



Gabriel Tulus



Wie würden Sie entscheiden? Kasuistik



Gabriel Tulus
Dr. medic. stom. (RO)
Spezialist für
Endodontie (DGZ)
Lindenstraße 33B
41747 Viersen
E-Mail: grtulus@t-online.de

■ Fragestellung

Eine 54-jährige Patientin mit gutem Allgemeinzustand und unauffälliger Allgemeinanamnese stellt sich mit einer vom Hauszahnarzt ausgestellten Überweisung zur Durchführung einer Wurzelspitzenresektion am Zahn 46 vor.

Der Anamnese ist zu entnehmen, dass der Zahn 46 vor ca. 10 Jahren aufgrund einer Schmerzattacke wurzelkanalbehandelt wurde und sich jahrelang asymptomatisch verhielt. Der Zahn wurde vor ca. 4 bis 5 Jahren überkront. Etwa 8 bis 9 Monate vor ihrem Besuch in unserer Praxis bemerkte die Patientin zunächst eine gewisse Spannung im rechten Unterkiefer, die sie allerdings nicht als schmerzhaft empfand. Der Hauszahnarzt veranlasste nach klinischer Untersuchung eine fünftägige Antibiose und

verschrieb ein Schmerzmittel, von dem die Patientin allerdings keinen Gebrauch machte. Eine Röntgenuntersuchung wurde zum damaligen Zeitpunkt nicht durchgeführt. Es wurde die Empfehlung ausgesprochen, sich erneut zur intensiven und ausgedehnten Diagnostik vorzustellen, falls die Unannehmlichkeiten persistieren oder wiederkehren sollten. Sechs Monate nach der Antibiose verspürte die Patientin erneut Spannung und einige Tage darauf auch Schmerzen, sowohl spontan als auch bei Druck. Nach ca. zwei Tagen seien die Schmerzen verschwunden gewesen, allerdings konnte die Patientin nun eine „seitliche Beule“ wahrnehmen. Nach erneuter klinischer Untersuchung und Röntgenuntersuchung (Abb. 1) wurde der Patientin eine Überweisung zur Durchführung einer Wurzelspitzenresektion ausgestellt; alternativ könne der Zahn auch entfernt werden.



Abb. 1 Von der Patientin mitgebrachte Übersichtsaufnahme. Nach Auswertung dieser Aufnahme wurde die Indikation für die Durchführung einer Wurzelspitzenresektion am Zahn 46 gestellt.

Manuskript
Eingang: 30.09.2012
Annahme: 21.10.2012



Abb. 2 Sondierung des vestibulären Fistelgangs mit einem Guttaperchastift.



Abb. 3 Röntgenkontrastaufnahme mit Guttaperchastift. Die Spitze des Stifts zeigt auf die distale Wurzel.

Die am 18. November 2010 durchgeführte klinische Untersuchung, fokussiert auf den rechten Unterkiefer, zeigte eine klinisch gut adaptierte Krone auf dem Zahn 46, der bei den Sensibilitätstests unempfindlich und unauffällig war. Die Zähne 43 und 42 waren suffizient konservierend behandelt und reagierten vital. Sowohl die Perkussionsprobe als auch der Wattebisstest fielen an allen Unterkieferzähnen auf der rechten Seite negativ aus, wobei die Patientin allerdings am Zahn 46 über ein unangenehmes Gefühl beim Nachlassen des Aufbissdrucks berichtete. Die intraorale Inspektion zeigte einen Fistelgang vestibulär auf der Ebene des mittleren Wurzel Drittels der distalen Wurzel. Die Taschensondierung ergab Werte zwischen 3 und 4 mm ohne Blutung. Die Betrachtung der von der Patientin mitgeführten Panoramaschichtaufnahme zeigte am Zahn 46 eine röntgenologisch regelrechte Wurzelkanalfüllung wie auch eine periapikale Transluzenz im Bereich der mesialen Wurzel mit einem Durchmesser von ca. 4 bis 5 mm. Eine

intraorale Röntgenaufnahme wurde mit einem durch den Fistelgang eingeführten Guttaperchastift der Größe .02/40 durchgeführt (Abb. 2). Die Spitze des Guttaperchastifts zeigte in die distale Richtung, wobei röntgenologisch im Bereich der distalen Wurzel keine Anzeichen einer Ostitis zu erkennen waren (Abb. 3).

■ **Wie würden Sie entscheiden?**

- Wie lautet die Diagnose?
- Welche Differenzialdiagnosen ziehen Sie in Erwägung?
- Welche Therapieoptionen würden Sie der Patientin vorschlagen?

Die Auflösung des Falls finden sie auf den Seiten 407 bis 412.