

Kinderzahnheilkunde in Corona-Zeiten

Ein Beitrag von Miroslav Gleiche-Yonchev, Dr. Rilana Busjan

FALLBERICHT /// Die Kinderzahnmedizin stellt immer eine besondere Herausforderung dar. Der Umgang mit den jüngsten Patienten in der Praxis verlangt viel vom Behandlungsteam, damit die Therapie schnell und reibungslos verlaufen kann. Häufig gehen einer normalen Behandlung einige Desensibilisierungssitzungen voraus, um die Kooperation des Kindes zu erhöhen. Nun stellt sich mit der neuen Situation in unserer Gesellschaft eine neue Herausforderung – die Behandlung unter Corona-Auflagen. Dabei ergeben sich vor allem zwei Fragestellungen: Wie schaffen wir den Spagat zwischen psychosomatischer Gesprächsführung und Corona-Auflagen? Und wie behandeln wir Risikopatienten und welche Behandlungen sind in diesem Kontext derzeit möglich?

In der Kinderzahnmedizin bauen wir die Behandlung auf zwei Säulen auf – die eine ist die Zahnmedizinische, das Handwerkliche, das, was die Patienten und im Falle der Kinderzahnmedizin auch die Eltern von uns erwarten. Die andere ist die kindergerechte, psychosomatisch passende Gesprächsführung. Die handwerkliche Arbeit hat sich in der Pandemie kaum verändert, das Vorgehen bei einer Milchzahnextraktion oder Füllung ist gleich geblieben. Die zweite Komponente haben wir modifiziert, um den Kindern ein Stückweit Angst und Berührungängste zu nehmen.

Natürlicher Kontakt mit den Kindern vor Corona

Wenn es aber um die initialen Kontaktmöglichkeiten zu den Kindern geht, wird es in der aktuellen Zeit deutlich schwieriger. Das ständige Tragen des Mundschutzes, die Erwartung eines minimalen Kontaktes (kein Händeschütteln) und das ständige Tragen von Handschuhen in der Nähe des Patienten wurden in der Zeit vor Corona vermieden, um die Kinder nicht zu verängstigen.

Post-Corona: Den Kindern die „Verkleidung“ erklären

Um den heutigen Anforderungen gerecht zu werden und die Mitarbeit des Kindes zu sichern, hat sich in unserem Praxisalltag die „Einführungsphase“ vor der Behandlung bewährt. Wir nehmen uns beim Erstkontakt mit den Patienten einige Minuten mehr Zeit als vor der Pandemie, um spielerisch unser Aussehen und das ständige Tragen von Mundschutz und Handschuhen zu erklären. Die Mundschutzpflicht erleichtert unsere Arbeit, da auch die Begleitperson im Behandlungszimmer einen Mundschutz trägt. Wir haben festgestellt, dass diese wenigen Minuten essenziell wichtig für den Aufbau einer Vertrauensbasis sind. Wenn wir als komplett fremde und verkleidete Menschen akzeptiert werden, dann wird unser Handeln im Mund des Patienten auch in der Regel leichter angenommen.

PRAXISTIPP: Forcieren Sie nicht die Behandlung aufgrund von Zeitdruck. Das Kind weiß nicht, dass Sie noch weitere Patienten haben und die Corona-Krise unseren zahnärztlichen

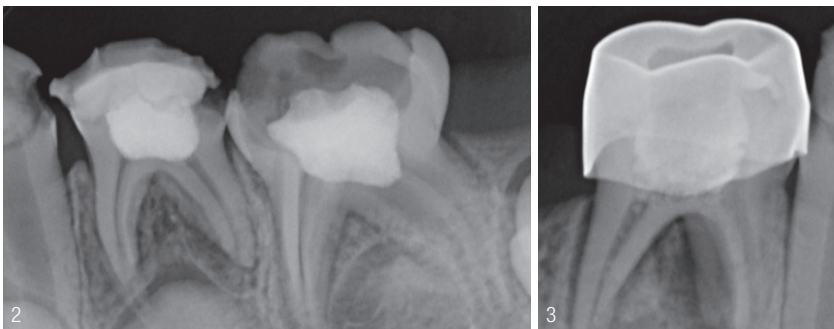
Alltag deutlich erschwert. Planen Sie den Ersttermin bei Kindern einige Minuten länger, um einen entspannteren Einstieg in die Therapie zu finden. Wenn Sie sich die Compliance des Kindes sichern, sind Sie bei den nächsten Terminen deutlich schneller in der Behandlungsphase.

Fallbericht

Die zweite Frage, die sich in diesen ungewöhnlichen Zeiten stellt, ist, wie wir mit Risikopatienten im Kindesalter umgehen und wie weit wir gehen können. Wir versuchen die Frage anhand eines Beispiels zu beantworten.

