

Planungsstrategien bei interdisziplinären Behandlungen in der Oralchirurgie

Aus den verschiedensten Gründen sind unsere Patienten häufig auf ihr aktuelles medizinisches Problem fixiert und suchen die Lösung dieses – und zwar nur dieses – Problems. Sie erwarten dennoch in der Regel, dass der Arzt darüber hinaus durch sein Fachwissen Zusammenhänge erkennt und geplante Therapien auf deren Prognose hin beurteilt. Ähnliches gilt für zielgerichtete Überweisungen, nur dass die Ansprüche der Kollegen fachlich entsprechend höher sind. Dieser Problematik kann man nur mit systematischem Vorgehen und der Vermeidung fauler Kompromisse begegnen.

Dr. Dr. Peter A. Ehrl/Berlin

■ Dies soll an zwei typischen Beispielen aus der täglichen Praxis verdeutlicht werden.

Die Überweisung zur Resektion eines oberen ersten Molaren
Selten stellt bei der Resektion des ersten oberen Molaren heute die operationstechnische Durchführung noch ein Problem dar. Die Probleme ergeben sich eher aus falschen Einschätzungen oder falschen Erwartungen.

Die Prognose eines apikal entzündeten Zahnes bei chirurgischer Therapie lässt in 64 % einen Erfolg erwarten⁹ (bei 3.524 Zähnen, 1995). Die Erfolge mögen heute durch präzisere Methoden etwas besser sein, ähnlich umfangreiche Untersuchungen fehlen jedoch. Grund hierfür ist die schwindende Bedeutung dieser Therapie durch die Implantologie.

Bei einer derart schlechten Prognose spielt die sog. Wertigkeit des zu erhaltenden Zahnes eine große Rolle. Die Vorgaben für Sachleistungen bei gesetzlich Versicherten geben in dieser Frage klare Empfehlungen, die auch allgemein beachtet werden können. So ist eine endodontische Behandlung dann sinnvoll, wenn eine geschlossene Zahnreihe erhalten wird, wenn eine einseitige Freundsituation vermieden wird, wenn der Erhalt von Zahnersatz davon abhängt oder wenn ein Antagonist vorhanden ist. Eine konservative Revision nicht randständiger oder undichter Wurzelfüllungen ist i.d.R. nur indiziert wenn eine geschlossene Zahnreihe erhalten wird, wenn eine einseitige Freundsituation vermieden wird und wenn der Erhalt von Zahnersatz davon abhängt. Auch wenn dies sehr klar klingt, in der Praxis reichen diese Kriterien oft nicht für eine Entscheidung aus.

Allgemeinmedizinische Kontraindikationen müssen insofern in Betracht gezogen werden, als neben der Frage der vernünftigen Nahrungszerkleinerung die Belastbarkeit des Patienten, die akute als auch langfristig bestehende Resistenz gegenüber entzündlichen Vorgängen berücksichtigt werden müssen. Seit Einführung der volumetomografischen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass apikale Veränderungen an oberen Molaren fast immer mit entzündlichen Veränderungen in der Nebenhöhle einhergehen (Abb. 1). Diese Befunde können mit 2-D-Panoramaauf-

nahmen nicht zuverlässig erhoben werden. Hat man früher einfach akzeptiert, dass die Prävalenz von Nebenhöhlenerkrankungen ca. 25 % beträgt,⁴ so muss man dies heute (selbst)kritischer betrachten, auch wenn Untersuchungen hierzu noch fehlen. Immerhin steht hiermit heute ein Verfahren zur Verfügung, das es ermöglicht, sowohl zur Eingriffsentscheidung als auch zur Langzeitkontrolle eindeutiger Aussagen zu machen. Im zahnmedizinischen Bereich konkurriert die chirurgische apikale Chirurgie mit den Möglichkeiten der Endodontie, der Parodontologie, der Ersatzprothetik und der Implantologie. Vom bedauernswerten Ansinnen, eine junge Konstruktion über die Gewährleistungsfrist zu hieven bis hin zum Bestreben eine langfristig dauerhafte Lösung zu finden, tut sich hier ein sehr weites Feld auf. Umfangreiche statische Untersuchungen für die aufgezählten Möglichkeiten liegen nicht vor, vielleicht ist dies aufgrund der vielen Parameter auch nicht sinnvoll. So stellt Fritz et al. für endodontische Behandlungen einen Erfolg bei 77 % fest,⁵ Kvist und Reit geben mit ihrer Untersuchung in etwa das Spektrum der Literatur wider, indem sie die Heilungsquote mit 45 % bis 90 % feststellen.⁷ Sie sehen nach zwei Jahren keine signifikanten Unterschiede zwischen rein endodontischer und endodontisch-chirurgischer Therapie. Kerschbaum gab den Erfolg dreigliedriger Brücken mit ca. 80 % nach zehn Jahren an.⁶

Diese Überlegungen zeigen, dass eine primär so einfach erscheinende Entscheidung für oder gegen eine Wurzelspitzenresektion eines oberen Molaren, für alle an der



Abb. 1: Planung einer Molarenresektion mit Berücksichtigung des Nebenhöhlenbefundes (Galileos, VTG).