

„Auf diese Weisheit könnten viele verzichten“

Was tun, wenn im Laufe der Weisheitszahnentfernung Schwierigkeiten auftreten – und weitere Tipps zum perioperativen Management. Von Ph. Kaiser

Nach der eindeutigen Indikation zur Weisheitszahnentfernung sollte der chirurgische Eingriff prä-, intra- und postoperativ einwandfrei geplant sein. Die operative Entfernung von retinierten und verlagerten Weisheitszähnen zählt im Klinikalltag zu den Routineeingriffen. Wie bei allen anderen chirurgischen Eingriffen bergen sie jedoch auch Risiken wie zum Beispiel eine Nervschädigung, Nachblutungen, eine Infektion oder eine Versprengung von Wurzelfragmenten in den Mundboden.

Im zweiten Teil des Nachberichtes zum Vortrag „Operative Weisheitszahnentfernung in der Praxis“ von Dr. Rudolf Hauptner wird die Anwendung von dokumentierten Patientenaufklärungsbögen, der Umgang mit Komplikationen im Laufe der OP sowie die perioperative Medikation erläutert.

Nicht immer müssen sie raus

„Eine Risikoabwägung bei Entfernung retinierter Zähne kann man sich nicht sparen. Prinzipiell ist abzuwägen, ob ein Zahn bei entsprechender Indikation komplikationslos zu extrahieren ist, ob die eigene Fähigkeit und Erfahrung für den geplanten chirurgischen Eingriff ausreicht oder ob es nicht doch von Vorteil wäre, den Patienten zu einem erfahrenen Kollegen zu überweisen“, so Hauptner.

Retinierte Zähne sollte man grundsätzlich belassen, sofern eine spontane, regelrechte Einstellung der M3 in die Zahnreihe zu erwarten ist, wenn eine Extraktion anderer Zähne und/oder eine kieferorthopädische Behandlung mit Einordnung des Zahnes sinnvoll ist, sowie bei tief impaktierten und verlagerten Zähnen ohne assoziierte, pathologische Befunde, bei denen ein hohes Risiko operativer Komplikationen besteht.

Belassen kann auch gravierende Folgen haben

Falls eine definitive Indikation zur Weisheitszahnentfernung besteht und der Operateur sich trotzdem gegen eine Extraktion entscheidet, kann das Belassen von Weisheitszähnen Komplikationen mit sich bringen. Häufig kommt es in diesen Fällen zu Schäden durch Resorption an den benachbarten Wurzeln der zweiten Molaren (siehe Abb. 1-3). Ebenfalls sind Infektionen auf der Basis einer Perikoronitis, kariöse Läsionen am Weisheitszahn und seinem Nachbarzahn sowie parodontale Schädigungen keine Seltenheit. Außerdem ist hier die Ausbildung dentogener Zysten, die Entwicklung von Neoplasien und die erhöhte Frakturgefahr des Kiefers aufgrund einer dynamischen Okklusionsstörung zu nennen.



Abb. 1: Weisheitszähne können auf benachbarte Zahnwurzeln drücken. Eine Resorption der benachbarten Wurzel und damit Schädigung des betreffenden Zahnes ist die Folge.



Abb. 2: Bei Belassen des Weisheitszahnes kann es zu einer Progredienz dieser Resorption am zweiten Molaren kommen.

Über mögliche Komplikationen aufklären

Die operative Weisheitszahnentfernung ist ein in der Praxis sehr häufig durchgeführter und prinzipiell problemloser Routineeingriff. Mit der Erfahrung des Operateurs sinkt auch das Risiko eventueller Komplikationen. Trotzdem erfordert die umfassende Aufklärung des Patienten auch den Hinweis auf mögliche seltene Folgen einer Behandlung.

Wenn im Laufe der Operation Schwierigkeiten auftreten oder nichts weitergeht, sollte man grundsätzlich eine kurze Pause einlegen und sich den Zeitdruck, wie z.B. einen wartenden Patienten verschieben, wegnehmen. „Am besten ist es, zurück zum OP-Anfang zu gehen und ganz streng „lege artis“ vorzugehen. In Ruhe sollte man sich eine optimale Übersichtlichkeit des Eingriffgebietes herstellen, den Nervus lingualis mit einem breiten Raspatorium schützen und keinesfalls in der Nervosität beginnen den Zahn mit Gewalt zu luxieren. Im Notfall kann man einen Abbruch der OP in Erwägung ziehen und den Patienten an die Klinik überweisen“, führte Hauptner aus.

