

Anna Greta Barbe, Michael Johannes Noack, Michael Thomas Barbe, Ina Nitschke

Zahnärztliche Lagerung bei Senioren mit HWS-Problemen

Ein Fallbericht

Vor und während der Lagerung auf dem zahnärztlichen Stuhl durch Zahnarzt und Praxisteam sollte bei Senioren immer auch die sorgfältige Anamnese und die durchgehend aufmerksame Beobachtung der Patienten eine wichtige Rolle spielen, da sich während und aufgrund der Lagerung medizinische Notfallsituationen ereignen können.

Wir berichten über einen Fall, wo bei reklinierter Kopf- lagerung während der Behandlung ein medizinischer Notfall auftrat und möchten aufgrund dessen auf wichtige Faktoren bei der Lagerung hinweisen. Der hier dargestellte Patientenfall beruht auf einer Falldarstellung aus der Zeitschrift Gerodontology¹.

Krankengeschichte

Ein auf den ersten Blick allgemeinmedizinisch unauffälliger 61-jähriger Patient ohne orale Beschwerden stellte sich zur Routinekontrolle in der zahnärztlichen Sprechstunde vor. Seine Allgemeinanamnese zeigte arteriellen Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 1 sowie eine Schilddrüsenüberfunktion. Bezüglich dieser allgemeinanamnestischen Befunde war er laut eigener Aussage medikamentös gut durch den Hausarzt eingestellt. Zudem berichtete der Patient über einen Schlaganfall vor einigen Jahren, der noch die Restsymp-



Abb. 1 Patient mit reklinierter Kopf- lagerung auf dem Zahnarztstuhl.

tomatik einer leichten Halbseitenlähmung der linken Körperhälfte zeigte. Daher nahm der Patient noch einmal täglich ASS 100 ein.

Zahnärztliches Vorgehen

Um die zahnärztliche Untersuchung des Oberkiefers durchführen zu können, wurde der Patient in einer reklinierten Kopfposition auf dem zahnärztlichen Stuhl gelagert (Abb. 1). Der Zahnarzt begann mit der oralen Untersuchung und diagnostizierte parodontalen, prothetischen und konservierenden Behandlungsbedarf (Abb. 2 und 3).

Nach fünf Minuten unterbrach der Patient die Untersuchung und berichtete über eine leichte Schwäche sowie Kribbeln des rechten Beins und Arms. Bei dem Versuch aufzustehen, sackte

das rechte Bein weg. Er wurde mithilfe des Teams umgehend wieder auf den Zahnarztstuhl gesetzt und es wurde sofort der Notarzt gerufen. Dieser traf nach wenigen Minuten ein und brachte den Patienten mit Verdacht auf einen erneuten Schlaganfall in die 500 m entfernte zentrale Notaufnahme des Klinikums. Von dort erfolgte die Aufnahme auf die Stroke Unit der Klinik für Neurologie.

Neurologische Behandlung

Bei unauffälligen CT-Befunden wurde aufgrund der typischen Symptomatik eines erneuten Schlaganfalls die in solchen Fällen indizierte Lysetherapie durchgeführt, auch um das mögliche Zeitfenster von 4,5 Stunden nicht zu überschreiten. Das am nächsten Tag



Abb. 2a bis c Intraorale Situation des Patienten bei der zahnärztlichen Untersuchung.



Abb. 3 Orthopantomogramm (OPG).



Abb. 4 MRT der Halswirbelsäule mit einer degenerativen Stenose auf Höhe der Halswirbelkörper 4 und 7 (C4–C7) nach traumatischer Myelopathie.

zur Kontrolle durchgeführte MRT zeigte ebenfalls kein Infarktareal. Auch in der Labordiagnostik waren keine richtungsweisenden Befunde zu erkennen.

Im weiteren Verlauf gab der Patient allerdings eine Verschlechterung seiner Symptome an und auch klinisch konnte nun eine Tetraparese diagnostiziert werden. Da ein Schlaganfall aufgrund der Bildgebung ausgeschlossen worden war, wurde nun von einer zervikalen Myelopathie ausgegangen, die später mithilfe eines MRTs als höchstgradige Stenose bestätigt werden konnte (Abb. 4).

Der Patient wurde daraufhin in die Neurochirurgie verlegt, wo bei Kontusion des zervikalen Myelons auf Höhe der Halswirbelkörper 4 und 7 eine operative Therapie durchgeführt wurde. Nach der Operation waren die klini-

schen Symptome rückläufig und am Tag der Entlassung war der Patient mit Rollator gehfähig.

