

Wurzelresorptionen – Lohnt der Zahnerhalt?

Literatur



Dr. Andreas Simka
[Infos zum Autor]



Das Auftreten von Wurzelresorptionen stellt den Zahnarzt vor die Frage: Ist der Erhalt des Zahnes möglich oder sind die ersten Anzeichen einer Resorption der Anfang vom Ende? Der folgende Beitrag gibt anhand mehrerer Fallberläuterungen mögliche Antworten auf die obige Fragestellung und stellt potenzielle Versorgungsschritte vor.

Autor: Dr. Andreas Simka M.Sc.

Ein Entscheidungskriterium für die Beantwortung der oben gestellten Frage könnte der aktuelle Fortschritt der Destruktion sein, ein weiteres Kriterium die Lokalisation der Resorption. Anders gesagt, wie viel Zahnhartsubstanz wurde bisher zerstört und in welchem Abschnitt der Wurzel findet der Resorptionsprozess statt?

Die erste Frage zielt zum Beispiel auf die anschließende prothetische Wertig-

keit des Zahnes ab, letztere Frage, ob die Resorption spezielle Therapieverfahren, Instrumente oder Materialien erfordert und ob eine chirurgische Therapie, ergänzend zur Endodontie, angewendet werden muss. Gab es vorab kein auslösendes Ereignis, welches eine gezielte Nachkontrolle erforderte, fallen solche Pathologien meist zufällig im Rahmen von Routine-Untersuchungen auf. Zu diesem Zeitpunkt können

Resorptionen jedoch bereits weit vorangeschritten sein.

Einleitend zu diesem Thema möchte ich hier drei Fälle von Wurzelresorptionen zeigen und kurz die dazugehörige Historie skizzieren. Sie als erfahrene Behandlerin/erfahrener Behandler bitte ich, für sich zu entscheiden, welchen Zahn Sie extrahieren würden und in welchem Fall ein Erhaltungsversuch für Sie sinnvoll erscheint.

Fallbericht 1:

Im April 2019 stellte sich ein 19-jähriger Soldat nach Frontzahntrauma bei uns in der Abteilung mit der Fragestellung vor, ob Zahn 11 erhalten werden kann. Der sechs Wochen zuvor avulsierte Zahn 11 wurde alio loco reponiert. Gleichzeitig erfolgte eine semi-rigide Fixierung mit einem KFO-Draht. Das am 5.2.2019 angefertigte Röntgenbild zeigte bereits erste Resorptionserscheinungen (Abb. 1). Am Tag der Erstvorstellung in unserer Abteilung, also nur knapp zwei Monate später, war die Resorption bereits deutlich vorangeschritten (Abb. 2).

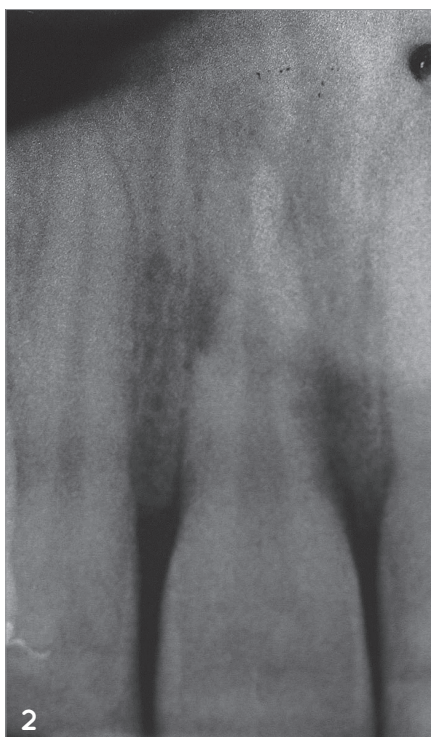
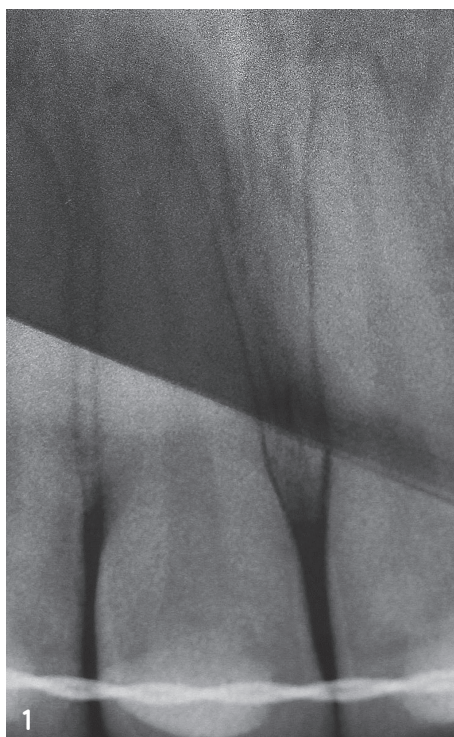


