

**SPRECHSTUNDE
SCHLAGANFALL**


VON PD DR. MED. JAN LIMAN

”

Wie hoch ist nach Schlaganfall im September 2016 die Gefahr eines erneuten Anfalls? Und gibt es die Gefahr von Demenz nach Schlaganfall?

Die Frage lässt nicht pauschal beantworten, da es wichtig ist die Ursache des Schlaganfalls und deren Behandlungsmöglichkeiten zu kennen. Deshalb ist eine umfangreiche Abklärung auf eine Schlaganfallstation essentiell. Das Risiko hängt auch von den Begleiterkrankungen ab. Als Beispiel kann ich Ihnen das Vorhofflimmern nennen: Es ist ein großer Risikofaktor für Schlaganfälle, dabei steigt das Risiko aber, mit weiteren Herz-Gefäßkrankungen an. Ein unter 65 Jahre alter Mann ohne Begleiterkrankungen hat ein jährliches Risiko einen Schlaganfall zu erleiden (bei Vorhofflimmern) von unter 1 Prozent, wenn alle Risikofaktoren vorhanden sind steigt das Risiko proportional bis über 20 Prozent an. Behandelt man das Vorhofflimmern adäquat, ist aber eine deutliche Senkung des Risikos von über 50 Prozent zu erreichen.

Bezüglich des Demenzrisikos wissen wir, dass die Gehirnleistungsfähigkeit nach Schlaganfällen leidet, eine klassische Demenz wird durch einen einzelnen Schlaganfall normalerweise aber nicht ausgelöst. Es gibt allerdings durch schlecht eingestellte Gefäßrisikofaktoren ausgelöste Gehirnschädigungen, welche zu einer Demenz führen.

”

Können auch Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Schwangere... von einem Schlaganfall betroffen sein? Wenn ja, gibt es für diese „Zielgruppen“ andere Therapien?

Ja, auch dies ist möglich, wenngleich es gerade bei Kindern eine seltene Erkrankung ist und es gerade bei jungen Menschen viele andere Erkrankungen gibt, welche gleiche Symptome machen können und häufiger sind als der Schlaganfall. Der Faktor Alter spielt, gerade was die klassischen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren angeht eine wesentliche Rolle. Die Ursachen sind gerade bei Kindern und Jugendlichen häufig entzündliche oder traumatische Gefäßschädigungen und nicht die klassischen „alterungsbedingten“ Ursachen. Die Therapien unterscheiden sich grundsätzlich nicht, wenngleich gerade die Lysetherapie bei Schwangeren nicht möglich ist und bei Kindern nicht erprobt und nur im Einzelfall nach gesonderter Aufklärung der Erziehungsberechtigten angewendet werden kann.

”

Was genau soll ich tun, wenn die beschriebenen Symptome auftreten – ich lebe 35 Kilometer von Göttingen entfernt? Und ich stelle mir noch vor, es ist später Abend oder Wochenende... Das macht mir Angst.

In diesem Fall rufen Sie sofort den Rettungsdienst an, die Mitarbeiter dort sind sehr gut geschult und werden direkt den Weg in die nächste große Neurologie suchen. Bei großen Entfernungen wird dafür zum Teil auch der Hubschrauber eingesetzt. Insbesondere für die weitere Umgebung gründen wir deshalb seit zwei Jahren mehr und mehr Kooperationen mit direkter Bildübertragung und standardisiertem Vorgehen mit umliegenden Krankenhäusern. Die Lysetherapie kann dann während des Weitertransportes in die UMG erfolgen, die Kathethertherapie geschieht bei uns.

PD Dr. med. Jan Liman
Geschäftsführender Oberarzt

Oberarzt Stroke Unit/Ultraschall Labor und Transplantationsbeauftragter der Universitätsmedizin Göttingen

Kontakt
jliman@gwdg.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN **UMG**

THEMA HEUTE: FEHLBISSBEHANDLUNG

Kieferfehlstellungen beeinflussen das Erscheinungsbild

Ursache, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten

Von
Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty
und Dr. Dr. Philipp Brockmeyer
(Universitätsmedizin Göttingen)

