



zenden lateralen Schneidezahnes – könnte die Erklärung für die Vergrößerung des Follikels sein.

Diagnostik (Abb. 3a bis c, 4 und 5)

Das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Eckzahnverlagerung und Nichtanlagen, Platzangebot, Anomalien der Zahngröße und -form ermöglicht es dem Zahnarzt und Kieferorthopäden, eine frühe Eingrenzung der potentiell risikobehafteten Patienten mit Eckzahnverlagerung vorzunehmen. Die Abklärung einer hereditären Disposition, sowie das Vorkommen eines frühen dentofazialen Traumas gehören ebenfalls zur speziellen Anamnese dieser Anomalie des Zahnwechsels.

Digitale Palpation

Von den diagnostischen Maßnahmen sei als erstes die digitale Palpation aufgeführt. Eine asymmetrische Palpation des rechten und linken Oberkiefer Eckzahnes ab dem 10. Lebensjahr stellt einen sehr guten Indikator für eine abnormale Eruption dar; trotz asymmetrischer Palpation im jüngeren Alter, ist der Eruptionsweg später oftmals korrekt.

Röntgenologische Untersuchung

Aufgrund des typischen kurvenreichen Durchbruchswegs der oberen Eckzähne läßt sich durch die röntgenologische Diagnostik in jungen Jahren lediglich eine Kontrolle des Eruptionsverlaufes erzielen. Das optimale Alter für die röntgenologische Untersuchung liegt erst zwischen dem 10. und 11. Lebensjahr, je nach körperlichem Entwicklungsstand des Kindes.

Von den röntgenologischen Methoden hat sich die *Kombination von periapikalen Projektionen und halb-axialen Aufbißprojektionen mit einem Orthopantomogramm* bewährt. Diese drei Methoden ermöglichen eine nahezu dreidimensionale Bewertung der Lage des verlagerten Eckzahnes auch bezüglich der Beziehung zu den benachbarten Schneidezähnen

und weiteren anatomischen Strukturen.

Das Orthopantomogramm allein ist für die Lokalisationsbestimmung eines verlagerten Eckzahnes oder zur Bestimmung des Vorkommens von Resorptionen an den benachbarten Zähnen gänzlich ungeeignet. Der Vorteil dieser Röntgenübersichtsaufnahme ist allerdings die Möglichkeit zur Beurteilung der Zahnanlagen mit Abklärung von Anomalien des Zahnwechsels.

Durch Anwendung der parallaxtischen Verschiebung bringen zwei periapikale Röntgenaufnahmen des gleichen Zahnes – aufgenommen aus einem leicht unterschiedlichen Winkel – Aufschluß über die Lokalisation des verlagerten Eckzahnes. Auch zwei zueinander rechtwinklige Aufnahmen (vertical tube shift) ermöglichen eine dreidimensionale Interpretation.

Die Computertomographie erlaubt eine genaue Lokalisation von Resorptionen und ist dann indiziert, wenn sich mittels der konventionellen Methoden keine genaue Lokalisationsbestimmung vornehmen läßt.

Zusammenfassung

Die mit einer Eckzahnverlagerung häufig verbundenen Komplikationen, wie insbesondere die Resorption von benachbarten lateralen Schneidezähnen, können durch das rechtzeitige Erkennen von adäquaten klinischen und röntgenologischen Befunden minimiert, respektive vermieden werden.

Neben dem Vorkommen von Nichtanlagen, Anomalien der Zahngröße und -form, sowie dem unterschiedlichen Platzangebot bei den zwei Verlagerungsarten im Oberkiefer, kann die Erhebung der speziellen Anamnese einen risikobehafteten Patienten identifizieren. Bei asymmetrischer digitaler Palpation während des „kritischen“ Alters sollte eine geeignete röntgenologische Untersuchung erfolgen.



Abb. 5: Halb-axiale Aufbißprojektion des Oberkiefers der gleichen Patientin wie in Abb. 3a-c und Abb. 4.

Abb. 4: Orthopantomogramm der gleichen Patientin wie in Abb. 3a-c



Dr. Ekaterini Paschos, Prof. Dr. med. dent. Ingrid Rudzki-Janson, München

Korrespondenzadresse:

Dr. Ekaterini Paschos

Poliklinik für Kieferorthopädie

Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München - Innenstadt

(Direktorin: Prof. Dr. med. dent. Ingrid Rudzki-Janson)

E-Mail: kpaschos@dent.med.uni-muenchen.de

Literatur bei den Verfassern