Abb. 1: Zahn 11 nach Replantation, Fixierung und Trepanation im Februar 2019. **Abb. 2:** Kontrollaufnahme Zahn 11 Anfang April 2019 zeigt die rasch voranschreitende Wurzelresorption.



AUF EINEM GUTEN „WEG“
SICHER AN IHR ZIEL.

KOMMEN SIE GERADE NICHT WEITER?

D-FINDERSTM

BEGLEITET SIE DORT,
WO ANDERE AUFGEBEN.

FÜR WEITERE INFORMATIONEN WENDEN SIE SICH AN MANI:

WWW.MANI.CO.JP/EN

DENTAL.EXP@MS.MANI.CO.JP

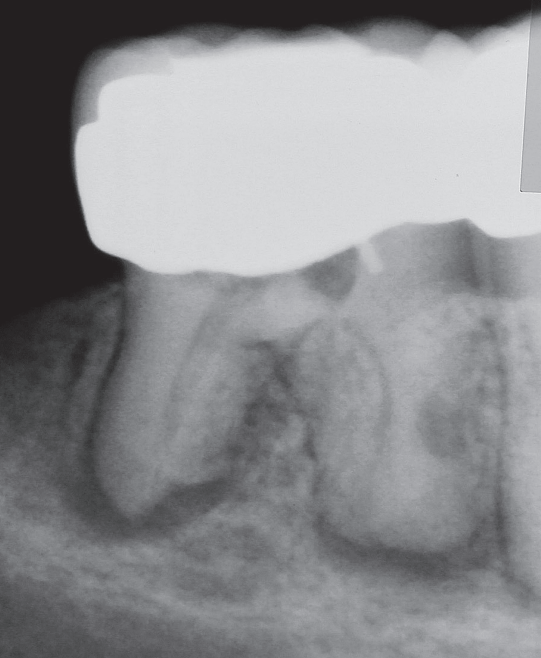


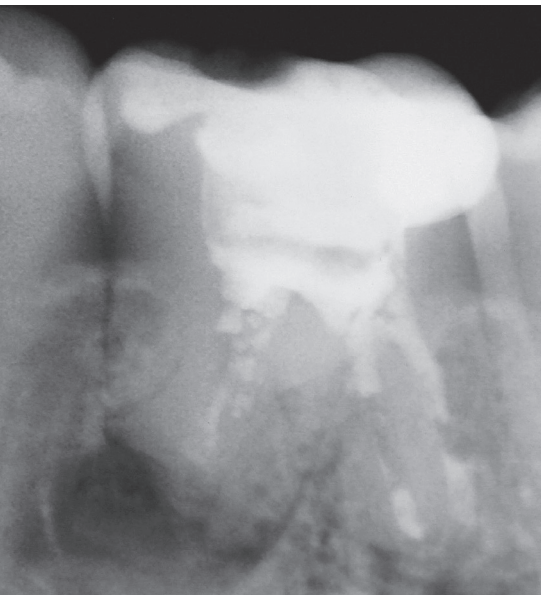
Abb. 3: Zahn 46 mit alio loco durchgeführter Trepanation. Verdacht auf Resorptionen im apikalen Bereich der distalen Wurzel sowie im mittleren Wurzeldrittel der mesiolingualen Wurzel.

Fallbericht 2:

Im zweiten Fall wurde uns ein 47-jähriger Patient überwiesen, bei dem die Suche nach den Wurzelkanaleingängen an Zahn 46 frustan abgebrochen wurde. Das bei Erstvorstellung angefertigte Diagnose-Röntgenbild legte den Verdacht auf eine Resorption im mittleren Wurzeldrittel der mesiolingualen Wurzel nahe. Gleichzeitig erschien der apikale Bereich der distalen Wurzel zumindest anresorbiert (Abb. 3).

