

# Anästhesie zur Minischraubeninsertion

**KN Fortsetzung von Seite 1**

Trivialität der Thematik, die im zahnmedizinischen Studium ausgiebig behandelt wurde – schließlich wissen wir alle, wie man einen Patienten richtig betäubt. Bei genauerem Hinsehen stellt sich der Bereich Anästhesie zur Insertion kieferorthopädischer Minischrauben jedoch deutlich komplexer dar, als zunächst angenommen. Ziel dieses Artikels ist es daher, nach dem aktuellen Stand des Wissens verschiedene Optionen der Minischraubenanästhesie aufzuzeigen und dem interessierten Praktiker einen Leitfadens zum zweckmäßigen Einsatz der verschiedenen Techniken zu liefern.

## Grundlagen

Das Ziel einer jeden Anästhesiemethode ist die sichere und verlässliche Ausschaltung der Schmerzempfindung eines Patienten, um einen Eingriff möglichst komfortabel durchführen zu können.<sup>1</sup> Beim Einsatz pharmazeutischer Anästhetika geschieht dies meist durch eine Blockade der neuronalen Natriumkanäle, wodurch die Depolarisation der Zellmembran verhindert wird und damit die neuronale Impulsweiterleitung unterdrückt wird.<sup>2</sup> Neben

den dieser Hauptanforderung sollte die ideale Minischraubenanästhesie allerdings noch weitere Anforderungen erfüllen (geordnet nach Priorität):

- } sichere Anwendung mit geringen systemischen Nebenwirkungen
- } ausreichende Wirkdauer
- } Beitragend zum Schutz anatomischer Strukturen während der Insertion
- } schnell einsetzende, lokal begrenzte Wirkung
- } für den Patienten komfortable Verabreichung (gute Patientenakzeptanz)
- } für den Praktiker einfache Anwendung
- } kostengünstig.

Um zu verstehen, welche Methoden die Minimalanforderung erfüllen, macht es an dieser Stelle Sinn, die örtlichen anatomischen Verhältnisse kurz zu erläutern, die bei der Insertion von kieferorthopädischen Minischrauben eine Rolle spielen.

## Relevante Anatomie

Bei einer Minischraubeninsertion „lege artis“ kommt es zu einer Perforation von vier Gewebeschichten (orale Mukosa, Periost, Kortikalis, Spongiosa), ohne dass die Schraube mit anderen anatomischen Strukturen in Kontakt kommt. Wichtig ist,

<b>Kiefer</b>	anatomische Strukturen
<b>Maxilla</b>	Zahnwurzeln/Parodont Sinus maxillaris Nasenhöhle Nerven und Blutgefäße des Canalis incisivus Nerven und Blutgefäße des Canalis palatinus
<b>Mandibula</b>	Zahnwurzeln/Parodont Nerven und Blutgefäße des Canalis mandibularis

**Tabelle 1:** Sensible anatomische Strukturen, die bei der Insertion kieferorthopädischer Minischrauben verletzt werden könnten.

sich die sensible Innervation der diversen Schichten vor Augen zu führen: Von den vier erwähnten Schichten besitzt nur das Weichgewebe, also die orale Mukosa und das Periost, eine sensible Innervation. Der Knochen selber besitzt keine nervliche Versorgung und bedarf somit auch keiner Anästhesie. Damit ist klar, dass es im Grunde nur einer oberflächlichen Anästhesie, ohne tiefere Penetration bedarf, um die sensibel innervierten Gewebe, die bei der Minischraubeninsertion perforiert werden, verlässlich zu betäuben.<sup>3</sup>