Der Patient – männlich, fünf Jahre alt – stellte sich im Januar in unserer Praxis vor. Das Anliegen der Familie war klar: Wir sollten dem Kind helfen, da es sehr häufig Zahnschmerzen hatte und sich nicht ohne Weiteres behandeln ließ. Das Besondere an diesem Fall war, dass der Patient an einer chronischen Bronchitis litt, und durch regelmäßige Besuche im Krankenhaus eine regelrechte Phobie (zahn)medizinischem Personal gegenüber entwickelte. Zusätzlich zu der Situation kam eine alio loco nicht zu Ende

Abb. 1: Intraoperative Aufnahme vor dem Eingriff.
Abb. 2: Intraoperatives Röntgenbild Regio 75 mit insuffizienter Versorgung und Furkationsbefall.
Abb. 3: Intraoperatives Röntgenbild Regio 84. 84 mit Krone versorgt und intraradikulärer Aufhellung. Zahn 84 weist auch einen Fistelgang auf.
Abb. 4: Zustand nach Kariesexkavation.



geführte Behandlung in ITN aufgrund von Schwierigkeiten bei der Beatmung (chronische Bronchitis). Der initiale Befund wies viele Entzündungsherde sowie kariöse Läsionen auf, die Compliance war stark eingeschränkt. Für uns stand das Vorgehen ziemlich schnell fest: Eine Therapie konnte nur in ITN durchgeführt werden, musste aber zuvor mit unserem Anästhesieteam detailliert durchgesprochen werden.

Nach ausführlicher konsiliarischer Beratung bekamen wir grünes Licht und planten die Behandlung in ITN – dann kam Corona.

Neue, teils schwammig formulierte Richtlinien ließen uns alles auf den Kopf stellen und noch mal hinterfragen, was medizinisch notwendig ist und ob der Eingriff stattfinden konnte.

Das Kind klagte über Appetitlosigkeit und tägliche Schmerzen ausgehend von den pulpatoten Zähnen, die nicht mehr mit oraler Therapie (Amoxicillin 500mg/5 ml 1-1-1 und Nurofensaft 4 %) in den Griff zu bekommen waren.

Für uns war die medizinische Dringlichkeit klar, sodass Anfang Mai der Eingriff in ITN in unserer Praxis stattfand. Für den Patienten wurde ein großes Zeitfenster eingeplant, um den Kontakt zu anderen Patienten in der Praxis zu vermeiden. Für das Vorgehen in ITN haben wir uns für maximale Sicherheit entschieden und alle Zähne, die nicht erhaltungswürdig sind, direkt extrahiert. Der Versuch einer Wurzelkanalbehandlung wurde als zu großes Risiko für eine weitere ITN empfunden.

OP-Bericht

Der präoperative Befund stellte sich folgendermaßen dar: 74 fehlend, zerstörte Zähne 54, 61, 75, 74, 84, 85 mit Fistelgängen an 61, 75 und 85. Die restlichen Zähne wiesen große bis sehr große kariöse Läsionen auf, der 85 trug einen

Lückenhalter, der circa drei Millimeter in die Gingiva eingewachsen war. Für ein effizientes Zeitmanagement und eine möglichst kurze Narkosedauer wurden zunächst alle Kariesstellen im Oberkiefer und im Verlauf analog im Unterkiefer aufgezogen.

Hierbei stellte sich heraus, dass die Karies an 51 bis an die Pulpa grenzte, der Zahn wurde deshalb im weiteren Verlauf extrahiert.

Nach Kariesexkavation wurden die zu erhaltenden Zähne mit Adhäsivtechnik und Komposit unter Zuhilfenahme von Matrizen und Holzkeilchen versorgt.

Nach Politur aller Füllungen konnte der eingewachsene Lückenhalter im zweiten Quadranten entfernt und die nicht erhaltungswürdigen Zähne extrahiert werden. Im dritten Quadranten war eine Nahtversorgung notwendig, die mit resorbierbarem Nahtmaterial durchgeführt wurde, um ein eventuell schmerzhaftes Fädenziehen zu vermeiden.

Nach fünf Tagen stellte sich der Patient schmerzfrei und mit wiedergewonnenem Appetit bei uns zur Kontrolle vor.

Fazit

Auch bei Risikopatienten können und sollten wir – auch jetzt in Zeiten mit besonderen Auflagen – helfen. Die Behandlung kann in der eigenen Praxis stattfinden.

Diese muss aber sehr gründlich geplant und detailliert mit dem Patienten und ggf. seiner Familie im Vorfeld kommuniziert sein, damit ein optimales Ausmaß an Sicherheit und auch Wohlbefinden der kleinen Patienten gegeben sind.

Fotos: © novacura

INFORMATION ///

Miroslav Gleiche-Yonchev
 novacura Zahnmedizinisches
 Versorgungszentrum GmbH
 Steinfurter Straße 100
 48149 Münster
 www.novacura-zahnaerzte.de