Intraoperatives Management

Zu den häufigsten intraoperativen Komplikationen im Rahmen der Weisheitszahnentfernung zählen die Wurzelfraktur und die Luxation ins Weichteilgewebe (siehe Abb. 4). „Hat der Weisheitszahn lange grazile Wurzeln, können bei der Extraktion die Wurzelspitzen abbrechen. Diese Wurzelreste werden normalerweise im Knochen aufgesucht und sorgfältig entfernt. Wenn die Entfernung aufgrund der schwierigen anatomischen Situation besondere Risiken birgt, können sehr kleine Wurzelreste in Ausnahmefällen belassen werden. In diesem Fall muss der Patient auf alle Fälle über das Belassen der Wurzel informiert werden“, erklärte der Referent. Auf die Vollständigkeit des Zahnes und seiner Wurzeln sowie auf scharfe Kanten ist somit nach Extraktion zu achten. Sollte die Wurzel frakturiert sein, so bietet sich



Abb. 3: Ausgeprägte Wurzelresorption am Zahn 37 aufgrund von späterer Weisheitszahnentfernung.



Abb. 4: Eine der häufigsten intraoperativen Komplikationen ist die Wurzelfraktur bei Extraktion. Bei schwierigen anatomischen Situationen kann die Entfernung des Wurzelrestes kompliziert werden.



Abb. 5: Weisheitszahn 48: Im OPTG überlagern die Wurzel den Unterrand des Mandibularkanals. Eine weiterführende 3D-Diagnostik muss zur Abklärung veranlasst werden.

© Hauptner (6)



für die Entfernung der Wurzelreste eine Wurzelzange, eine Kralle, ein Hebel oder ein Discoid-Exkavator an. Des Weiteren muss man im Rahmen der Extraktion auf eine Mund-Antrum-Fistel, bei der eine Diagnose mit Einsatz des Nasenblasversuchs und/oder Knopfsonde obligat ist, sowie auf mögliche Blutungskomplikationen vorbereitet sein. Zur Blutungsstillung und Vorbeugung bieten sich Lokalanästhetika mit Adrenalinzusatz, Drucktamponaden sowie diverse Hämostyptika an.

Vorgehensweise nach Nervschädigung

Die Gefühlsnerven der Zunge und der Unterlippe stehen in enger anatomischer Beziehung zu den Wurzeln der unteren Weisheitszähne (siehe Abb. 5, 6). In seltenen Fällen kann es intraoperativ zu einer Schädigung von Nerven mit vorübergehenden Gefühlsausfällen oder -störungen in der Zunge oder Unterlippe kommen. Bleibende Sensibilitätsstörungen sind sehr selten. Bei Schädigung des Nervus alveolaris inferior oder Nervus lingualis ist zunächst ein Therapieversuch mit Vitamin B indiziert. Falls keine Besserung zu erwarten ist, sollte man den Patienten überweisen.

Schäden an der Hartschubstanz

In extrem seltenen Fällen kann bei geschwächtem Unter- bzw. Oberkiefer eine Kiefer- oder Tuber-

fraktur auftreten. In jedem Fall sollten in den ersten Wochen nach dem Eingriff sportliche Aktivitäten unterbleiben und besonders harte Speisen vermieden werden. Kommt es bei der Entfernung oberer Weisheitszähne mit langen Wurzeln oder hoher Keimlage zur Eröffnung der Kieferhöhle, sollte routinemäßig ein dichter Nahtverschluss folgen, um eine problemlose Wundheilung zu gewährleisten.

Besonders bei Patienten, die an einer habituellen Kiefergelenksluxation leiden, kann die maximale Mundöffnung bei bestimmten zahnärztlichen Behandlungsabläufen zu einer vollständigen Luxation führen. „Zur Reposition bewährt sich der Handgriff nach Hippokrates. Während man den Mund des Patienten passiv schließt kann man die luxierten Gelenkköpfchen nacheinander nach dorsal bewegen“, erläuterte Hauptner.