## Biofeedback-Prinzip

Weitere anatomische Strukturen, die während einer Insertion verletzt werden könnten, und die auch sensibel innerviert sind, gibt Tabelle 1 wieder. Hier ist es fraglich, ob es sinnvoll ist, die Innervation dieser Strukturen

auch auszuschalten. Wird dies durch eine tiefere Anästhesie angestrebt, so wird maximaler Patientenkomfort während der Insertion gewährleistet. Sollte es allerdings während der Insertion zur Verletzung einer Struktur kommen, wird dies vom inserierenden Zahnarzt erst, entweder haptisch beim Kontakt mit der Schraube, radiologisch nach stattgefundener Insertion oder nach Abklingen der Anästhesie, vom Patienten im Sinne von post-operativen Schmerz, festgestellt. In jedem Falle wäre es dann bereits zum Schaden, der je nach betroffener Struktur mehr (z. B. Nerv) oder weniger (z. B. Wurzel) kritisch ausfallen kann, gekommen. Ein alternatives Vorgehen ist es, die Innervation der betreffenden Strukturen durch eine weniger tief wirkende Anästhesie beizubehalten. Dies könnte natürlich bei Kontakt mit der Schraube zu Schmerzen aufseiten des Patienten führen. Dieses Vorgehen erlaubt allerdings eine zeitnahe Einschätzung der Schraubenposition relativ zu anderen anatomischen Strukturen, da der Patient fortwährend auf die Insertion reagiert und damit das sogenannte „Biofeedback“ liefert.<sup>3</sup> Somit sollte ein Patient bei einer planmäßig ablaufenden Insertion bis auf einen dumpfen Druck nichts spüren. Sobald er aber über einen stechenden Schmerz berichtet, sollte die Insertion unterbrochen werden. Dies deutet nämlich darauf hin, dass die Schraube sich in unmittelbarer Nähe einer innervierten anatomischen Struktur befindet. In der Regel erfolgt diese Rückmeldung (Biofeedback) bevor die Schraube die Struktur schädigt und resultiert aus dem erheblichen Druck, den die Schraube unmittelbar vor dem Kontakt ausübt. Damit ist es möglich, die Schädigung einer innervierten Struktur zu vermeiden, auch wenn dies unter Umständen zulasten des Patientenkomforts geht. Ob nun nach dem „Biofeedback“-Prinzip anästhesiert wird oder nicht, sollte von der Präferenz des inserierenden Zahnarztes abhängen, denn beide Vorgehensweisen können bei korrekter Planung zum Erfolg führen.



Abb. 2: Konventionelle Infiltrationsanästhesie an der Insertionsstelle.



Abb. 3: Zwischenschritt: Eindrehen der Minischraube (tomas®-Pin, DENTAU-RUM, Ispringen).



Abb. 4: tomas®-Pin in situ.



Abb. 5: Indirekte Verankerung zum Zahn 26.

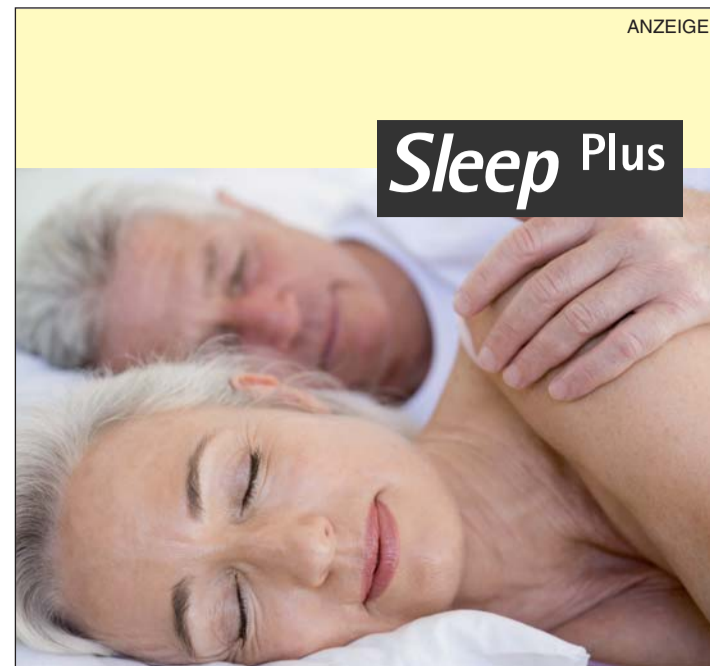


Abb. 6: Syrijet Mark II Kanülenfreies Injektionssystem (Keystone Industries, Cherry Hill, USA).

