

Therapie externer zervikaler Resorption

Traumen an bleibenden Oberkieferfrontzähnen bei Kindern zwischen 8 und 13 Jahren sind nicht selten. Selbst bei fachgerechter Erstversorgung können Spätfolgen wie eine Nekrose der Pulpa mit apikaler Parodontitis und/oder Resorptionen an der Wurzel auftreten. Wir stellen hier einen Fall vor, bei dem inzwischen die Fünf-Jahres-Befunde nach Therapie einer externen zervikalen Resorption vorliegen.

Dr. Bernhard Albers

■ Die zum damaligen Zeitpunkt zwölf Jahre alte Patientin erlitt im Februar 2003 einen Sturz auf die Oberkieferfrontzähne. Die Erstversorgung fand in der Kieferchirurgie der Universitätsklinik Hamburg statt. Die Zähne wurden mit einer herausnehmbaren Schiene versorgt.

Fünf Tage nach dem Unfall stellte sich die Patientin bei uns vor. Die Zähne 12–21 schmerzten bei Berührung. Ihr Lockerungsgrad betrug 1–2. Die Sondierungstiefen an den Zähnen 13–23 waren rundherum unter 2 mm. Die Schneidekanten der Zähne 12,11 waren leicht angebrochen, der Schmelz beider Zähne hatte Querrisse. Von der mesialen Ecke des Zahnes 21 waren 1,5 mm abgebrochen. Das Zahnfleisch war unverletzt, die Zähne nicht disloziert. Die Reaktion auf eine Vitalitätsprüfung der Zähne 13,22,23 war normal, am 12 extrem positiv, an den Zähnen 11,21 leicht verzögert. Die Patientin wurde angewiesen, die Schiene weiter dauernd zu tragen und nicht abzubeißen.

Einen Monat nach dem Unfall war der Lockerungsgrad der Zähne 12–11 fast normal, die Zähne 13–23 vital. Die Zähne 12,11 waren laut Angabe der Patientin noch übermäßig reizempfindlich. Zwei Monate nach dem Unfall wurde die Schiene abgesetzt und die Schneidekanten der Zähne 12–21 geglättet. Die Vitalität 13–23 war positiv, die Zähne 12,11 noch überempfindlich.

Nach vier Monaten wurde der Zahn 21 mit einem Komposit-Eckenaufbau versorgt. Die Vitalität der Zähne 13–23 war positiv, die Zähne 12,11 immer noch empfindlich. Nach sieben Monaten waren die Zähne 13–23 ohne Beschwerden und alle vital. Ein Jahr nach dem Unfall trug die Patientin Multiband. Die Zähne waren unauffällig. Nach drei Jahren war die kieferorthopädische Behandlung beendet, die Zähne vital und unauffällig.

Resorption vier Jahre später

Vier Jahre nach dem Unfall im Mai 2007 zeigte sich bei einer Routineuntersuchung dann eine externe Resorption palatinal marginal am Zahn 11 (Abb. 1–3). Alle anderen Zähne waren vital und unauffällig. Der Zahn 11 war schmerzfrei, reagierte auf Kälte negativ. Im Röntgenbild stellte sich eine große zervikale und apikale Aufhellung dar (Abb. 3 und 7). Nach Reduktion der marginalen Gingiva mittels Elektrotom und vorsichtiger Eröffnung der Resorptionshöhle sah man im Defekt stark durchblutetes Gewebe (Abb. 4). Als dieses grob entfernt war, sah man das offene Pulpenkavum mit devitaler Pulpa (Abb. 5). Das Pulpenkavum wurde grob gereinigt und dann eine medikamentöse Einlage mit



Abb. 1: Ansicht frontal. – Abb. 2: Ansicht palatinal. – Abb. 3: Röntgen-Ausgangsbefund.

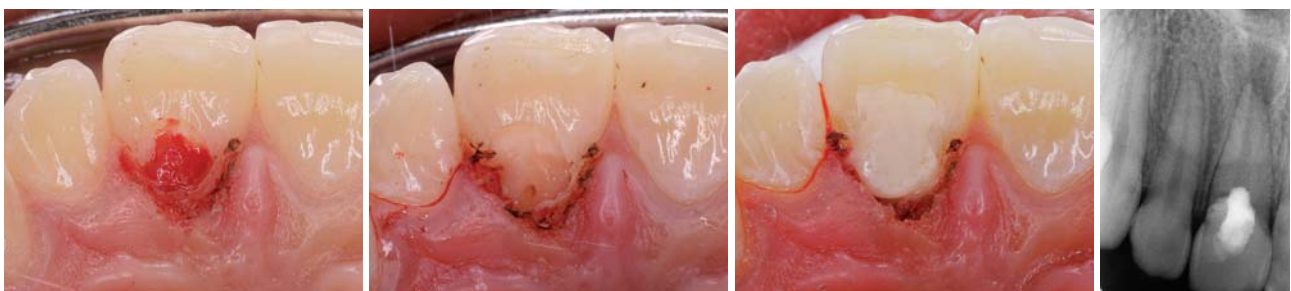


Abb. 4: Resorptionsgewebe. – Abb. 5: Offene Pulpa. – Abb. 6: Provisorischer Verschluss. – Abb. 7: Apikale Aufhellung.