Fallbericht 3:

Abschließender Fall wurde zu uns im Februar 2019 überwiesen. Der 39-jährige Patient stellte sich nach bereits initiiertem Wurzelkanalbehandlung an Zahn 36 in unserer Abteilung vor. Zu diesem Zeitpunkt befand sich ein Calciumhydroxid-Präparat in situ. Beschwerden lagen laut Aussage des Patienten nicht vor. Das



daraufhin angefertigte Diagnose-Röntgenbild zeigt die umfangreiche externe Resorption der Apices der Wurzeln, insbesondere der distalen Wurzel (Abb. 4). Gemäß Aussage des Patienten wurden, abgesehen von einer Füllungstherapie, keine weiteren konservierenden oder chirurgischen Therapien an diesem Zahn vorgenommen. Zirkulär zeigten sich die Sondierungstiefen unauffällig. Es zeigte sich jedoch eine leichte Lockerung (Grad I) des Zahnes 36.

Pathophysiologie

Wurzelresorptionen sind das Resultat der Aktivität von Odontoklasten,¹ wodurch es zu einer Zerstörung der Zahnhartsubstanzen kommt. Odontoklasten ähneln morphologisch Osteoklasten² und nutzen ähnliche enzymatische Vorgänge, um Hartgewebe aufzulösen^{3,4}. Für gewöhnlich resorbiert der den Zahn umgebende Knochen im Sinne einer Osteolyse. Die Wurzeloberfläche wird von einer Schicht Zementoblasten bzw. einer Schicht nicht mineralisiertem Zement überzogen. Die Wurzelkanäle sind analog dazu mit Prä-Dentin überzogen. Damit fehlen hier die wesentlichen Andockstellen der Odontoklasten und es kommt zu keiner Wurzelresorption.^{5,6} Damit es zu einer Resorption kommt, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein.⁷ Die erste Voraussetzung ist die Zerstörung der jeweiligen „Schutzschicht“, Prä-Dentin oder Prä-Zement. Häufig lassen sich solche Zerstörungen bei avulsierten und anschließend reponierten Zähnen finden.⁸ Die zweite Voraussetzung für das Zustandekommen einer Resorption ist das Vorliegen eines „Reizes“. Solch ein Stimulus kann eine Infektion, z. B. im Rahmen einer Pulpanekrose, sein.⁹ Im Zuge dieser Entzündung werden proinflammatorische Zytokine freigesetzt, was zur Rekrutierung von Osteo- bzw. Odontoklasten führt und deren Aktivität unterhält. Weitere auslösende Faktoren sind zu hohe Kräfte (z. B. Kieferorthopädie) oder chemische Reize (z. B. internes Bleaching).¹⁰ Grundsätzlich lassen sich interne und externe Resorptionen unterscheiden, wobei sich die externen Resorptionen wiederum in die entzündlichen Resorptionen, die Ersatzresorption und die zervikalen Resorptionen un-

tergliedern lassen.¹ Bei den internen Resorptionen kommt es zu einer lokalisierten, ampullen- oder kugelförmigen Erweiterung des Wurzelkanals (Abb. 5). Gründe hierfür sind chronische Entzündungsprozesse, welche beispielsweise bei Nekrose der Pulpa zu finden sind⁷. Fällt bereits radiologisch eine interne Resorption auf, ist dies daher eine klare Indikation für eine Wurzelkanalbehandlung.⁹



Abb. 5: Ampullenförmige Erweiterung des palatinalen Wurzelkanals Zahn 26, Kontrollaufnahme ein Jahr nach Wurzelkanalbehandlung.

Die entzündliche externe Resorption wird oft in Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen gebracht. Neben den bereits erwähnten Infektionen können auch zu hohe anhaltende Druckbelastungen der Zähne, wie sie während kieferorthopädischer Behandlungen auftreten können, ausreichend Stimuli geben, um einen Resorptionsprozess zu starten und aufrechtzuerhalten.⁷ Die Resorptionen treten hier im apikalen Wurzelbereich auf, da die Blutzufuhr durch den Druck reduziert ist.¹¹ Kommt es nach Avulsion des Zahnes zusätzlich zu einem Unterang von parodontalen Ligamentzellen auf der Wurzeloberfläche, wird der Zahn in den Remodelling-Prozess des Knochens miteinbezogen. Sind mehr als 20 Prozent der Wurzeloberfläche betroffen, kommt es zu einer Ankylose.¹²

