

Ein Fall aus der Poliklinik der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Die Behandlung des externen Granuloms – ein Fallbericht über 15 Jahre

Das externe Granulom ist ohne Frage eine Rarität. Dennoch hat jeder Zahnarzt im Laufe seines Berufslebens gute Chancen, dieser seltenen Erkrankung zu begegnen. Dann kommt es darauf an, den richtigen klinischen Blick zu haben und die richtigen Maßnahmen zu ergreifen. Ein Zahn, der von einem externen Granulom betroffen ist, hat eine langfristige Überlebenschance, wenn frühzeitig diagnostiziert und sofort gehandelt wird. Der unbehandelte Zahn hingegen ist verloren. In der klinischen Dokumentation der Akademie finden sich Fälle, die über mehrere Jahre in der Beobachtung waren. Hier wird von einem Fall berichtet, der über 15 Jahre verfolgt werden kann.

Die Ausführung von H. E. Schroeder in seinem Buch „Pathobiologie oraler Strukturen“ ist wahrscheinlich bis heute die im deutschen Sprachraum bekannteste Beschreibung des externen Granuloms. Schroeder schildert dieses Krankheitsbild als einen resorptiven Prozess, der durch eine zervikale Eintrittspforte in das Dentin eindringt und sich in verzweigten Resorptionsgängen zentripetal ausbreitet. Der Prozess umkreist die Pulpa, ohne zunächst die pulpale Dentinwandung zu

durchbrechen. Bei weiterem Ausbreiten der Resorption zeigt die zervikale Zahnoberfläche blass-rötliche Veränderungen, weswegen in Zusammenhang mit dem externen Granulom auch von der „Rosa Flecken Krankheit“ gesprochen wird (pink spot disease). Im Bereich dieser Flecken kann es schließlich zu einem sekundären Durchbruch durch die Zahnoberfläche kommen, wobei sich ein oder mehrere rote Gewebstropfen auf der Zahnoberfläche oder am gingivalen Saum

des Zahnes bilden. Das Endresultat des unbehandelten Prozesses ist die Fraktur der Zahnkrone.

Die betroffenen Zähne sind in der Regel bis zur Fraktur vital. Schmerzempfindungen können auftreten, sind aber nicht die Regel. Röntgenologisch zeigt sich eine unscharf begrenzte Aufhellung im marginalen Bereich der Zahnhartsubstanz. Schroeder schlägt vor, zwei Aufnahmen mit mesial- und distal- exzentrischem Strahlengang anzufertigen, um den Prozess vom internen Granulom abzugrenzen. Wenn die Aufhellung ihre Lokalisation hierbei nicht ändert, handelt es sich um ein internes Granulom. Klinisch ist dies insoweit bedeutsam, als dann keine Eintrittspforte in die Zahnhartsubstanz vorliegt.

Ursache. Die Ätiologie des externen Granuloms ist bis heute nicht geklärt. Es wird angenommen, dass ein initiales Trauma oder orthopädische Kräfte mit dieser Veränderung in Verbindung zu bringen sind. Auch bestimmte Bleichverfahren sind als Auslöser in der Diskussion.

In der Akademie ist das externe Granulom ausschließlich an zentralen Schneidezähnen des Oberkiefers dokumentiert. Seit der Beschreibung der therapeutischen Optionen durch Tronstad im Jahr 1988 sind mehrere Fallberichte erschienen. Hierbei wurde auch von behandelten lateralen Schneidezähnen und Eckzähnen berichtet.

Die folgenden Bilder illustrieren das klinische Bild des externen Granuloms, das hier bei einem 41-jährigen Patienten festgestellt wurde. Abb. 1 zeigt den linken zentralen Schneidezahn. Die zervikale Region weist keine normale Zahnfarbe auf, vielmehr scheint die Zahnhartsubstanz die Farbe der Gingiva anzunehmen. Der Farb-



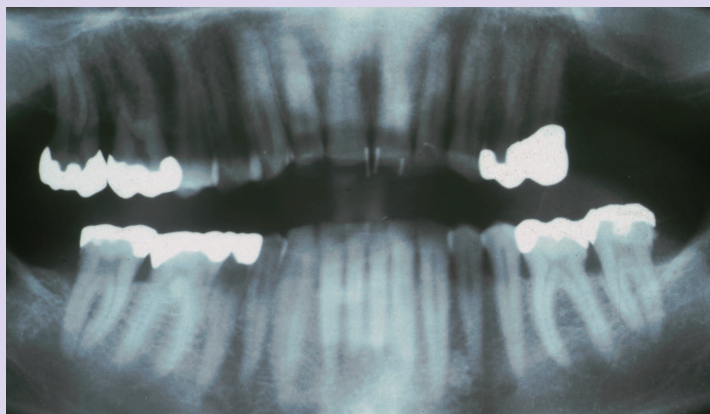
Auffällig. Ein „rosa Fleck“ im zervikalen Bereich des Zahnes 21 (Abb. 1).