Postoperatives Handling von Komplikationen

Schmerzen gehören zu den klassischen Symptomen nach einer Weisheitszahnentfernung. Ihre Dauer und Intensität hängt von der Schwierigkeit und dem Ausmaß des Eingriffs ab. In der Regel ist der Schmerz nicht sehr ausgeprägt und klingt nach wenigen Tagen ab. „Mit schmerzstillenden Medikamenten kann man ihn problemlos beherrschen. Eine gute Analgesie ist definitiv wichtig“, so Hauptner.

Eine mehr oder minder ausgeprägte Schwellung muss ebenfalls nach diesem chirurgischen Eingriff erwartet werden. Kühlende Umschläge helfen die Schwellung zu reduzieren, die ihren Höhepunkt etwa 48 Stunden postoperativ erreicht. Manchmal kann es auch zu einer vorübergehenden Hautverfärbung infolge eines Hämatoms kommen. Im Rahmen der Wundheilung kann es in den ersten Tagen zu einer eingeschränkten Mundöffnung bis hin zur Kieferklemme kommen. Diese postoperativen Komplikationen müssen dem Patienten vor Eingriff immer mitgeteilt werden.

„Eine häufige Komplikation nach Entfernung des Weisheitszahnes

sind Exostosen, die intraoperativ nicht saniert worden sind. Meist reicht schon das Zurückbiegen der Knochenränder mit dem Raspatorium, um Patienten dieses besonders lingual sehr unangenehme Gefühl zu nehmen“, unterstrich Hauptner.

Infektionen und Postextraktionssyndrom

Wie nach jeder Operation besteht auch bei der Weisheitszahnentfernung postoperativ das Risiko einer Wundinfektion. Zu unterscheiden sind einerseits Frühinfektionen, die nach einigen Tagen mit Sekretion, Schwellung und Schmerzen einhergehen und andererseits Spätinfektionen, bei denen es vier bis sechs Wochen postoperativ zu einer Otitis, Osteomyelitis und Sequesterbildung kommen kann. Bei Frühinfektionen kann mit lokaler Behandlung (Drainage, Wundspülung) und gegebenenfalls Gabe von Antibiotika schnell Abhilfe geschaffen werden. Sollte es tatsächlich zu einer infektiösen Entzündung des Knochenmarks kommen, sollte der Patient definitiv überwiesen werden.

Nach der operativen Entfernung eines Weisheitszahnes kommt es besonders bei den Weisheitszähnen des Unterkiefers häufiger zu starken postoperativen Schmerzen im Sinne einer Alveolitis sicca, dem Postextraktionssyndrom. Die Behandlung besteht in einer chirurgischen Revision unter Lokalanästhesie zur Beseitigung der Nekrosen und Schaffung frischer Wundflächen. Anschließend sollte man Tamponaden, getränkt in desinfizierenden und schmerzstillenden Medikamenten, einlegen. Diese muss bis zur vollständigen Ausheilung regelmäßig vom Zahnarzt gewechselt werden, um einer weiteren Infektion vorzubeugen.

Maximaler Patientenkomfort bei maximaler Patientensicherheit

„Bei der Entfernung eines Weisheitszahnes empfehle ich präoperativ definitiv eine prophylaktische Verabreichung von Antibiotika“, betonte der Vortragende. Möglich sind die präoperative Einmalgabe („single shot“, eine Stunde prä-OP), die „Zweimal-Gabe“ und die „klassische Antibiotikaprophylaxe“ für zumindest drei bis fünf Tage.

Im Rahmen der perioperativen Medikation hat ebenfalls eine adäquate Schmerzstillung wesentliche Bedeutung. Prinzipiell ist die Verabreichung nicht steroidaler Antiphlogistika nach Weisheitszahnextraktionen ausreichend. Hier kann man entweder auf Salicylsäurederivate, Pyrazol- oder Anilinderivate sowie auf Derivate organischer Säuren zurückgreifen. Die Kombination mehrerer Derivate ist nicht indiziert, außer mit Paracetamol. Zusätzlich sollte man bei Verabreichung von NSA die gleichzeitige Gabe von Protonenpumpen-Hemmern als Magenschutz in Erwägung ziehen. Sollten schwach wirksame Analgetika trotz zusätzlicher Gabe von Paracetamol für die erwartete Analgesie nicht ausreichen, kann man zusätzlich auf stark wirksame Schmerzmittel zurückgreifen. Hier ist die Substanzgruppe der Opiate (CAVE: Brechreiz, Atemhemmung, dämpfend), Codein und Tramadol als Hauptvertreter in der Zahnarztpraxis zu nennen.

