

Wie lange soll ein Milchzahn erhalten werden?

Aus konservierender Sicht

Milchzähne sollen in ihrer Funktion möglichst bis zum physiologischen Durchbruch der bleibenden Zähne erhalten werden.

Da Kinder der konservierenden Behandlung zuweilen zu spät zugeführt werden, stößt der Zahnarzt angesichts dieser Forderung auf zwei Schwierigkeiten:

1. Probleme mit der Ausdehnung der Karies.
Der Milchzahn kann bereits stark zerstört sein. In solchen Fällen ist der Zahnerhalt - wenn überhaupt- nur mit hohem technischen Aufwand möglich (umfangreiche Aufbaufüllungen, konfektionierte Kronen). Die kleinen Patienten sind häufig nicht zu solchen zeitaufwendigen Behandlungen bereit oder in der Lage.
2. Probleme mit der Pulpa.
Bei eröffneter Pulpa kommt es meist rasch zu einer infizierten Nekrose und in Folge zu einer möglichen Infektion des apikalen Parodonts. Periradikuläre Veränderungen können zur Schädigung am Keim des bleibenden Zahnes führen.
3. Probleme mit Röntgenaufnahmen.
Die Anwendung von Röntgenaufnahmen sollte bei Kindern nur unter kritischer Indikationsstellung erfolgen. Häufig sind die Aufnahmen schwer zu interpretieren, bedingt durch kooperationsbedingte technische Probleme. Überlagerung der apikalen Region durch den Zahnkeim der 2. Dentition.

Deshalb muß im Einzelfall anhand der Klinik und ggf. eines röntgenologischen Befundes abgeklärt werden, ob der Erhalt eines tiefzerstörten Milchzahnes noch sinnvoll erscheint. Der periradikuläre Zustand und das Entwicklungsstadiums der bleibenden Zähne sind entscheidend für die gewählte Therapie.

Bei schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes, nach stattgehabter Abszedierung apikal oder in der Furkation, bei Komplikationen nach endodontischem Eingriff, bei der Gefahr der Schädigung des nachrückenden Keimes des bleibenden Zahnes, nach tiefen Frakturen und Luxationen, ist die Erhaltung eines stark zerstörten Milchzahnes in aller Regel nicht mehr möglich.

Eine Extraktion tiefzerstörter, avitaler Milchschnidezähne, häufig zu finden infolge florider Karies und "baby-bottle-Syndrom", wird außer ästhetischen und sprachfunktionellen Nachteilen in den meisten Fällen keine schwerwiegenden Folgen für die Dentition haben.

Größte Sorgfalt erfordert die Restauration der Milchmolaren. Insbesondere der zweite Milchmolar sollte möglichst bis zur Einstellung des Sechsjahrmolaren erhalten werden. Als endodontische Behandlungsmethoden werden Pulpaamputationen einzusetzen sein. Bei

Wurzelkanalbehandlungen ist im allgemeinen Zurückhaltung zu üben (Resorptionsgeschehen, Keimschädigung). In Ausnahmefällen können z.B. Milcheckzähne mit einer Wurzelfüllung versehen werden. Die Füllmaterialien sollten dann jedoch resorbierbar sein.

Bei kaum behandelbaren Kindern ist das Offenlassen ein unbefriedigender Kompromiß, der einer besonderen Aufklärung der Eltern hinsichtlich Reinigung und Kontrolle bedarf.

Nach Durchbruch der Sechsjahrmolaren ist insbesondere der Kontaktbereich zum 2. Milchmolaren immer wieder sorgfältig zu überprüfen, um eine mesiale "Kontaktkaries" zu verhindern oder frühzeitig zu behandeln. Frühzeitig und einfühlsam sollten alle Register prophylaktischen Vorgehens gezogen werden, um die 1. Dentition möglichst lange intakt zu halten.

Aus kieferorthopädischer Sicht

Grundsätzlich gilt die Regel, einen Milchzahn so lange zu belassen, bis der problemlose Durchbruch seines Nachfolgers gesichert ist.

Von dieser allgemeinen Regel gibt es eine Reihe von Ausnahmen. So kann die vorzeitige Extraktion von Milchzähnen indiziert sein:

- im Rahmen der sog. "gesteuerten Extraktion", bei der zur Auflösung massiver Engstände planmäßig zunächst die Milcheckzähne, dann die ersten Milchmolaren und schließlich die ersten Prämolaren im Ober- und Unterkiefer entfernt werden (die Planung dieser Maßnahmen erfordert die Anfertigung und Auswertung diagnostischer Unterlagen, d.h. von Modellen und Röntgenbildern)
- wenn der Milchzahn den Durchbruch seines Nachfolgers behindert oder die Milchzahnpersistenz zum dystopischen Durchbruch des permanenten Zahnes führt
- wenn für den Durchbruch benachbarter permanenter Zähne (temporär) Platz geschaffen werden soll (hier ist darauf zu achten, daß es zu keiner weiteren Raumeinengung kommt, es sei denn, es lägen Nichtanlagen vor oder es wäre eine Reduzierung der Zahnzahl geplant)
- bei Aplasie permanenter Zähne, wenn nach Auswertung der diagnostischen Unterlagen ein kieferorthopädischer Lückenschluß geplant ist, um auf diese Weise ein Vorwandern der Seitenzähne und eine Reduzierung der später aktiv zu schließenden Restlücke zu erleichtern (im Sinne einer Ausgleichsextraktion können von dieser Maßnahme auch Zähne des Gegenkiefers betroffen sein)
- bei deutlicher Infraokklusion von Milchmolaren, z.B. bei Ankylosen zwischen Milchzahnwurzel und umgebendem Kieferknochen, mit zunehmendem Niveauunterschied zwischen dem Milchzahn und den Nachbarzähnen, der schließlich zum Überwandern des Milchzahnes, zur Elongation von Antagonisten mit konsekutiver Okklusionsstörung oder zur Durchbruchsbehinderung des Nachfolger führen kann.



Von den beschriebenen Ausnahmen abgesehen, sollten Milchzähne aus kieferorthopädischer Sicht möglichst als Platzhalter erhalten bleiben; erscheint dies aus konservierender Sicht schwierig, sollten die möglichen Folgen für Zahn- und Gebißentwicklung bedacht und ggf. ein Gespräch mit einem kieferorthopädisch versierten Kollegen geführt werden. Läßt sich ein frühzeitiger Verlust eines Milchzahnes (insbesondere eines Seitenzahnes) nicht vermeiden, ist nach Überprüfung der Indikation ggf. ein Lückenhalter einzugliedern.

DZZ 51 (96)

Stellungnahme der DGZMK 2/03 V 2.0, Stand 2/03; diese Fassung ersetzt die frühere Stellungnahme 5/96