Die externe zervikale Resorption stellt in gewisser Weise eine Sonderform der externen Resorptionen dar. Heithersay war einer der ersten Wissenschaftler, welcher

Abb. 4: Zahnfilm 46 mit umfangreichen Resorptionen der Wurzeln. Intrakanalär befindet sich ein Calciumhydroxid-Präparat.

sich mit der strukturierten Erfassung dieses Krankheitsbildes auseinanderzusetzen,¹³⁻¹⁶ was auch zur Klassifikation der zervikalen Resorptionen nach Heithersay führte. Noch weiter gehen die Untersuchungen von Mavridou et al.,^{17,18} bei welchen histologische Ergebnisse und die Auswertungen weiterer radiologischer Verfahren (CT, DVT) in die Bewertung miteinfließen. In dieser Studie wurde bei 27 Patienten die Diagnose „Externe zervikale Resorption“ gestellt. Zähne mit infauster Prognose wurden extrahiert, mittels Computertomografie untersucht und histologisch aufgearbeitet. Nur einige wenige Studienergebnisse sollen hier kurz dargestellt werden. Gemeinsam war unter anderem allen untersuchten Fällen:

- Eine oder mehrere Eintrittspforten der Resorption.
- Die Resorption breitet sich dreidimensional aus.
- Vorhandensein einer „Pericanalar resorption-resistant sheet“ (PRRS).
- Resorptions-Regenerationsprozesse.

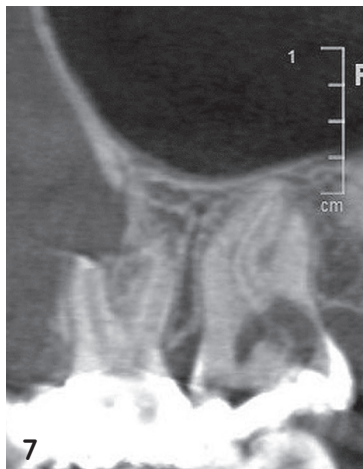
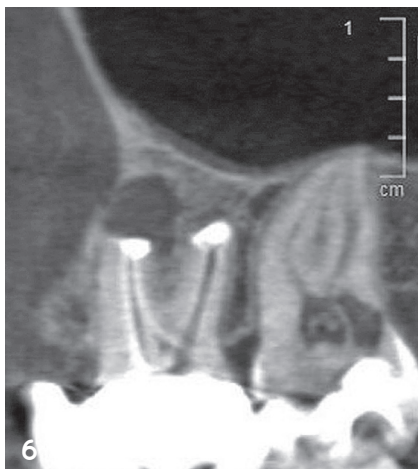
Da sich bei der externen zervikalen Resorption die Zerstörung der Zahnhartsubstanzen entlang der Pulpa bewegt (Abb. 6 und 7), diese jedoch nicht infiltriert, ist das erste Ziel, die Vitalität der Pulpa zu erhalten. Diese Infiltrationsbarriere bildet die oben genannte PRRS.

Abhängig vom Fortschritt der Resorption muss jedoch abgewogen werden, ob sich der betroffene Zahn lang- oder zumindest mittelfristig erhalten lässt.

Diskussion Fallbericht 1:

Der erste Fallbericht zeigt die Auswirkungen eines dentalen Traumas. Das Behandlungsprotokoll der alio loco durchgeführten Notfallbehandlung lag uns leider nicht vor, sodass wir nicht viel über die durchgeführten Therapieschritte sagen können. Sicher ist jedoch, dass die Parodontalligament-Zellen der Wurzeloberfläche zum großen Teil nicht überlebt haben¹⁹, was sich an der eingesetzten Ersatzresorption zeigt. Gründe hierfür können eine falsche Lagerung des Zahnes nach Avulsion, eine Austrocknung des Zahnes oder eine Verletzung der Wurzeloberfläche durch das Trauma oder während der Behandlung gewesen sein. Daher muss die eigentliche „Therapie“ die Prävention der Nekrose des parodontalen Ligamentes direkt nach Unfallgeschehen sein. Prognostisch entscheidend ist ein klar strukturiertes Behandlungsprotokoll, eine optimale (nicht trockene) Lagerung und die schnellstmögliche Retransplantation des avulsierten Zahnes. Einige Studien zeigen zudem eine höhere Überlebensrate der Parodontalligament-Zellen bei der vor Retransplantation durchgeführten Konditionierung der Wurzeloberfläche mit Schmelz-Matrix-Proteinen (Emdogain®, Straumann)^{20,21}. Daher sollte der Einsatz

Abb. 6: DVT-Aufnahme Zahn 27 mit externer zervikaler Resorption, sagittale Darstellung. Die Resorption läuft entlang der Pulpa ab, ohne die PRRS zu durchdringen. **Abb. 7:** DVT-Aufnahme Zahn 27 mit externer zervikaler Resorption, sagittale Darstellung.