## Klinisches Vorgehen

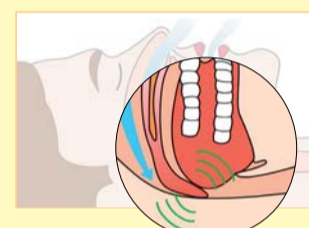
### Lokale Infiltrationsanästhesie (mittels Injektionsnadel)

Die wahrscheinlich am meisten verbreitete Anästhesie zur Insertion von kieferorthopädischen Minischrauben ist die lokale Infiltrationsanästhesie mittels Injektionsna-

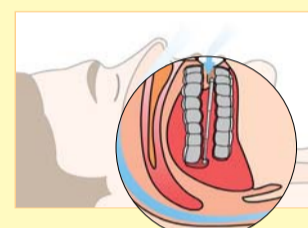


**Sleep Plus**

## Das komfortable Behandlungsmittel für die Schnarchtherapie!



Nächtliches Schnarchen durch Flattern und Schwingen der Weichteile im verengten Rachen



Vorverlagerung des Unterkiefers mit SleepPlus verhindert das Zurückfallen des Zungengrundes

### SleepPlus kann mehr als bisher bekannte Systeme:

- Individuell einstellbare Federn erhöhen den Tragekomfort
- Die okklusal angeordneten Teleskopschienen schonen die Wangenschleimhaut
- Eine optionale frontale Ruhefixation lässt den Unterkiefer im Schlaf eine entspannte Position einnehmen
- Frontale und laterale Aufbisse entlasten Muskulatur und Kiefergelenke im Schlaf



Ein Behandlungskonzept, entwickelt für die moderne Zahnarztpraxis, die Ihren Patienten mehr Gesundheit bieten will. Fordern Sie weitere Informationen an, die Sie und Ihre Patienten überzeugen werden.

### Faxantwort an bredent 0 73 09 / 8 72-24

Bitte senden Sie mir

- Infomappe SleepPlus, REF 992 9640 D
- Fortbildungsangebot Schnarchtherapie, REF 000 321 0D
- Bitte vereinbaren Sie einen Termin zur Vorstellung in der Praxis

Absender

**bredent**

SleepPlus entspricht dem Produkt **Roncho EX**. Namensänderung seit August 2009.

bredent GmbH & Co.KG  
Weissenhorner Str. 2  
89250 Senden · Germany  
Tel. (+49) 0 73 09 / 8 72 - 22  
Fax (+49) 0 73 09 / 8 72 - 24  
www.sleepPlus.de · e-mail  
info@bredent.com

Fortsetzung auf Seite 8 **KN**



Abb. 7: Bestandteile der „Biofeedback“-Oberflächenanästhesie.

**KN Fortsetzung von Seite 7**

del, zum Teil mit vorausgegangener Oberflächenanästhesie zur Verminderung des Einstichschmerzes.<sup>4</sup> Diese Art der Infiltration ist einfach zu verabreichen und jeder Zahnarzt sollte über ausreichende Erfahrung mit dieser Methode verfügen, da sie überwiegend der konventionellen Infiltrationsanästhesie der allgemeinen Zahnmedizin entspricht, wobei hier aber die Injektion direkt an der geplanten Insertionsstelle gesetzt werden sollte (Abb. 2). Es genügt eine minimale Menge an Anästhetikum (ca. 0,1 ml), um den gewünschten Effekt zu erzielen. Nach erfolgter Injektion kann die Minischraube sofort eingebracht werden (Abb. 3 bis 5). Allerdings dringt ein injiziertes Anästhetikum einfach in den Knochen ein und kann so auch andere dort vorhandene Strukturen anästhesieren und damit das „Biofeed-

back“ reduzieren oder gar ausschalten. Dies ist umso wahrscheinlicher, je länger man nach erfolgter Injektion mit der Insertion abwartet und je mehr Anästhetikum verabreicht wird.