Des Weiteren können Glukokortikoide, wie Prednisolon oder Dexamethason, als Einmaldosis zur Verringerung postoperativer Schwellun-

gen und der Kieferklemme verabreicht werden.

To-do-Liste für den Patienten

Gewisse Verhaltensweisen, die häufig für postoperative Beschwerden sorgen, sollten Patienten nach der Entfernung eines Weisheitszahnes aus prophylaktischen Gründen zur Vorbeugung eines erhöhten Infektionsrisikos oder zur Verhinderung des traumatisch bedingten Zerfalls des Blutkoagulums unterlassen. Aus diesem Grund sollte ein Zahnarzt postoperativ dem Patienten u.a. folgende Informationen mitgeben:

1. Vermeiden von größeren körperlichen Belastungen für drei Tage.
2. Die Wunde kühl halten, insbeson-

„Nach Extraktion ist auf die Vollständigkeit des Zahnes und seiner Wurzeln sowie auf scharfe Kanten zu achten.“

dere in den ersten Stunden nach OP.
3. Keine Mundspülungen am ersten Tag, ebenso ist Rauchen und der Konsum von Kaffee untersagt.
4. Die ersten vier Stunden nach Extraktion sollte nichts gegessen werden. Keinesfalls sollte man etwas essen, solange die Anästhesie noch

Wirkung zeigt. Fünf Wochen sollte man auf sehr harte Speisen verzichten. Trinken ist sofort möglich.

5. Im Falle einer Nachblutung auf einen Aufbisstopfer beißen. Spülen sollte man unterlassen.

6. Medikamente sollten wie mit dem behandelten Arzt vereinbart eingenommen werden.

7. Wenn starke und anhaltende Schmerzen auftreten, soll sich der Patient sofort einen neuen Termin vereinbaren.

Informieren, aufklären und dokumentieren

Die Patientenaufklärung soll den Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schwere-

grad der Erkrankung und der möglichen Behandlung vermitteln. Ebenso müssen Belastungen und Risiken, die mit der geplanten ärztlichen Maßnahme der Weisheitszahnentfernung, aber auch deren Unterlassung verbunden sind, ausreichend aufgeklärt werden. Den Aufklärungsbogen, kurz ABO, sollte man ggf. mit Zeichnungen individualisieren. Das Datum der Unterschrift sollte aus forensischen Gründen vor dem Datum des OP-Tages liegen. „Falls der Patient den Aufklärungsbogen am OP-Tag vergisst, sollte man im Zweifelsfall ein Ablehnen der OP in Erwägung zu ziehen. Eine Weisheitszahnentfernung ohne entsprechende Patientenaufklärung ist ein absolutes No-Go“, mahnte Hauptner abschließend. ■



STRAUMANN® EMDOGAIN 015

DESIGNED TO REBUILD

- Kosteneffiziente Behandlungsoption
- Kombinierbar mit verschiedenen* Knochenersatzmaterialien
 - Hervorragende klinische Ergebnisse^{1,2,3}
 - Langfristiger klinischer Nutzen^{4,5}
 - Verbesserte Patientenzufriedenheit^{6,7}

Bitte rufen Sie uns an unter **01 294 06 60**.

Weitere Informationen finden Sie unter www.straumann.at



* BoneCeramic™, autogenes, allogenenes, xenogenes Knochenersatzmaterial, β-Tricalcium Phosphate oder bioaktives Glas

¹ Tonetti et al. J. Clin. Periodontol. 2002;29:317–325 ² From et al. J. Periodontol. 2001;72:25–34
³ McGuire et al. J. Periodontol. 2003;74:1110&1126 ⁴ Heden et al. J. Periodontol. 2006;77:295–301
⁵ Sculean et al. Int. JPRD. 2007;27:221–229 ⁶ Jepsen et al. J. Periodontol. 2004;75:1150–1160
⁷ Sanz et al. J. Periodontol. 2004;726–733

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
 FOR DENTAL PROFESSIONALS