Agil,
schnittfreudig
und hungrig.
Procodile.

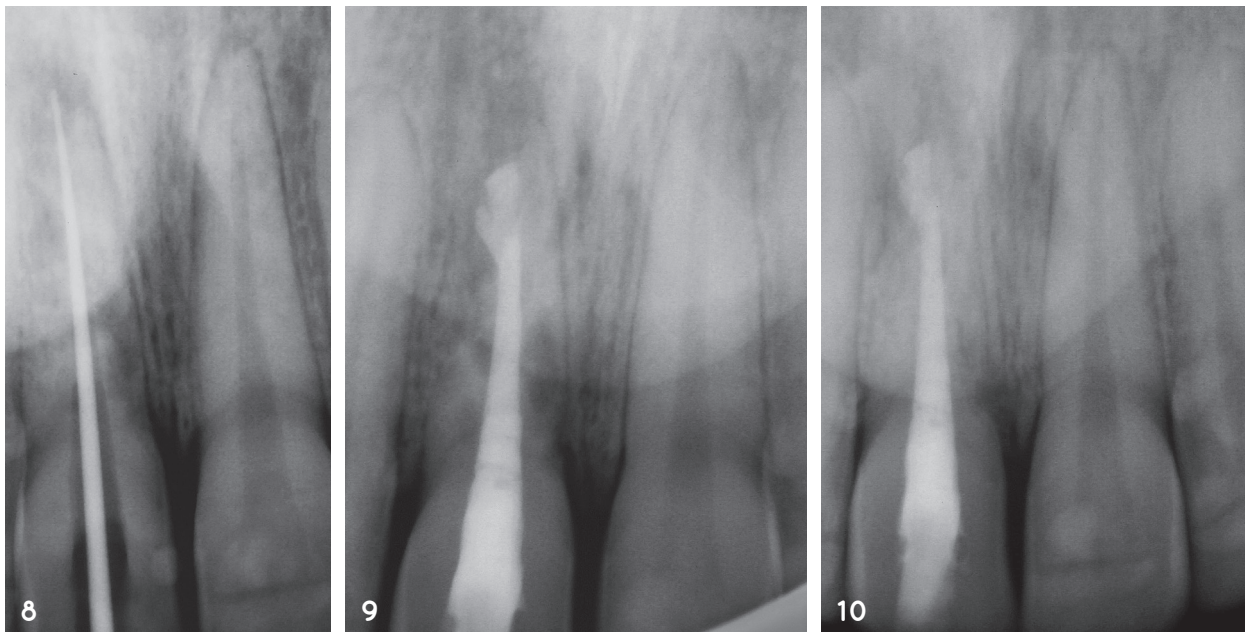


Abb. 8: Die Masterpointaufnahme des Zahnes 11 zeigt die Progredienz der Resorption. **Abb. 9:** Röntgenkontrollbild nach Wurzelfüllung. **Abb. 10:** Röntgenkontrollbild zehn Monate nach Wurzelfüllung. Es zeigen sich keine Anzeichen für ein Fortschreiten der Resorption.

dieser Wachstumsfaktoren mit in Betracht gezogen werden. Nach eingehender Aufklärung des Patienten entschieden wir uns, nicht zuletzt auch wegen seines jungen Alters, für den Erhaltungsversuch und den Versuch, die Resorption durch die endodontische Therapie zu stoppen bzw. stark zu verlangsamen. Beschwerden gab der Patient am Tag der Erstvorstellung nicht an. Die angefertigte Masterpointaufnahme zeigt nochmals deutlich das Ausmaß des Resorptionsprozesses (Abb. 8).