Ledermix vorgenommen. Der Verschluss erfolgte mit Cavit und Glasionomer-Zement (GIZ; Abb. 6 und 7).

Drei Wochen später erfolgte palatinal eine chirurgische Kronenverlängerung. Unter dem Mikroskop wurde der Resorptionsdefekt gründlich ausgebohrt, sodass keine Defekte im Dentin mehr zu sehen waren. Es schloss sich die Wurzelkanalbehandlung unter dem Mikroskop an (Abb. 8–10). Gespült wurde mit erwärmten NaOCl 2,5 % und zum Schluss mit Alkohol. Da das apikale Foramen einen Durchmesser von über ISO 80 hatte, wurde ein MTA ProRoot grau Plug gesetzt. Da dies unser erster apikaler Plug mit MTA war, verunglückte dieser etwas (überstopft, inhomogen) (Abb. 9). Nach Setzen des Plugs wurde eine feuchte Papierspitze eingebracht und der Zahn mit Cavit und GIZ verschlossen.

Nach einer Woche wurde die Behandlung weitergeführt. Das MTA war jetzt hart. Es erfolgte der Backfill mit AH Plus und erwärmter Guttapercha. Anschließend wurde das Dentin oberhalb der Wurzelfüllung gründlich mittels Rosenbohrern nachgearbeitet und auch der Resorptionsdefekt noch einmal überprüft und mit Bohrern gereinigt. Der Zahn wurde dann nach Ätzung mit Scotchbond MP, Core Paste weiß und zahnfarben verschlossen (Abb. 10 und 11).

Drei Monate nach Therapie war der Zahn 11 frei von Beschwerden. Im Röntgenbild zeigte sich eine Ausheilungstendenz der apikalen Aufhellung. Es gab keine Anzeichen von weiteren Resorptionsvorgängen. Die Sondierungstiefe des Sulkus palatinal war unter 2 mm (Abb. 12 und 13). Zwei Jahre später ergaben sich die gleichen Befunde. Im Röntgenbild war die Aufhellung apikal komplett ausgeheilt (Abb. 14 und 15).

Fünf Jahre später sind die Zähne 13,12,21–23 vital, die Sondierungstiefen an allen Zähnen 13–23 physiologisch und die Patientin ist weiterhin frei von Beschwerden (Abb. 16 und 17). Es gibt keine Anzeichen für Resorptionen, und im Röntgenbild zeigt sich kein pathologischer Befund. Die Sondierungstiefen am Zahn 11 sind rundherum 1 mm, palatinal in der Mitte 2 mm. Es fällt im Röntgenbild auf, dass das extraradikulär liegende MTA inzwischen weitestgehend resorbiert wurde (Abb. 18).

Diskussion

Nach fünf Jahren zeigt sich bei der jetzt 21-jährigen Patientin ein therapeutischer Erfolg. Obwohl der MTA-Plug nicht sauber gesetzt wurde, wirkt der Zahn gesund und hat nach fünf Jahren Beobachtungszeit unseres Erachtens eine gute Prognose. ■

KONTAKT

Dr. Bernhard Albers

Praxis für Zahnerhaltung, Endodontie und Implantologie
Grasweg 3, 22846 Norderstedt
praxis@dr-albers.de
www.dr-albers.de

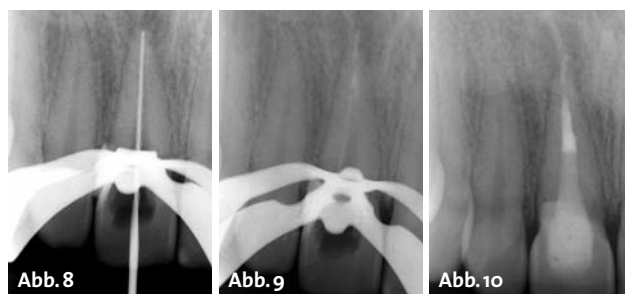


Abb. 8: Messaufnahme. – Abb. 9: MTA-Plug. – Abb. 10: Kontrolle der Wurzelfüllung. – Abb. 11: Drei Wochen nach Therapie.



Abb. 12: Palatinal und ... – Abb. 13: ... Röntgen nach drei Monaten. – Abb. 14: Palatinal und ... – Abb. 15: ... Röntgen nach zwei Jahren.

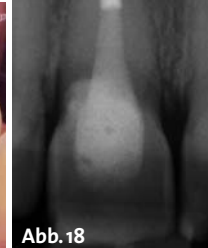


Abb. 16: Frontal, ... – Abb. 17: ... palatinal und ... – Abb. 18: Röntgen nach fünf Jahren.