

Endodontie im Milchgebiss

Viele Zahnärzte sind unsicher, ob und wie Milchzähne zu versorgen sind. Eine Ursache liegt darin begründet, dass es wesentliche Unterschiede zwischen Milchzähnen und permanenten Zähnen gibt, die insbesondere bei der endodontischen Behandlung von Bedeutung sind.

OA PRIV.-DOZ. DR. CHRISTIAN HIRSCH/HALLE (SAALE)

Die DGZMK-Stellungnahme „Wie lange soll ein Milchzahn erhalten werden“ (2/03) beschreibt aus kinderzahnärztlicher/konservierender und kieferorthopädischer Sicht die Notwendigkeit zum Erhalt der Milchzähne möglichst bis zum physiologischen Durchbruch der nachfolgenden permanenten Zähne. Im Gegensatz zu dieser Forderung steht die Beobachtung aus den Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe im Jahr 2004 (www.daj.de/presse), dass bei den Schulanfängern in Deutschland noch immer fast die Hälfte der kariösen Milchzähne nicht mit einer intakten Füllung versorgt ist. Dieser Gegensatz zwischen der Forderung nach dem Erhalt der Milchzähne und der klinisch-praktischen Wirklichkeit bei der Kinderbehandlung ist nicht neu – bereits in einem 1886 erschienenen Lehrbuch der Zahnmedizin (J. Parreidt: Compendium der Zahnheilkunde) hieß es: „Werden immer die kleinsten Höhlen sofort gefüllt, bevor sie gross werden, so hat das Kind bei der Operation keine Schmerzen und bekommt später auch keine Zahnschmerzen. ... Anders ist die Behandlung, wenn schon von mehreren Zähnen die Approximalflächen zerstört sind. Die Defekte scheinen dem Laien sehr klein, sind aber meist schon recht gross und lassen sich schwierig behandeln. ... In solchen Fällen ist es daher gerathen, eine conservative Behandlung nicht zu unternehmen. ... So erklärt sich der scheinbare Widerspruch der Zahnärzte untereinander.“

Besonderheiten

Die Unterschiede zwischen Milchzähnen und permanenten Zähnen hinsichtlich ihrer Anatomie, Morphologie und Physiologie sind doch so groß, dass sich daraus prinzipielle Unterschiede für die Durchführung endodontischer Maßnahmen ergeben. Zunächst weisen Schmelz und Dentin bei Milchzähnen wesentlich geringere Wandstärken auf. Diese banal erscheinende Feststellung hat zur Folge, dass gerade im Bereich der Appro-

ximalräume von Milchmolaren, aber auch an den Glattflächen der Frontzähne, wo die Wandstärken besonders gering sind, die Pulpa bei Kariesdefekten bereits häufig mitbeteiligt ist (Abb. 1). Hinzu kommt eine geringere Reaktionsfähigkeit der Milchzahnpulpa auf äußere Reize, was dazu führt, dass die entzündete Pulpa nicht mit Schmerzempfindungen reagiert und der tatsächliche Pulpazustand sowohl für das Kind/die Eltern als auch für den Zahnarzt im Verborgenen bleibt. Dieser primär-chronische Entzündungsverlauf findet sich im Milchgebiss nicht nur bei Pulpaerkrankungen häufig, sondern auch bei den apikalen Parodontitiden, die oft als Folgezustände früherer akuter oder chronischer Pulpitiden entstehen. Die physiologische Resorption der Milchzähne im Zuge des Zahnwechsels mit abnehmender Reparationsfähigkeit der Pulpa, die große Variationsbreite der Milchmolarenwurzeln sowie deren starke Krümmung (um die Keime der permanenten Nachfolger herum) sind weitere wichtige Besonderheiten, die bei der Anwendung endodontischer Verfahren im Milchgebiss zu berücksichtigen sind.

Diagnostik

Aus den geschilderten Besonderheiten der Milchzähne ergibt sich zunächst die Forderung nach einer sorgfältigen Diagnostik und Behandlungsplanung. Grundsätzlich sollte vor Beginn der Behandlung eines Milchzahns klar sein, welchen Stellenwert der Zahn in der Gebissentwicklung einnimmt, wie die Pulpa des betreffenden Zahnes beschaffen ist und welche Therapiealternativen für welche Diagnosen infrage kommen. Die Anamnese kann mit Angaben zur Schmerzlokalisierung und -dauer wertvolle Hinweise liefern. Bei der klinischen Untersuchung zeigen Rötungen der Gingiva, Schwellungen oder Fisteln in der Umgebung kariöser Milchzähne, dass die Entzündung bereits bis in den Kieferknochen vorgedrungen und der betreffende Zahn damit avital ist. Wenn solche klaren klinischen Zeichen fehlen, ist das Röntgenbild



Abb. 1: Approximalkaries an Milchmolaren. – Abb. 2: Bissflügel-Röntgenaufnahme. – Abb. 3: Zustand nach Entfernung der Kronenpulpa. – Abb. 4: Kontrollaufnahme nach Pulpotomie.