

Der vorliegende Fachbeitrag beschreibt die Anwendung einer sonografischen Bildgebung. Vorgestellt wird eine 78-jährige Patientin, die seit über vier Jahren regelmäßig Bisphosphonate, wegen eines bekannten multiplen Myeloms, erhält. Bei der Patientin wurde im August 2015 in Lokalanästhesie der Zahn 36 unter antibiotischer Abschirmung entfernt. Seit dieser Zeit klagt die Patientin fortwährend über Beschwerden im Bereich der Extraktionsstelle.

Dr. Dr. Dr. O. Knauer
[Infos zum Autor]



Sonografische Darstellung einer nicht heilenden Extraktionswunde

Dr. med. Dr. med. dent. Dr. medic (RO) Oliver Knauer



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: Klinischer Situs der Extraktionswunde 36 nach elf Monaten mit Darstellung der Fisteln. – **Abb. 2:** Applikation der Mikrokonvexsonde im Bereich des Unterkiefermodells links in Höhe des Zahnfaches 36.

Die Vorstellung der Patienten, in der ambulanten Sprechstunde, erfolgte elf Monate nach der Entfernung des Zahnes 36. Klinisch ist der Befund weitgehend unauffällig. Die Gingiva ist über der Extraktionswunde komplett verschlossen. Es zeigen sich im Bereich des Zahnfleisches kleinere Fisteln, welche leicht bläulich verfärbt sind und bei der Palpation Sekret absondern (Abb. 1).

Mithilfe einer Mikrokonvexsonde und dem Ultraschallgerät (Aplio 300, Fa. Toshiba) wurde die Extraktionswunde von Intraoral untersucht (Abb. 2).

Da die Patientin im linken Unterkieferseitenzahnggebiet zahnlos ist, ließ sich die Sonde gut intraoral applizieren. Ziel war es, die Alveolen möglichst komplett darzustellen.

Das Icon am rechten Bildrand (Abb. 3) zeigt den geöffneten Mund mit der ungefähren Position der Sonde.

Die Mikrokonvexsonde ist durch ihre kleine, handliche und runde Form sehr gut für die intraorale Sonografie geeignet. Es handelt sich um eine Sonde im mittleren Frequenzbereich mit circa 7 MHz. Die Eindringtiefe der Mikrokonvexsonde ist deutlich besser als bei reinen Nahfeldsonden ab 14 MHz, allerdings nimmt die Detailschärfe etwas ab.

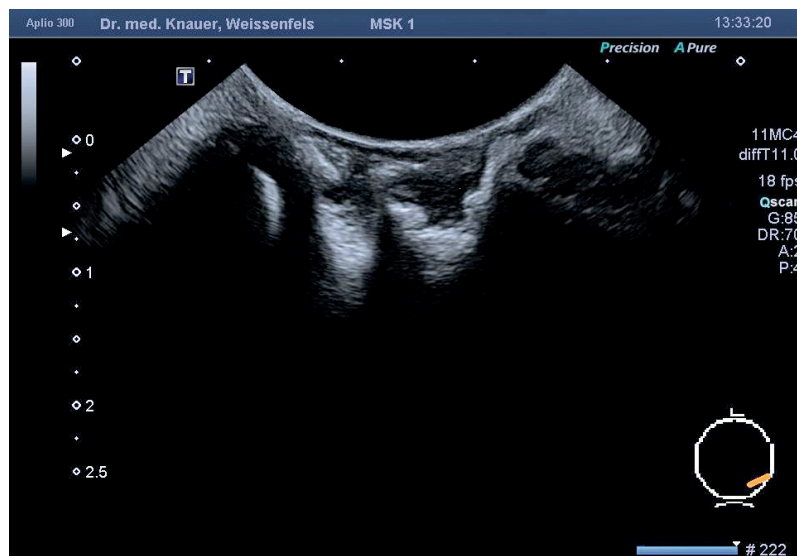


Abb. 3: Sonografisches Bild des Zahnfaches 36 mittels der Mikrokonvexsonde.

Im vorliegenden Fall lassen sich die Zahnfächer der mesialen und distalen Wurzel des Zahnes 36 gut darstellen. Im Bereich des Apex, und zum Teil auch an den Wänden der Alveolen, sind größere reflexreichere Zonen zu sehen, welche die Zahnfächer unvollständig verschlie-

ßen. Nach kranial ist eine deutlich verminderte Reflexion messbar, was für eine unvollständige Knochenbildung spricht. Die Knochenstruktur ist pathologisch verändert und entspricht nicht der natürlichen Spongiosa. Die Umfavorgänge des Knochens sind durch die

Bisphosphonattherapie nachweislich erheblich gestört.

Die Behandlung der Patientin mit Bisphosphonaten ist dringend angezeigt, obwohl die negativen Effekte auf die Kieferknochen hinreichend bekannt sind (Grötz, Kreusch, DZZ 60[10]2006). Eine chirurgische Revision der Wunde 36 ist nur nach einer längeren Unterbrechung der Bisphosphonattherapie möglich. Daher ist vor dem Eingriff eine Konsultation und Absprache mit den behandelnden ärztlichen Kollegen zwingend notwendig.

Kontakt

**Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. medic (RO) Oliver Knauer**
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Ultraschall
in der Zahnmedizin e.V.
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Naumburger Straße 76
06667 Weißenfels
www.mkg-knauer.de

ANZEIGE

Werden Sie
Autor für das
Oralchirurgie
Journal.

Kontaktieren Sie Georg Isbaner
✉ g.isbaner@oemus-media.de ☎ 0341 48474-123

© PureSolution/Shutterstock.com

oemus