



Der tief zerstörte Milchzahn

Behandlungsmöglichkeiten nutzen

Die Möglichkeiten zur Erhaltung von Milchzähnen als Platzhalter oder zur Vermeidung von Dysfunktionen sind vielfältig. Doch welche Therapie ist sinnvoll, und welche Vorgehensweisen sind möglich? Diese Fragen sowie Tipps zum sensiblen Gebiet der Kinderbehandlung waren Inhalt des Vortrags in der eazf München von Dr. Verena Bürkle und Dr. Nicola Meißner, Salzburg.

Milchzähne besitzen eine ausgedehnte, stark verzweigte Pulpa mit ausladenden Hörnern und in der Furkation akzessorische Kanälchen, die oft fisteln. Die Schmelz- und Dentinauflage ist wesentlich geringer als beim bleibenden Zahn: Die Gefahr, die Pulpa bei invasiven Therapien zu eröffnen, ist damit groß. Milchzahnwurzeln sind grazil und überproportional lang: Bei Extraktionen besteht das Risiko der Fraktur und der Umklammerung/Schädigung des Keims der bleibenden Dentition. Haben Milchzähne Approximalkontakte, so sind sie häufig flächig und damit eine Prädispositionsstelle für Karies.

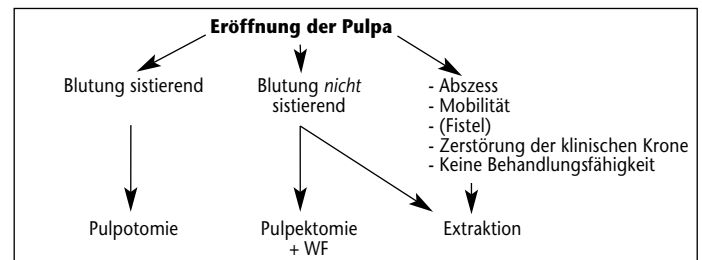
Endontie am Milchzahn

Die „kurze Wegstrecke“ zur Pulpa bedingt oftmals frühes Handeln. Auch scheinbar kleine kariöse Läsionen bedürfen sofortiger Behandlung; ein Faktum, das Eltern manchmal nicht sehen.

Vor einer endodontologischen Behandlung des Milchzahns sollten weder Zahnarzt noch Eltern Scheu haben. Allerdings sind die Indikationen dafür relativ streng:

- keine/geringe Schmerzen
- keine radikulären/apikalen Prozesse
- Restauration des Zahns muss möglich sein
- keine Resorptionen
- natürliche Wurzellänge mindestens 2/3
- Mobilität nicht größer als kontralateraler Zahn.

Cave: Klopfen am Zahn zur Pulpitisdiagnostik beendet oft die kindliche Kooperationswilligkeit! Kältetests bringen selten brauchbare Informationen. In der Röntgendiagnostik auch auf Nichtanlagen, Kariestiefe, Approximalkaries und Varianten der Zahl der Wurzeln achten; Nichteinverständnis der Eltern dokumentieren (Forensik). Leitungsanästhesien müssen bei Kindern tiefer und distaler gesetzt werden, dabei die Eltern unbedingt auf die Gefahr des Einbeißen hinweisen. Dr. Bürkle rät von direkten Überkappungen ab.



Quelle: nach Meißner

Pulpotomie

Kofferdam sorgt für Sicherheit und erleichtert die Arbeit: Die Klammern 12A, 13A und 14 decken die meisten Fälle ab und werden vor dem Spannungsgummi gesetzt. Den Zahn relativ großzügig mit einem Diamanten trepanieren und Pulpa vollständig entfernen (Diamanten schaffen im Gegensatz zu Rosenbohrern keine Risswunde an den Pulpenstümpfen). Nach Blutstillung mit Eisensulfat und einem manuell sehr fest angemischtem IRM-Zement als Wundverband folgt anschließend die Versorgung mit einer Stahlkrone – bei richtiger Indikation hat diese Vorgehensweise eine Erfolgsquote von 90 Prozent. Formokresol wird nach einer Stellungnahme der DGZMK nicht mehr empfohlen.

Pulpektomie und Wurzelfüllung

Die Aufbereitung mit einer Hedström-Feile dient nur zur Entfernung der Pulpa und nicht zur Erweiterung der Kanäle, daher vorsichtig instrumentieren. Die Längenbestimmung (cave: Keim) ist schwierig: Anhand des Rönt-