

# Pulpotomie – „Comeback“ einer



**Autorinnen:** *Dr. med. dent. Peggy Herrmann, Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs*

Die Indikation zur Pulpotomie war bisher eher auf Zähne mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum oder traumatisch eröffneter Pulpa beschränkt. Neue wissenschaftliche Daten und Materialentwicklungen haben aktuell zu einer Ausdehnung des Indikationsspektrums beigetragen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der aktuellen S3 Leitlinie zur Therapie pulpaler und apikaler Erkrankungen der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie wider.<sup>1</sup> Mittlerweile stellt die Pulpotomie sogar eine Therapieoption bei irreversibler Pulpitis dar, allerdings fehlen hierzu aktuell noch Langzeitstudien.<sup>2</sup> Die in der Leitlinie<sup>1</sup> und den „Aktuellen Empfehlungen zur Vitalerhaltung der Pulpa“<sup>3</sup> zitierten Untersuchungen geben für die Pulpotomie unter Verwendung hydraulischer Kalzium-Silikatzemente Erfolgsraten von über 85 Prozent an.

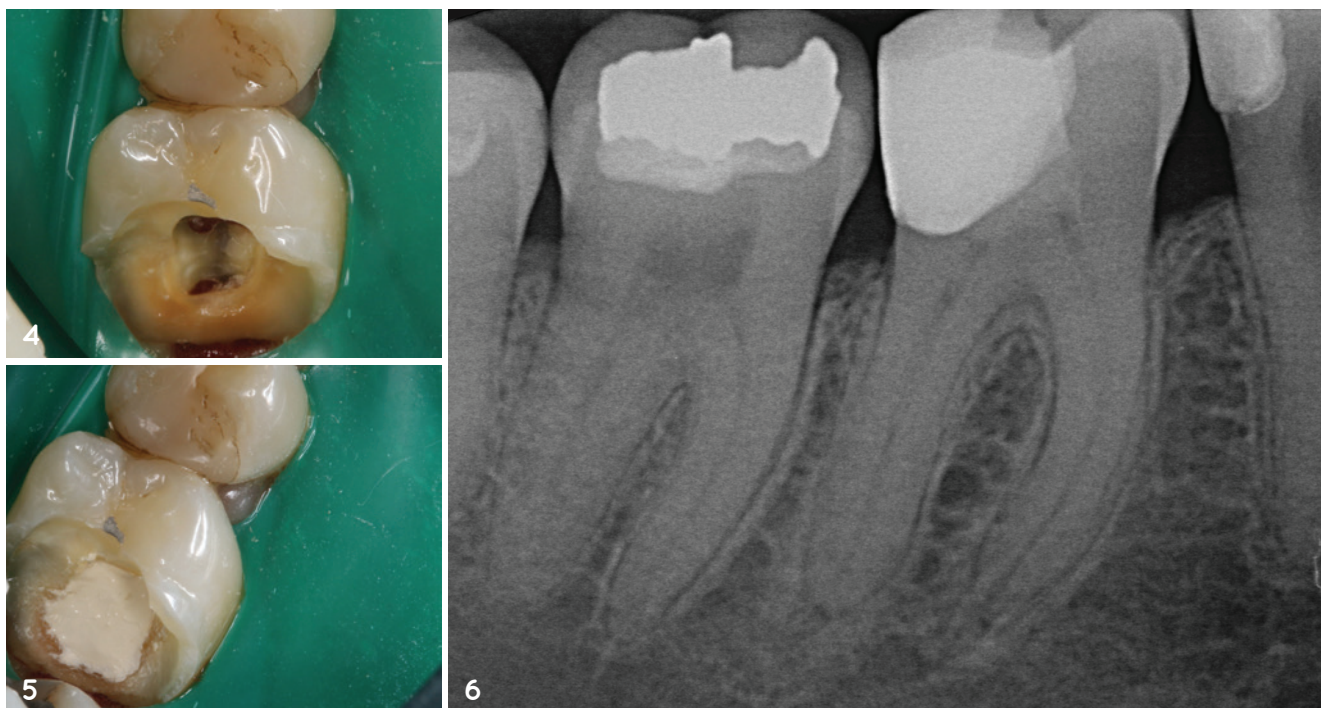
Dr. med. dent.  
Peggy Herrmann  
[Infos zur Autorin]



Prof. Dr.  
Anne-Katrin Lührs  
[Infos zur Autorin]



# bewährten Behandlungsmethode



Im Gegensatz zur direkten Überkappung, bei der allein die Abdeckung der artifizial eröffneten Pulpa erfolgt, wird bei der Pulpotomie die Kronenpulpa teilweise („partiell“) oder bis zum Eingang der Wurzelkanäle („vollständig“) entfernt.<sup>1,3</sup> Die Pulpotomie ist im Vergleich zur Pulpektomie mit anschließender Wurzelkanalbehandlung weniger invasiv. Der Zahn behält seine Vitalität und somit die pulpa Immunfunktion und Reizweiterleitung bei minimierten Behandlungsrisiken.<sup>3</sup> War der Vitalerhalt der Pulpa durch Pulpotomie erfolglos, kann bei Notwendigkeit immer noch eine Wurzelkanalbehandlung folgen.

Der Erfolg der Pulpotomie beruht auf einer sorgfältigen Schmerzanamnese und Diagnostik. Ein zentrales Kriterium stellt die klinische Beurteilung der Pulpablutung dar, welche den Entzündungsgrad und die Regenerationsfähigkeit des Gewebes widerspiegelt.<sup>4</sup> Nach Entfernung

des pulpalen Gewebes sollte die anschließende Blutstillung mit Natriumhypochlorit erfolgen.<sup>5</sup> Die freigelegte Pulpaoberfläche wird idealerweise mit einem hydraulischen Kalzium-Silikatzement abgedeckt, welcher Kalziumhydroxid in diesem Einsatzbereich überlegen ist.<sup>3,6</sup> Neben der aseptischen Behandlung unter Kofferdam wird eine optische Vergrößerung, gute Ausleuchtung sowie der Einsatz steriler Präparationsdiamanten klar empfohlen. Nach Abschluss der Behandlung sollten regelmäßige klinische und radiologische Nachkontrollen durchgeführt werden.<sup>1</sup>

**Abb. 1:** D3 Läsion am Zahn 46 einer 42-jährigen Patientin bei klinischer Symptombefreiheit und positivem Sensibilitätstest. **Abb. 2:** Restkaries zentral, minimale Eröffnung der Pulpakammer. **Abb. 3:** Partiiell freigelegte Pulpa nach vollständiger Exkavation. **Abb. 4:** Zustand nach vollständiger Pulpotomie. **Abb. 5:** Abdeckung mit einem hydraulischen Kalzium-Silikatzement. **Abb. 6:** Röntgenologische Kontrolle Zahn 46 bei weiterhin klinischer Beschwerdefreiheit fünf Monate nach vollständiger Pulpotomie.



Literatur

Bilder: © Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventivzahnmedizin, Medizinische Hochschule Hannover