Diskussion

Der hier beschriebene Fall zeigt eine der möglichen Komplikationen im Halsbereich bei reklinierter Kopfklage insbesondere von Patienten mit bestehender Halswirbelsäulenproblematik. Diese Komplikation hätte wahrscheinlich nicht vorhergesehen werden können, da eine ausführliche Anamnese erhoben wurde und sich hier kein Hinweis auf eine HWS-Problematik erkennen ließ. Mit dem Wissen, dass 95 % der Männer und 75 % der Frauen im Alter von über 70 Jahren an zervikaler Spondylose leiden und nur ein

Bruchteil dieser Patienten behandelt wird oder sich überhaupt dieses Problems bewusst ist, zeigt dies, dass die Möglichkeit einer HWS-Problematik aufgrund der Lagerung ein durchaus realistisches Risiko darstellt². Um dieses Risiko zu minimieren bzw. im Fall der Fälle darauf vorbereitet zu sein, sollten folgende Aspekte vor und während der Therapie beachtet werden:

Beobachtung

Senioren können entsprechend der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität eingeschätzt werden^{3,4}. In Bezug auf diesen Patientenfall sollte insbesondere die individuelle Therapiefähigkeit betrachtet werden, da die Lagerung ein Unterpunkt dieser ist (Tab. 1).

Sowohl Praxisteam als auch Zahnarzt selbst können sich beim Beobachten, wie der Patient den Weg vom Wartezimmer bis zum Behandlungstuhl zurücklegt, bereits einen guten Eindruck verschaffen. Auch beim Hinsetzen gibt es Anhaltspunkte, ob die Lagerung ein Problem darstellen könnte.

Anamnesegespräch

Schon im Vorfeld kann die Sitzungslänge mit dem Patienten besprochen werden – hier ist es wichtig, wie viel sich der Patient selbst zutraut. „Wie und wie lange sitzen Sie zu Hause auf einer Stelle?“ oder „Müssen Sie häufig aufstehen“ sind Fragen, die auch Teil eines Seniorenfragebogens sein könnten. Wenn in der Praxis oft Senioren behandelt werden, gibt es hier sicherlich spezielle Aspekte, die mit dem üblichen Anamnesebogen häufig nicht geklärt werden können, z. B. die Versorgungsdiagnose oder die Nachsorgekompetenz. Hier ist es sinnvoll, in Bezug auf eine zervikale Stenose Fragen nach Taubheit oder Kribbeln im Bereich der Extremitäten aufzunehmen. Auch Atrophien bestimmter Muskeln können den Zahnärzten als Indikator für eine bestehende HWS-Problematik dienen. Sollten bereits orthopädische und/oder neurologische Probleme aufgetreten sein, ist unter Umständen eine Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt sinnvoll. Zudem sollten im Vorfeld

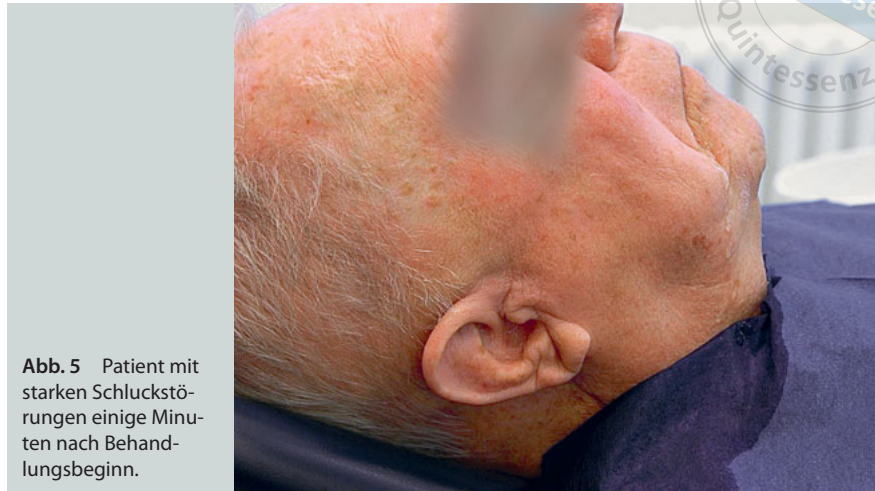


Abb. 5 Patient mit starken Schluckstörungen einige Minuten nach Behandlungsbeginn.

mögliche Schluckstörungen abgeklärt werden, da diese aufgrund des dann schwer kontrollierbaren Austretens von Speichel aus dem Mund die Behandlung zusätzlich erschweren können (Abb. 5).

