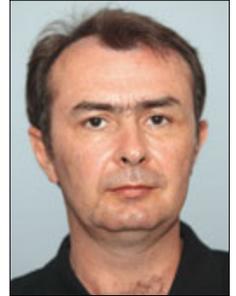


Gabriel Tulus



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

Ein überwiesener 26-jähriger Patient mit unauffälliger allgemeinmedizinischer Anamnese stellt sich mit rezidivierenden Beschwerden im rechten Unterkiefer vor. Er berichtet über akute starke, teilweise pulsierende Schmerzen und ein Schwellungsgefühl im Bereich des Zahns 46. Vor ungefähr zwei Jahren, einige Monate nach einer Wurzelkanalbehandlung, hätte er erstmalig Symptome bemerkt. Schmerzen oben genannter Intensität, allerdings ohne ein Schwellungsgefühl, seien erstmalig vor ungefähr zwei Monaten aufgetreten, jedoch unter alleiniger Antibiotikagabe abgeklungen. Weiterführende Behandlungsmaßnahmen wurden nicht vorgenommen. Die Schmerzen seien aber nun erneut aufgetreten und wegen der eingeschränkten Wirkung „üblicher“ rezeptfreier Analgetika habe der Patient den zahnärztlichen Notdienst aufsuchen müssen, der ihn zur weiteren Therapie überwies.

Die Kollegin des Notdienstes habe nach klinischer Untersuchung und Anfertigung einer Röntgenaufnahme dem Patienten mitgeteilt, dass sich in einem Wurzelkanal ein abgebrochenes endodontisches Instrument befinde. Weiterhin sei der Zahn „stark entzündet“ (Patientenangaben) und die Einleitung einer kausalen Therapie im Notdienst nicht risikofrei möglich. Dem Patienten wurden Analgetika und Antibiotika verschrieben. Des Weiteren wurde ihm empfohlen, sich schnellstmöglich bei einem Endodontologen vorzustellen – alternativ bei einem Kieferchirurgen, falls ihm die Fahrt zum Endodontologen (etwa 40 km bis zur nächstgelegenen Endodontologenpraxis) zu lang erscheint oder nicht möglich ist.

Zur „zahnbezogenen“ Anamnese konnte der Patient keine wertvollen Angaben machen. Der Zahn war vermutlich aufgrund einer tiefen Karies wurzel-

behandelt worden. Beschwerden, so der Patient, habe er aber bis zu dieser Behandlung keine verspürt. Die Wurzelbehandlung hat der Patient als kompliziert in Erinnerung, es waren mehrere Sitzungen erforderlich und die Behandlung trotz Betäubung sehr schmerzhaft. Aufgrund dieser Angaben lässt sich vermuten, dass der Zahn zu diesem Zeitpunkt vital war.

■ Klinischer Befund

Die extraorale Inspektion ergab keine auffälligen Befunde. Eine Schwellung im Bereich des rechten Unterkiefers war nicht zu erkennen. Die rechten submandibulären Lymphknoten zeigten bei der Palpation eine erhöhte Empfindlichkeit im Vergleich zur linken Seite.

Der intraorale Befund, fokussiert auf den rechten Unterkiefer, zeigte einen mit einer Kompositfüllung restaurierten Zahn 46. Der Zahn war stark perkussions- und berührungsempfindlich. Die Nachbarzähne waren mit Füllungen versorgt und reagierten beim Sensibilitätstest mit Kälte primär unauffällig.

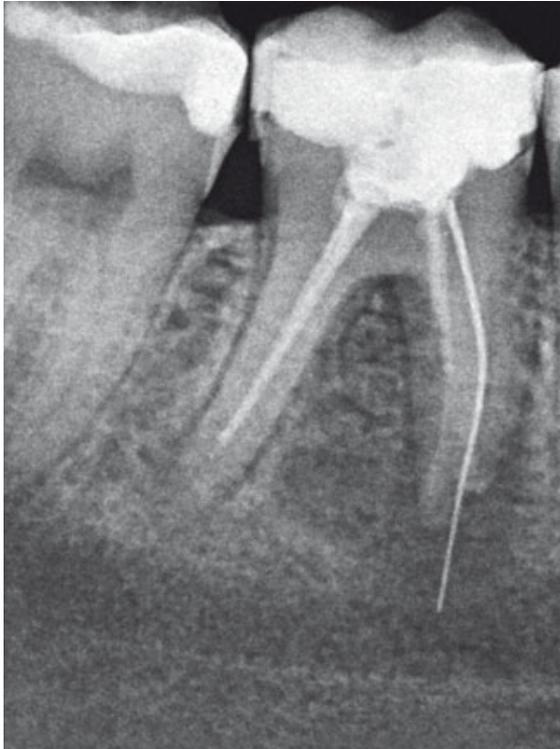
Bei der Sechspunkt-Sondierungstiefenmessung an den Zähnen 45, 46 und 47 ergaben sich Werte zwischen 2 und 3 mm. Die Zähne 45 und 47 wiesen einen Lockerungsgrad I auf. Bei Zahn 46 ließ sich der Lockerungsgrad I nur vermuten, da die starke Berührungsempfindlichkeit nur unzuverlässige Ergebnisse lieferte.

■ Röntgenbefund

Die Auswertung der intraoralen Röntgenaufnahme des Zahns 46 (Abb. 1) ergab folgende Befunde:



Abb. 1 Diagnostische Röntgenaufnahme. Instrumentenfraktur im mesiolingualen Wurzelkanal, insuffiziente Wurzelkanalfüllungen in den mesiobukkalen und distalen Wurzelkanälen.



- Der Zahn 46 ist koronal stark zerstört und mit einer approximal randundichten Kompositfüllung versorgt.
- Der Zahn ist insuffizient wurzelgefüllt, d. h. in der distalen Wurzel mit einer etwa 3 bis 4 mm zu kurzen Wurzelfüllung und im mesiobukkalen

Wurzelkanal mit einer ebenfalls zu kurzen Wurzelfüllung versorgt, die inhomogen und nicht wanddicht erscheint.

- Im gesamten Verlauf des mesiolingualen Wurzelkanals und noch etwa 4 mm unterhalb des röntgenologischen Apex bis in unmittelbare Nähe des Canalis mandibularis ist ein radioopaker Fremdkörper zu erkennen, der höchstwahrscheinlich Teil eines endodontischen Instruments ist.
- Periapikal der mesialen Wurzel ist eine ausge dehnte Osteolyse mit einem Durchmesser von etwa 7 bis 8 mm vorhanden. Zusätzlich ist eine periapikale Osteolyse mit einem Durchmesser von etwa 4 bis 5 mm an der distalen Wurzel zu erkennen.

■ Wie würden Sie entscheiden?

- Wie lauten die Diagnosen?
- Welche Therapieoptionen kommen infrage?
- Für welche Option würden Sie sich entscheiden?
- Welche Probleme und Risiken sind bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigen?

Die Auflösung des Falls finden Sie auf den Seiten 433 bis 438.