall

Der folgende Casus verdeutlicht, wie wichtig einerseits eine umfassende Anamnese und andererseits eine fallbezogene Einschätzung der verschiedenen Therapiealternativen in Kooperation mit jeweiligen Spezialisten in der Zahnmedizin sind. Eine 19-jährige Patientin stellte sich mit einer Überweisung der Zahnärztin in meiner kieferorthopädischen Praxis vor. Im Zielauftrag wurde die Anfrage gestellt, ob und welche Möglichkeiten eines kieferorthopädischen Lückenschlusses nach Extraktion des vorbelasteten Zahnes 24 gegeben sind und wie die zu erwartenden Kosten für die Patientin sein werden.

Befund- und Fallbeschreibung:

Die Patientin im Alter von 19 Jahren befindet sich bei der Zahnärztin in regelmäßiger PA-Kontrolle, begründet in einer „juvenilen Parodontose“. In der Anamnese gab die Patientin an, dass auf mütterlicher Seite die weiblichen Verwandten in der Erbfolge von der Großmutter an alle an sogenannter „Parodontose“ mit frühzeitigem Zahnverlust leiden. Die gleichaltrige Cousine der Patientin leidet ebenfalls an einer „juvenilen Parodontose“ mit hormonell schubweiser Gingivitis. Außerdem ist die Cousine an juvenilem Rheuma erkrankt,

welche im Rheumazentrum Dresden medikamentös behandelt wird. Bei der Großmutter liegt ebenfalls eine Rheumaerkrankung seit ihrer Jugend vor. Zur Beurteilung des horizontalen Knochenabbaus, eventueller Einbrüche am Parodontium und des Zustands der „Parodontose“ wurden ZF-Statusaufnahmen angefertigt (s. Abb. 1 und 2). Hierbei stellte die Zahnärztin eine röntgenologische Verschattung innerhalb des Zahnes 24 fest. Äußerlich war klinisch alles intakt. Bei der Sondierung und gezielten Manipulation brach jedoch die dünne Schmelzdecke des Zahnes 24 zusammen und die Sonde war tief in die Kavität bis in den Bereich der Pulpa eingedrungen (s. Abb. 3).

Im Kontrast dazu war der klinische Allgemeinbefund unauffällig – eine perfekte Zahnpflege ohne Beläge und ohne gingivitische Anzeichen (s. Abb. 4). Auf Rückfragen der Zahnärztin, ob die Patientin irgendwann einmal Beschwerden oder Zahnschmerzen gehabt hatte, konnte die Patientin dies nur verneinen. Über die Ursache dieses besonderen Zustands mit nunmehr pulpentotem Zahn 24 lässt sich nur spekulieren. Der primäre zahnmedizinische Therapieweg wäre klassisch eine adäquate Wurzelbehandlung. Bereits in der Aufbereitung der Wurzelkanäle kam es zu weiteren Schwierigkeiten. Die Wurzelspitze konnte infolge der Abknickung nicht erreicht werden. Zudem besaß der Zahn drei Wurzelkanäle. Somit standen für die Patientin im jungen Alter von 19 Jahren mehrere Optionen zur Diskussion:

- klassische Wurzelbehandlung mit nachfolgender Prothetik (Erfolgsprognose, Langfristigkeit und Revisionsoptionen, Kosten sowie Folgekosten wären zu bedenken)
- mikroskopisch unterstützte Endodontie (Kosten, Erfolg und Garantie, Prothetikskosten usw. wären zu bedenken)
- Extraktion und Implantatversorgung (Kosten für Implantat sowie prothetische Suprakonstruktionen, Erfolgsrisiken, Langfristigkeit, Revision möglich und Folgekosten usw. wären zu bedenken)
- Extraktion und kieferorthopädischer Lückenschluss

Im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Beratung wurde ein OPG angefertigt (s. Abb. 5).



Abb. 1 – Status rechts



Abb. 2 – Status links



Abb. 3 – Zahn 24 in Aufbereitung einer WB



Abb. 4 – intraoraler Befund



Es waren die Weisheitszähne 18, 28, 38 nachweisbar. Damit war ein kieferorthopädischer Lückenschluss nach Exzision des Zahnes 24 und Mesialisierung der Zähne 25, 26, 27 möglich und sinnvoll. Denn ein eigener und unbelasteter Zahn ist allemal besser als ein wurzelbehandelter Zahn oder ein Implantat.



Abb. 5 – OPG-Aufnahme



Abb. 6 – Laborprozess der Herstellung des Benesliders



Abb. 7 – Insertion der KFO-Implantate



Abb. 8 – Mesialslider in situ/Startphase

Es wurde eine individuelle Mechanik konstruiert: ein Mesialslider, fixiert an kieferorthopädischen Implantaten basierend auf dem BENEFIT®-System der Firma Dentalline (s. Abb. 6 bis 8). Bereits nach zehn Monaten war die Extraktionslücke geschlossen und die kieferorthopädische Apparatur konnte komplett entfernt werden. Nunmehr wird lediglich der Durchbruch des Zahnes 28 erwartet (s. Abb. 9 bis 14). Nicht in jedem Fall ist eine rein kieferorthopädische Lösungsvariante möglich. Trotzdem ist es sinnvoll, vor übereiligen Therapiemaßnahmen alle eventuell möglichen Varianten in Vor- und Nachteilen, Risiken und Kosten (für Kassen- und Privatleistungen) sorgfältig abzu-



Abb. 9 – dritte Kontrolle



Abb. 10 – dritte Kontrolle



Abb. 11 – vierte Kontrolle

wägen und dann erst im gemeinsamen Beratungsgespräch mit der Patientin die Entscheidungen zu treffen.

Dr. med. dent.

Heiko Brand-Finsterbusch, Meißen

Zur vollständigen Dokumentation hat der Autor weitere Abbildungen auf unserer Homepage hinterlegt (Anfangsfotos intraoral und entsprechende Abschlussfotos sowie ein OPG am Ende der Behandlung):

www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte/publikation/fachbeitraege



Abb. 12 – vierte Kontrolle



Abb. 13 – Abschlussbefund



Abb. 14 – Abschlussbefund