**Vorteile:**

- } verlässliche Schmerzausschaltung
- } ausreichende Wirkdauer
- } schnell einsetzende Wirkung
- } einfach zu verabreichen
- } kostengünstig

**Nachteile:**

- }, „Biofeedback“ fraglich
- } unangenehme Verabreichung
- } geringere Patientenakzeptanz

**Lokale Infiltrationsanästhesie (nadelloses System)**

Eine Modifikation der Infiltrationsanästhesie ist der Einsatz eines nadellosen Injektionssystems (Syrijet Mark II, Keystone Industries, Cherry Hill, USA) (Abb. 6), bei dem

das Anästhetikum durch hohen Druck direkt ins Gewebe gepresst wird.<sup>5</sup> Dies soll zu größerer Patientenakzeptanz durch nadellose Verabreichung führen, was jedoch fraglich ist, da der hohe Druck auch relativ unangenehm sein kann.<sup>6</sup> Zudem ist das System nicht universell einsetzbar, da das Ende des Instruments relativ klobig ist und daher nicht alle Insertionsstellen erreichbar sind. Von der Anwenderseite her ist diese Methode jedoch als günstig zu bewerten, da sie erlaubt, eine minimale Menge an Anästhetikum genau abgemessen einzubringen, ohne die konventionelle Injektionsnadel zu verwenden. Dies verhindert tiefes Eindringen des Anästhetikums und stellt das „Biofeedback“, besonders an Insertionsstellen mit dicker Kortikalis, sicher.

**Vorteile:**

- } verlässliche Schmerzausschaltung bei nadelloser Injektion
- } ausreichende Wirkdauer
- }, „Biofeedback“ möglich (je nach Insertionsstelle und Dosis)
- } schnell einsetzende Wirkung
- } erhöhte Patientenakzeptanz

**Nachteile:**

- } nicht universell einsetzbar
- } teure Anschaffung

**Oberflächenanästhetikum**

Ganz ohne Injektion kann man einen Patienten an Insertionsstellen betäuben, an denen die Dicke der Weichgewebe 3 mm nicht übersteigt. Denn hier liefert ein



Abb. 8: Abgeschilferte Mukosa nach längerer Applikation des Oberflächenanästhetikums (gelber Kreis).  
Abb. 9: Verabreichung des Oberflächenanästhetikums.  
Abb. 10: Eindrehen der Minischraube (Dual Top™, Jeil Medical Corporation, Seoul, Korea).

starkes Oberflächenanästhetikum (Abb. 7) eine verlässliche Blockade der Impulsweiterleitung.<sup>3,5,7</sup> Diese Methode hat ohne Frage die größte Patientenakzeptanz und stellt das „Biofeedback“ sicher.<sup>3,8</sup> Problematisch ist allerdings, dass die reine Oberflächenanästhesie nicht an allen Stellen gleichen Erfolg verspricht, da entweder erhöhte Weichgewebedicke oder stärkere Keratinisierung der Gingiva ausreichende Resorption verhindern können. Hier hilft auch keine längere Verweildauer, da sich diese schädigend auf die Mukosa auswirken kann: Der hohe pH-Wert der meisten Gels zur Oberflächenanästhesie kann bei zu langer Verweildauer eine ätzende Wirkung entfalten. Auch haben viele Gels einen Vasokonstriktor beigemischt, der bei zu langer Applikation die Blutzufuhr so reduziert, dass es zum Abschilfen der oberflächlichen Epithelschichten kommt (Abb. 8).<sup>9</sup> Die Verabreichung ist simpel und erfolgt mittels Wattestäbchen direkt an der angestrebten Insertionsstelle (Abb. 9). Nach ausreichender Einwirkdauer (3 bis 5 min) kann die Minischraube problemlos gesetzt werden (Abb. 10).