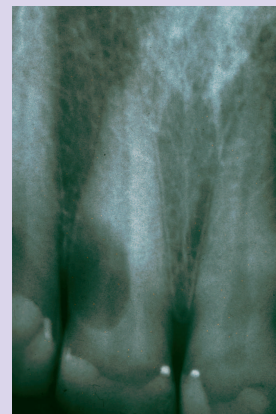
Situation nach Aufklappung. Eintrittspforte der externen Resorption im Bereich der marginalen Gingiva (Sondenspitze) (Abb. 3).



Röntgenbild desselben Zahnes. Unscharf begrenzte Aufhellung im marginalen Bereich der Zahnhartsubstanz (Abb. 2).



Der Beispielfall im Jahr 1991. Der Patient ist 48 Jahre alt. Keine Anzeichen eines externen Granuloms an 11 (Abb. 4).



Fotos: Akademie Karlsruhe

Fünf Jahre später. Aufhellung im marginalen Bereich des Zahnes 11 (Abb. 5).

umschlag ist zwar diskret, im Vergleich zu den Nachbarzähnen aber durchaus deutlich wahrzunehmen. Das Röntgenbild des Zahnes ist in Abb. 2 wiedergegeben. Zu diagnostizieren ist eine diffuse Verschattung des marginalen Dentins, die mit einer Karies verwechselt werden kann. Wird ein marginaler Lappen gebildet, so stellt sich die Eintrittspforte des Granuloms dar. Die Sondenspitze in Abb. 3 zeigt auf eine ovale Perforation der Zahnhartsubstanz mit einer Breite von ca. zwei Millimetern. Sie befindet sich im Bereich der marginalen Gingiva auf der labialen Oberfläche des Zahnes.

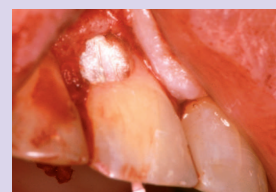
Der hier vorgestellte Fall wurde im Jahr 1996 in der Akademie behandelt. Zum Zeitpunkt der hier dargestellten konservierenden Therapie war der Patient 53 Jahre alt. Der betroffene Zahn 11 befindet sich heute noch in situ und zeigt keine klinischen Probleme.

Befund. Der Patient wurde auch vor seiner Erkrankung in der Akademie zahnärztlich betreut. Das erste verfügbare Röntgenbild zeigt im Bereich der zentralen Schneidezähne keine pathologischen Veränderungen (Abb. 4). Sechs Jahre später wurde ein Zahnfilm des Zahnes 11 angefertigt (Abb. 5). Der Patient klagte über eine gewisse Empfindlichkeit des Zahnes bei mechanischer Belastung. An

ein vorangegangenes Trauma konnte er sich nicht erinnern. Das Röntgenbild zeigt eine relativ klar begrenzte Aufhellung der distal-marginalen Zahnhartsubstanz. In coronal-apikaler Richtung hat der Prozess eine Extension von ca. vier Millimeter. Er scheint die distale Zahnoberfläche zu perforieren, was sich im Laufe der Behandlung als nicht zutreffend herausstellte.

Diagnose und Behandlung. Der Röntgenbefund führte zur Verdachtsdiagnose „externes Granulom“. Differentialdiagnostisch war an ein internes Granulom oder an andere Formen der externen Resorption zu denken. Die exzentrische Position der Aufhellung sprach jedoch eher gegen das Vorliegen eines rein internen Prozesses. Die Diagnose „externes Granulom“ konnte erst durch den Eingriff validiert werden, als sich eine Eintrittspforte im Bereich der marginalen Gingiva zeigte.

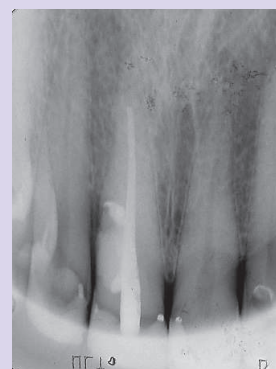
Vor dem konservierenden Eingriff war die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes einzuschätzen. Der Patient wünschte, wenn irgend möglich, den Erhalt des Zahnes. Da im nicht betroffenen Bereich des marginalen Dentins noch eine ca. drei Millimeter starke Restdentschicht nach mesial bestand, wurde von einer Extraktion abgesehen und ein Erhaltungsversuch gewagt. Die klinische Krone war



Excavation. Situation nach Aufklappung: Excavation der Resorption und Wurzelfüllung (Abb. 6).



Verschluss. Die Resorptionskapazität wird adhäsiv verschlossen (Abb. 7).



Kontrollaufnahme 1996. Kontrollaufnahme nach Verschluss (Abb. 8).