Um ein Überpressen des Wurzelfüllmaterials zu vermeiden, und da eine suffiziente Trocknung des Wurzelkanals nicht ausreichend sicherzustellen war, obturierten wir den Wurzelkanal vollständig mit ProRoot MTA® (Dentsply Sirona) (Abb. 9). Das zehn Monate später angefertigte Röntgenbild gibt keine Hinweise auf ein Fortschreiten der Resorption (Abb. 10). Vielmehr zeigt sich eine vollständige ossäre Regeneration der Howship'schen Lakunen.

Diskussion Fallbericht 2:

Das klinische Erscheinungsbild sowie die Tatsache, dass die anfängliche Suche nach den Wurzelkanaleingängen erfolglos blieb, sprechen für einen langjährigen Entzündungsverlauf. Eine der Folgen dieses chronischen Entzündungsgeschehens war die interne Resorption der mesiolingualen Wurzel. Nach Darstellung der Wurzelkanäle erweiterten wir den Kanaleingang mit Gates-Glidden-Bohrern bis zur Resorption. Zum einen war das Ziel, ausreichende Sicht auf das betroffene Gebiet zu haben und zum anderen,

den Bereich möglichst gut reinigen zu können. Die Masterpointaufnahme legte den Verdacht auf eine durch die Resorption entstandene Perforation der Wurzelkanalwand nahe.

Ein Wiederauffinden des apikalen Wurzelkanalverlaufs war nicht sicher möglich. Wie im oben beschriebenen Fall wurde nach ausreichender mechanischer und chemischer Reinigung die Resorption mit ProRoot MTA® verschlossen. Das postoperative Röntgenbild zeigt die vollständige Obturation der internen Resorption (Abb. 11).

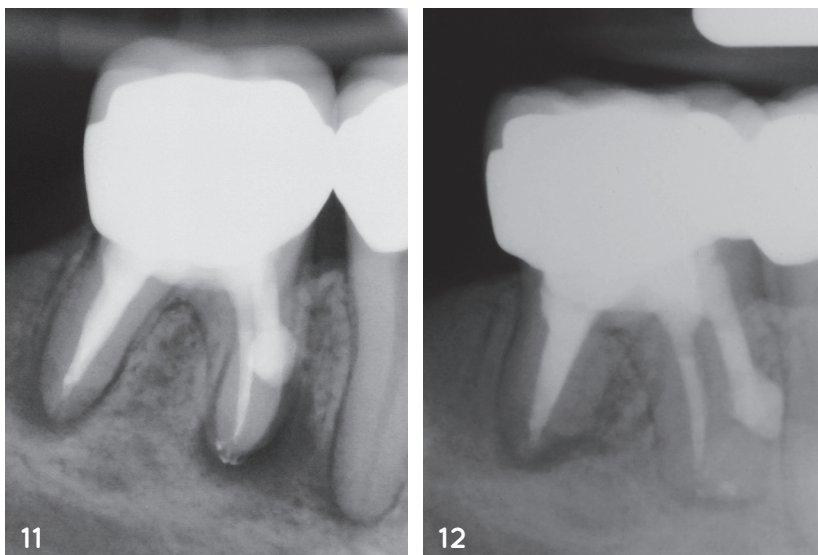


Abb. 11: Röntgenkontrollaufnahme. Die Perforation wurde mit ProRoot MTA® (Dentsply Sirona) verschlossen.

Abb. 12: Verlaufskontrolle Zahn 36 zeigt die annähernd vollständige Ausheilung der apikalen Läsion.

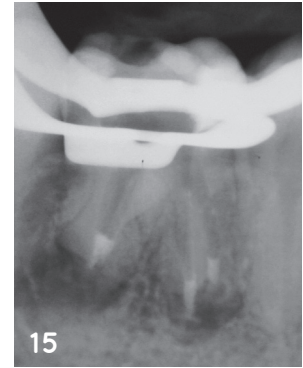
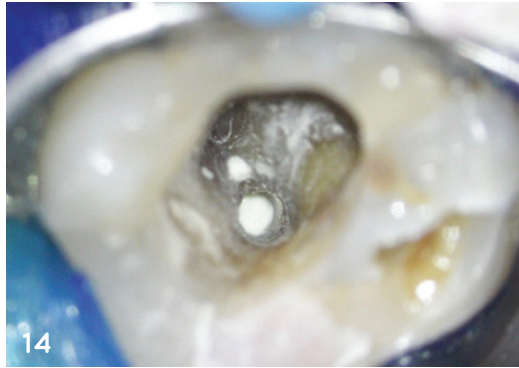
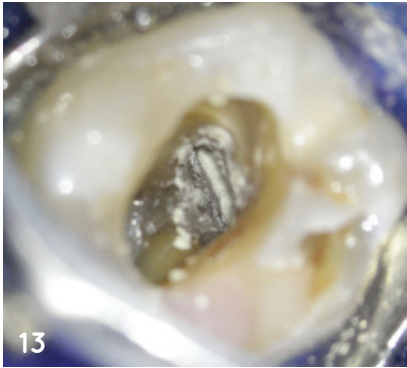