**Vorteile:**

- } injektionsfreie Anästhesie
- }, „Biofeedback“ vorhanden
- } angenehme Verabreichung
- } gute Patientenakzeptanz
- } einfache Anwendung
- } ausreichende Wirkdauer
- } kostengünstig

**Nachteile:**

- } systemische Nebenwirkungen bei Verschlucken erhöht
- } nicht überall wirksam
- } langsam einsetzende Wirkung
- } Schädigung der Mukosa möglich

**Zusammenfassung**

Dieser Artikel hat drei verschiedene Anästhesiemethoden aufgezeigt, die zur Insertion kieferorthopädischer Minischrauben eingesetzt werden können, und Tabelle 2

**KN Literatur**

- [1] Malamed SF, Sykes P, Kubota Y, Matsuura H, Lipp M. Local anesthesia: a review. *Anesth Pain Contol Dent.* 1992; 1(1):11–24.
- [2] Malamed SF. Local anesthesia. *J Calif Dent Assoc.* 1998;26(9): 657–660.
- [3] Baumgaertel S, Razavi M, Hans MG. Mini-implant anchorage for the orthodontic practitioner. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008;133(4):621–7.
- [4] Buschang PH, Carillo R, Ozen-gaugh B, Roussouw PE. 2008 survey of AAO members on miniscrew usage. *J Clin Orthod.* 2008;42(9):513–8.
- [5] Graham JW. Profound, needle-free anesthesia in orthodontics. *J Clin Orthod.* 2006;40(12): 723–4.
- [6] Grau T, Ernst CP, Willershausen B. A needle-free intraoral injection technic. Clinical study of patient acceptance of the Syrijet Mark II Needleless Injector (Mizzi, Inc., N.J., U.S.A.). *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 1997; 107(11): 993–1002.
- [7] Kravitz ND, Kusnoto B. Placement of mini-implants with topical anesthetic. *J Clin Orthod.* 2006;40(10):602–4.
- [8] Matthews DC, Rocchi A, Gafni A. Factors affecting patients' and potential patients' choices among anaesthetics for periodontal recall visits. *J Dent.* 2001; 29: 173–179.
- [9] Baumgaertel S. Compound topical anesthetics in orthodontics: putting the facts into perspective. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009;135(5):556–7.

stellt sie noch einmal vergleichend gegenüber. Da alle drei Methoden in den meisten Fällen zum gewünschten Ergebnis führen, hängt es zum Großteil von der Präferenz des Behandlers ab, welche Methode zum Einsatz kommt. Allerdings hat es sich in der Vergangenheit gezeigt, dass es sinnvoll ist, mindestens zwei dieser Methoden, aber besser noch alle drei, zu beherrschen, um jeden Patienten optimal zu behandeln. Ist die Anästhesie erst einmal sicher gesetzt, lässt sich die Minischraube ohne größere Probleme eindrehen. ☒

**KN Kurzvita**



**Prof. Dr. med. dent. Sebastian Baumgärtel, D.M.D., M.S.D. (USA), FRCD(C)**

Nach seinem Zahnmedizin-Studium an der Universität Bonn und einer Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik der Bonner Zahnklinik, wechselte Professor Baumgärtel zur kieferorthopädischen Facharztausbildung an die Case Western Reserve University in Cleveland, USA, wo er heute als Clinical Associate Professor Leiter der kieferorthopädischen Biomechanik und Direktor der Klinik für skelettale Verankerung ist. Zusätzlich unterhält er eine kieferorthopädische Praxis in Cleveland. Prof. Dr. Baumgärtel ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und fungiert als Mitglied der redaktionellen Beiräte mehrerer wissenschaftlicher Journals, u. a. des American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.

**KN Adresse**

Prof. Dr. Sebastian Baumgärtel  
Dept. of Orthodontics  
School of Dental Medicine  
Case Western Reserve University  
10900 Euclid Avenue  
Cleveland, OH 44106-4905  
USA  
E-Mail: Dr.B@us-ortho.com

**ANZEIGE**

[www.halbich-lingual.de](http://www.halbich-lingual.de)

**Thomas Halbich LINGUALTECHNIK**

**PATIENTEN** **BEHANDLER**

**NEU** unsere bewährte Übertragungstechnik jetzt mit dem „QMS“ (Quick-Modul-System) für

- höhere Präzision
- vereinfachte Arbeitsabläufe
- deutliche Zeitvorteile