

Narkosesanierung bei Kindern Fallbericht eines 5-jährigen Buben mit ausgeprägtem klinischen Befund und Zahnarztphobie.

Die Behandlung von Kindern in Vollnarkose stellt bei Kleinkindern bzw. Kindern mit einem ausgeprägtem klinischen Befund und einer manifesten Zahnarztangst meist die einzige sinnvolle Möglichkeit einer erfolgreichen und nachhaltigen Sanierung des Milch- bzw. Wechselgebisses dar.

Bevor man sich für diesen Schritt entscheidet, sind meist schon mehrere erfolglose Vorbehandlungen vorausgegangen. Die Kinder sind traumatisiert, und eine optimale Therapie allein mit Lachgas und Hypnose ist nicht mehr möglich. Obwohl eine Narkose eine relativ aufwändige und invasive Form der Sedierung darstellt, bietet sie den enormen Vorteil, eine komplette Sanierung in nur einer Sitzung durchführen zu können, ohne auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen zu sein. Dadurch lässt sich eine hohe Qualität der konservierenden Maßnahmen gewährleisten.

Im Folgenden soll anhand eines Fallbeispiels der Ablauf einer Kindernarkose-Sanierung, wie sie bei uns standardmäßig durchgeführt wird, dargestellt werden. Bei dem Patienten handelt es sich um einen 5-jährigen Buben (siehe Abb. 1) mit ausgeprägtem klinischem Befund in Kombination mit einer Zahnarztphobie (siehe Abb. 2 bis 6: ECC, multiple Karies, Fistel, st. p. Milchzahnextraktion 84 unter Dormicum-Sedierung).

Durchführung des Eingriffs

Bereits einige Tage vor der geplanten Sanierung wurde vom Anästhesisten der Gesundheitszustand des Patienten untersucht. Vor der eigentlichen Narkose erfolgte zusätzlich eine leichte Sedierung mittels Midazolam. Bei der Intubation stellt sich meist die Frage nach einem oralen oder nasalen Zugang. Die nasale Intubation bietet vor allem dem Zahnarzt mehr Vorteile, da der intraorale Zugang nicht durch den Tubus beeinträchtigt wird und auch die Okklusion bei Bedarf kontrolliert werden kann. Außerdem besteht nicht die Gefahr durch die Manipulationen im Mundraum die Lage des Tubus unbeabsichtigt zu verändern. Dagegen ist die orale Intubation weniger traumatisch für den Patienten. Hier spielt die Erfahrung des Anästhesisten eine entscheidende Rolle. Im vorliegenden Fall fiel die Entscheidung für eine nasale Intubation. Um intraoperativ einen guten Zugang zur Mundhöhle zu gewährleisten, wurde der Mund mithilfe eines Mundspreizers offengehalten (siehe Abb. 7).

Wichtige Kriterien

Bei der Sanierung sollten folgende Punkte beachtet werden:

1. Es sollten nur jene Zähne erhalten werden, die eine gute endodontische und restaurative Prognose haben, d. h. interradikuläre Zähne bzw. fistelnde Zähne, tief subgingival kariöse Zähne und Zähne, bei welchen trotz Pulpotomie keine Blutstillung erreicht werden kann, müssen im Hinblick auf die langfristige Prognose extrahiert werden. Jedoch können auch tief zerstörte Zähne mittels Stahlkrone erhalten werden. Diese sind sehr häufig wichtige Platzhalter.
2. Die Gesamtbehandlungszeit sollte zwei Stunden nicht überschreiten. Dazu bedarf es vor allem bei größeren Befunden eines gut eingespielten Teams (Arzt, Anästhesie, erste und zweite Assistenz) sowie eines genauen Konzepts zum intraoperativen Vorgehen.
3. Verwendung etablierter und zuverlässiger Behandlungsmethoden: So sollten z. B. Stahlkronen bei allen pulpotomierten Zähnen verwendet werden, da sie langfristig eine wesentlich bessere Haltbarkeit im



Abb. 1: Typische Situation einer ECC (Early Childhood Caries). Der Leidensdruck der jungen Patienten (und der Eltern) bis zur Sanierung ist oft groß.



Abb. 2: Intraoraler Befund: Die Zähne 52–62 sind nicht erhaltungswürdig. Zahn 84 wurde einige Monate zuvor aufgrund einer Schwellung unter Dormicum-Sedierung extrahiert.



Abb. 3 und 4: Die Oberkiefer- und Unterkiefer-Okklusalanalysen zeigen erst das gesamte Ausmaß der kariösen Zerstörung.





Abb. 7: Ein Mundspreizer während des Eingriffs ist unbedingt notwendig.



Abb. 5 und 6: Eine Fistel, wie hier bei den Zähnen 85 und 61, bedeutet immer die Extraktion des betroffenen Zahns. Der Fistel 85 ging eine Pulpotomie alio loco voraus.



Abb. 8: Pulpotomie bei Zahn 64.



Abb. 9.: Erfolgreiche Blutstillung.



Abb. 10: Aufbau des Zahns mit IRM® (Fa. Dentsply) oder MTA-Zement. Der Zahn wird für eine Stahlkrone präpariert.

Milchgebiss zeigen als Kompomer. Bei der Pulpotomie zeigen MTA- und IRM-Zement die besten Ergebnisse (siehe Abb. 8–11).