ästhetisch nicht beeinträchtigt. Deswegen wurde eine Präparation des Zahnes zur Aufnahme einer Krone nicht erwogen.

Therapie. Es wurde ein Randschnitt im Bereich der Zähne 11 – 13 durchgeführt. Bei der Lappenbildung wurde der marginale Alveolarknochen ca. drei bis vier Millimeter freigelegt. Im Bereich der marginalen Gingiva zeigte sich die Eintrittspforte der Resorption. Diese wurde mit dem Rosenbohrer auf eine Trepanationsöffnung mit einem Durchmesser von ca. drei Millimeter erweitert. Eine Resektion des Alveolarknochens war hierfür nicht erforderlich. Das intradentale Resorptionsgewebe wurde mit einem Excavator entfernt. Das dem Resorptionsprozess benachbarte Zahnhartgewebe war fest und zeigte keine Perforationen.

Durch eine sorgfältige Excavation konnte die Blutung aus dem Zahn zum Stehen gebracht werden. Anschließend wurde der Zahn palatinal trepaniert, um Zugang zum Wurzelkanal zu gewinnen. Die Abb. 6 zeigt den Zahn während der Wurzelfüllung. Die Resorptionskavität und die zervikale Trepanationsöffnung wurden im Anschluss an die Wurzelfüllung mit einem dentinadhäsiven Verfahren geschlossen (Abb. 7). Der Lappen wurde mit zwei interdentalen Knopfnähten fixiert. Abschließend wurde eine Kontrollaufnahme der Wurzelfüllung angefertigt (Abb. 8). Die Wundheilung verlief komplikationslos (Abb. 9). Der Patient hatte auch in den folgenden Jahren keinerlei Beschwerden an Zahn 11.

15 Jahre später. Die vorliegende Kontrollaufnahme entstand im Jahr 2011 (Abb. 10). Der apikale Bereich des Zahnes 11 zeigt keine Aufhellung und kein Resorptionsrezidiv. Das klinische Bild weist aus, dass an Zahn 11 keine Rezession eingetreten ist (Abb. 11). Im Beobachtungszeitraum 1996 bis 2011 hat der Patient keinen Zahn verloren.

Epikrise. Die hier dargestellte einzeitige Therapie hat den Erhalt des Zahn 11 über einen Zeitraum von 15 Jahren erfolgreich gesichert.

www.zahnaerzteblatt.de



Beschwerdefrei. Die Wundheilung verläuft komplikationslos. Der Patient hatte auch in den folgenden Jahren keinerlei Beschwerden an Zahn 11 (Abb. 9).



Kontrollaufnahme aus dem Jahr 2011. Der Patient ist mittlerweile 68 Jahre alt (Abb. 10).



Klinische Situation 2011. Keine Rezession an 11 (Abb. 11).

Das Vorgehen würde heute wieder ähnlich gewählt werden. Allerdings würde möglicherweise die Resorptionskavität vor Anfertigung der Wurzelfüllung geschlossen werden, da auf diese Weise die Aufbereitung des Wurzelkanals leichter durchzuführen wäre. Das größte Risiko der hier dargestellten Behandlung ist das Wiederauftreten einer externen Resorption, die einige Jahre nach der Therapie nicht mehr beherrscht werden kann und zu Wurzelfraktur bzw. Zahnverlust führt. In diesem Fall hätte die Therapie zumindest einen temporären Erfolg gehabt.

Prof. Dr. Winfried Walther

Zahnärztliche Hypnose und suggestive Kommunikation

Effektiver arbeiten, entspannter behandeln, erfolgreich kommunizieren, Patienten binden

Aus dem Kursprogramm 2012:

Informationsabend „Zahnärztliche Hypnose und suggestive Kommunikation“

- 8. Februar 2012, 19–21 Uhr
- Fortbildungspunkte: 2

Z-Curriculum „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“ für Zahnärzte, Ärzte und Psychologen

- 6 Wochenendkurse und 32 Std. Supervision
- Beginn: 16./17. März 2012 (Z1)
- Fortbildungspunkte je Kursblock: 16

H-Curriculum „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“ für (zahn-)medizinisches Fachpersonal

- 5 Wochenendkurse und 24 Std. Supervision
- Beginn: 15./16. Juni 2012 (H1)
- Informationsabend:
- 23. Mai 2012, 18–21 Uhr

Weitere Fortbildungsveranstaltungen:

Masterkurse, NLP-Curriculum, Spezialkurse, Supervisionstage, Internationales Supervisionsseminar 2012 auf Gozo

Veranstaltungsort:

Seminarraum Praxis Dr. Albrecht Schmierer
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart

Termine, Information & Anmeldung:

Tel. 07 11 / 2 36 37 61, mail@dgzh-stuttgart.de

Jetzt informieren!

www.dgzh-stuttgart.de

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose
Selbstständige Regionalstelle Stuttgart
Dr. Albrecht Schmierer