Zahnärztliche Behandlung

Da die verstellbaren Kopfstützen der gängigen Zahnarztstühle meist nicht ausreichen, um z. B. einen Rundrücken der Patienten auszugleichen, können abwischbare oder aus hygienischen Gründen mit Plastikbeuteln umwickelte Kissen hilfreich sein. Auch mithilfe der Absauganlage vakuumierte Kissen können helfen. Die im Vorfeld abgesprochenen Behandlungszeiten sollten wenn möglich eingehalten werden und den Patienten angeboten werden, bei längeren Sitzungen aufzustehen. Auch

das Praxisteam muss gut geschult sein und durchgängig aufmerksam Gesicht und Mimik der Patienten beobachten. So sind die Mitarbeiter in der Lage, mögliche Grenzen des Patienten zu erkennen, falls die Behandlung zu lang oder zu anstrengend wird. Bei Patienten mit Dysphagie sollte der Kopf seitlich gelagert werden und ein großes Augenmerk auf das sorgfältige Absaugen gelegt werden. Hier ist es ratsam, ein in der Seniorenbehandlung erfahrenes Teammitglied als Stuhlassistenz einzuteilen. Bei bereits bestehenden HWS-Beschwerden sollte auch erwogen werden, die Patienten im Sitzen zu behandeln.

Notfallmanagement

Generell sollten auch aufgrund der größer werdenden Zahl der in Praxen behandelten Senioren die notwendigen Notfallnummern für jedes Teammitglied sichtbar und direkt greifbar bereitgehalten werden. Zudem sollte die am nächsten gelegene Notaufnahme bekannt und der praktische Ablauf im Notfall allen Teammitgliedern gut vertraut sein. Hilfreich ist es, das Procedere in regelmäßigen Abständen praktisch vor Ort durchzuspielen, um hier Unsicherheiten oder Panik im Fall der Fälle zu vermeiden.

Tab. 1 Die Zahnmedizinische Funktionelle Kapazität mit ihren vier Belastbarkeitsstufen.

Belastbarkeitsstufe (BS)	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
BS 1	normal	normal	normal
BS 2	leicht reduziert	leicht reduziert	normal
BS 3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
BS 4	keine	keine	keine

Fazit

Der Lagerung insbesondere von Senioren sollten Zahnärzte und Teams viel Aufmerksamkeit widmen. Hierzu können Fragen im Anamnesegespräch, im Anamnesebogen oder auch in einem speziellen Seniorenfragebogen dienen.

Diese sollten auch Probleme mit dem häuslichen Liegen und Sitzen abbilden sowie neurologische und orthopädische Erkrankungen abfragen, die dann mit dem behandelnden Facharzt abgeklärt werden können. Die Patienten müssen während des Laufens, Hinsetzens und im Verlauf der Behandlung

gut beobachtet werden. Zudem sollten individuell angepasste regelmäßige Angebote zum Aufstehen und Laufen sowie Hilfestellung durch Kissen gegeben werden. Wenn außergewöhnliche Veränderungen auftreten, sollten diese ernst genommen und schnell reagiert werden.

Literatur

1. Barbe AG, Noack MJ, Barbe MT, Nitschke I. Contusion of the cervical spinal cord following dental treatment of a patient at risk to stroke: A case report. *Gerodontology* 2018;35:63–65.
2. Gore DR, Sepic SB, Gardner GM. Roentgenographic findings of the cervical spine in asymptomatic people. *Spine (Phila Pa 1976)* 1986;11:521–524.
3. Jordan RA, Bodechtel C, Hertrampf K et al. The Fifth German Oral Health Study (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS V) – rationale, design, and methods. *BMC Oral Health* 2014;14:161.
4. Nitschke I. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige): Zahnmedizinische funktionelle Kapazität. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016.

Autoren

Dr. Dr. Anna G. Barbe

Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 32
50931 Köln
E-Mail: anna.barbe@uk-koeln.de



Univ.-Prof. Dr. Michael J. Noack

Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 32
50931 Köln

Univ.-Prof. Dr. med. Michael T. Barbe

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62
50924 Köln

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
Klinik für Allgemein-, Behinderten- und
Seniorenzahnmedizin, Universität Zürich
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde, Universität Leipzig
E-Mail: ina.nitschke@dgaz.org