Abb. 13: Zahn 46 – Intraoperative Darstellung des apikalen Verschlusses der mesiobukkalen Wurzel mit ProRoot MTA®. **Abb. 14:** Zahn 46 – Intraoperative Darstellung des apikalen Verschlusses der distalen Wurzel mit ProRoot MTA®. **Abb. 15:** Röntgenologische Kontrolle nach apikalem Verschluss.

Sicherlich lassen sich interne Resorptionen auch vertikal kondensiert mit Guttapercha füllen. Da ein Überpressen des Wurzelfüllmaterials bei Verdacht einer vorliegenden Perforation unbedingt vermieden werden sollte, kam auch hier ein Kalziumsilikat-basiertes Material zum Einsatz.

Diskussion Fallbericht 3:

Das Diagnose-Röntgenbild des Zahnes 46 zeigt eine bereits weit vorangeschrittene externe Resorption der Wurzeln (Abb. 4). Die Extraktion des Zahnes wäre aufgrund des umfangreichen Substanzverlustes der Wurzeln eine zu diskutierende Therapieoption. Der Patient wünschte allerdings ausdrücklich den Versuch des Zahnerhaltes. Nach Darstellung der Wurzelkanäle und der durch die Resorptionen erweiterten Foramina wurde jeweils ein apikaler Verschluss mit ProRoot MTA® inseriert, um ein anschließendes Über-

pressen der erwärmten Guttapercha zu verhindern (Abb. 13–15).

Es folgten die thermoplastische Obturation und der adhäsive Verschluss (Abb. 16). Die Röntgenkontrolle ein Jahr nach erfolgter Wurzelfüllung zeigte den deutlichen Rückgang der periapikalen Läsionen. Ein weiteres Voranschreiten der Resorptionen ließ sich nicht erkennen. Der Patient ist beschwerdefrei, und die zirkulären Sondierungstiefen betragen maximal 3 mm. Aktuell ist der Zahn mit einem Langzeitprovisorium versorgt und kann nun definitiv prothetisch versorgt werden.

Fazit

Nicht immer lassen sich die verschiedenen Formen der Resorptionen direkt voneinander unterscheiden. Radiologische Untersuchungen aus verschiedenen Ebenen (z. B. exzentrische Aufnahmetechniken oder die digitale Volumentomografie)

können bei der endgültigen Diagnosestellung helfen.

Resorptionsprophylaktische Maßnahmen nach dentalem Trauma können das Auftreten von Resorptionen deutlich reduzieren. Beispielhaft seien hier die richtige Lagerung und die schnellstmögliche Replantation des avulsierten Zahnes genannt. Kommt es dennoch zu Resorptionsprozessen, gilt es, wenn vorhanden, den Stimulus zu beseitigen. Das können etwa hohe kieferorthopädische Kräfte oder aber auch ein chronisch-entzündlicher Prozess sein. Gerade im Initialstadium der externen zervikalen Resorption sollte die Vitalerhaltung der Pulpa unbedingt angestrebt werden.

Durch das Entfernen des auslösenden Reizes lassen sich Resorptionsprozesse stoppen und betroffene Zähne oft erhalten.



KONTAKT

Zahnarztpraxis Dr. Heinz

Maria-Louisen-Straße 31A
22301 Hamburg
www.praxis-dr-heinz.de

Neu: ab 01.01.2021

E.P.I. am Alsterkanal
Maria-Louisen-Straße 31a
22301 Hamburg
info@epi-zentrum-hamburg.de
www.epi-zentrum-hamburg.de

Abb. 16: Postoperative Röntgenkontrolle. **Abb. 17:** Ein-Jahres-Kontrolle. Deutlicher Rückgang der periapikalen Osteolysen.