4. Vor einer Narkosesanierung sollten zwingend Bissflügel- bzw. Kleinbildaufnahmen angefertigt werden, da nur so eine exakte Kariesdiagnostik durchgeführt werden kann. Ist die Aufnahme dieser Röntgenbilder vor der Narkosesanierung nicht möglich, werden diese während der Narkose angefertigt.
5. Zuerst erfolgt die konservierende Sanierung, erst zuletzt sollten operative Maßnahmen wie Zahnextraktionen erfolgen.

Sanierungsmaßnahmen

Im vorliegenden Fall umfasste die Sanierung folgende Maßnahmen:

Pulpotomien und Stahlkronenversorgungen an den Zähnen 54, 64, 65 und 75 (siehe Abb. 8–11).
Kompomer-Füllungen an den Zähnen 53, 55, 63, 73, 72, 71 und 81 (siehe Abbildungen 12–14, Seite 9).
Extraktion bzw. operative Zahntentfernungen der Zähne 52–62, 74 und 85 (siehe Abb. 15, Seite 9).
Die Extraktionsalveolen werden mittels schnell resorbierbaren Nähten (Vicylrapid® 4-0) versorgt. Zuletzt erfolgt die Überprüfung der Okklusion (siehe Abb. 14) sowie die Fluoridierung (siehe Abb. 16) der restlichen Zähne.

Prophylaxe und Kontrollen nach dem Eingriff

Eine antibiotische Abdeckung ist in den meisten Fällen nicht notwendig. Postoperativ wurde für zwei bis drei Tage ein Ibuprofen-Saft verschrieben. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Routinemäßig erfolgen postoperativ Kurzkontrollen nach einer Woche und nach acht Wochen. Die Acht-Wochen-Kontrolle zeigte klinisch blande Wundverhältnisse, eine stabile Okklusion sowie gesunden gingivale Verhältnisse (siehe Abb. 17 und 19). Das Panoramaröntgen wies entzündungsfreie periapikale Verhältnisse an den pulpotomierten Zähnen auf (siehe Abb. 20). Im weiteren Verlauf ist die Anfertigung eines herausnehmbaren Platzhalters zur Verhinderung eines weiteren Stützzonenverlustes notwendig. Der Patient zeigt sich zufrieden und ist schmerzfrei (siehe Abb. 21). Entscheidend sind regelmäßige Kontrollen und Mundhygienesitzungen, um zukünftig derartige Eingriffe zu vermeiden und die Zahnarztphobie schrittweise abzubauen.

Dr. Georg Mayer ist ehem. Univ.-Lektor am Department für Zahnärztliche Chirurgie, Universitätsklinik Graz, Arbeitsgruppe für Kindersanierungen am Department für Zahnärztliche Chirurgie. Er ist gemeinsam mit Dr. Kristina Flatischler in der Gemeinschaftsordination „Die Familienpraxis“ in Tamsweg tätig.

www.die-familienpraxis.at

Von G. Mayer und K. Flatischler, *Zahnarzt* 7/8 /2012

© 2012 Springer-Verlag GmbH, Impressum

Zu diesem Thema wurden noch keine Kommentare abgegeben.

Mehr zum Thema

Knochenleitungs-Implantat bei Kind mit Ohratresie
Huainigg: Unwürdiges Warten auf den Zahnarzt
Herausforderung für die Zukunft: Eltern-Kind-Vorsorge
Suggestionen gegen Angst und Schmerz
Entspannt behandeln
Milchzähne unter der Lupe
„Ab wieviel geht's nicht mehr?“
Bad Vigaun bald ganz neu
Das Geschäft mit dem Schimmel
Alte Hausmittel für Räume



Abb. 11: Zementieren einer zuvor entsprechend ausgewählten und angepassten Stahlkrone.

- » Fallbericht
- » Zahnarztphobie
- » Sanierung
- » Milchgebiss
- » Kind
- » Vollnarkose
- »



Abb. 12: Oberkieferansicht intraoperativ nach Totalsanierung: Stahlkrone und Pulpotomie 64, 74, 75, Kompomerfüllungen 53, 55 und 63, Extraktionen 52-62 (resorbierbare Nähte).



Abb. 13: Unterkieferansicht intraoperativ nach Totalsanierung: Pulpotomie und Stahlkrone 75, Kompomerfüllen 73, 72, 71, 81, operative Zahnentfernungen 74 und 85.



Abb. 14: Überprüfung der Okklusion.



Abb. 15: Extrahierte Zähne 52-62, 74 und 85. Man beachte die frakturierte distale Wurzelspitze an Zahn 85 sowie den operativ geteilten Zahn 74.



Abb. 16: Zuletzt erfolgt die Fluoridierung der Zähne.



Abb. 17: Zustand acht Wochen postoperativ: gesunde Weichgewebsverhältnisse und eine stabile Okklusion.



Abb. 18 (oben) und 19 (unten): Aufnahmen der Oberkiefer- und Unterkieferaufsicht.



Abb. 20: Kontroll-Panoramaröntgen acht Wochen postoperativ: keine Hinweise auf endodontische Komplikationen. Wichtig ist der Erhalt der Stützzone im Unterkiefer nach Verlust von 85 und 84. In der Oberkieferfront ist bis zum Durchbruch der bleibenden Zähne keine weitere Versorgung notwendig.



Abb. 21: Ein glücklicher und vor allem schmerzfreier Patient ist das entscheidende Ergebnis.



Dr. Kristina Flatschler, zertifizierte

Kinderzahnärztin in Tamsweg



Dr. Georg Mayer, Familienpraxis
Tamsweg