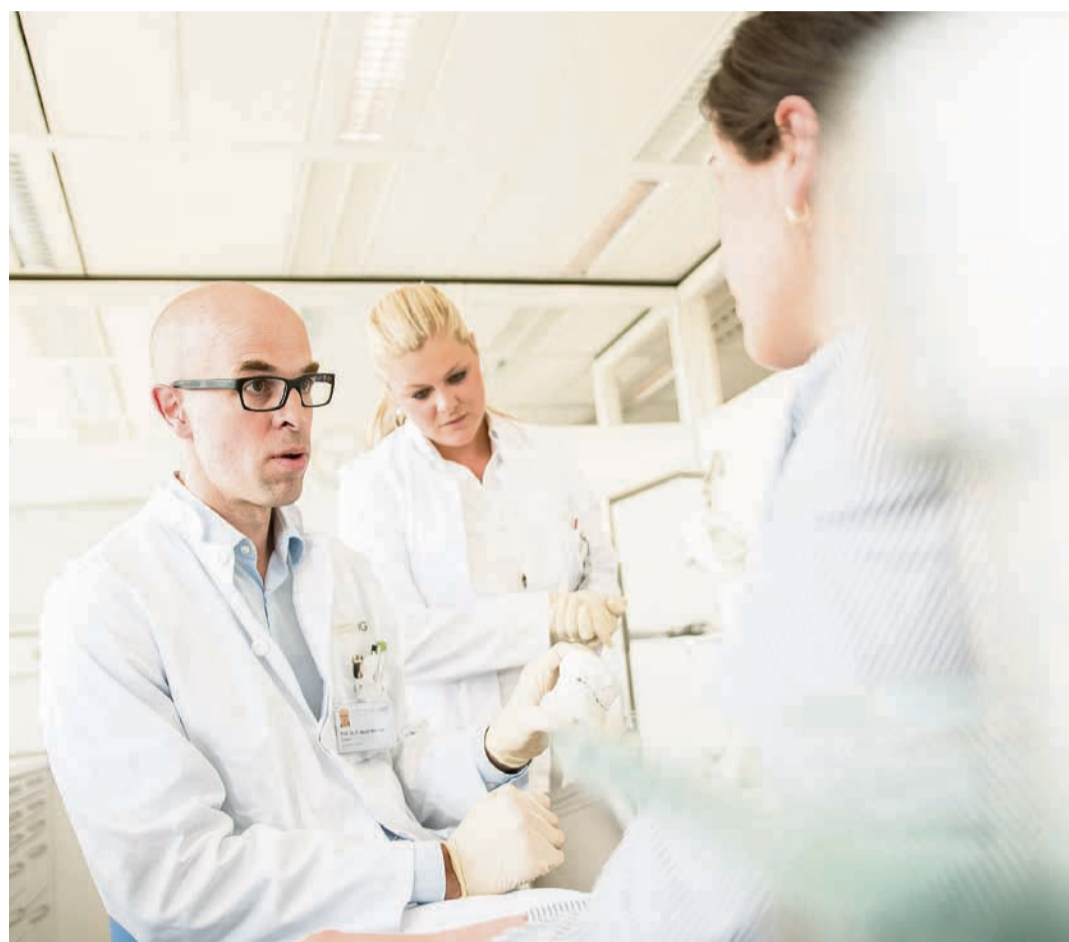
Kieferfehlstellungen, so genannte Dysgnathien, im Erwachsenenalter können angeboren, durch Fehlbisse im Kindes- und Jugendalter bedingt oder durch erworbene Wachstumsstörungen verursacht sein. Charakteristisch ist eine ausgeprägte Vor- oder Rücklage von Ober- oder Unterkiefer mit einer großen Stufe zwischen den Oberkiefer- und Unterkieferfrontzähnen. Zusätzlich kann eine komplette Abweichung des Unterkiefers zur rechten oder linken Seite mit Versatz des Kinns die Fehlstellung verstärken.

Kieferfehlstellungen beeinflussen entscheidend das Erscheinungsbild und haben damit Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Kontaktaufnahme, Kommunikation und Emotionsübermittlung. Darüber hinaus kann neben den beschriebenen ästhetischen und psychologischen Problemen die Kaufunktion gestört sein. Es kann zu einer Fehlbelastung der Zähne, mit erhöhter Kariesanfälligkeit und Zahnverlust, sowie Kiefergelenk- und Muskelbeschwerden (Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD) kommen. Die World Health Organization (WHO) beschreibt eine korrekte Kaufunktion als Faktor für eine gute Mundgesundheit.

Fehlstellungen, die auf die Zähne beschränkt sind, können zeitlebens durch eine rein kieferorthopädische Therapie mit einer herausnehmbaren und/oder festsitzenden Spange behandelt werden. Fehlstellungen die sich auf das Skelett von Oberkiefer und Unterkiefer ausdehnen, können nur im Kindes- beziehungsweise Jugendalter bis zum Abschluss des Wachstums durch kieferorthopädische Maßnahmen beeinflusst werden. Später, oder bei ausgedehnten Fehlstellungen, ist eine kombiniert kieferorthopädische und kieferchirurgische Therapie erforderlich. In diesem Fall ist es möglich, die Kiefer operativ zu verlagern, und in korrekter harmonischer Lage zueinander wieder zu fixieren.

Ablauf der Therapie

Die Therapie einer Kieferfehlstellung gliedert sich in drei Phasen: In der ersten kieferorthopädischen Phase wird durch Einsatz einer festen Zahnspange die Zahnstellung korrigiert. Es folgt die



Der Patient ist in allen Phasen der Therapie eingebunden.

FOTO: R



Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty

Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Göttingen



Dr. Dr. Philipp Brockmeyer

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsmedizin Göttingen

kieferchirurgische Phase, in der die knöcherne Fehlstellung operativ – von Mundes Inneren – ausgeglichen wird. Abschließend ist eine kieferorthopädische Feinausformung der Zähne bei korrekter Kieferposition nötig.

Die gesamte Therapie kann, je nach Ausmaß der Fehlstellung, zwischen ein bis drei Jahren in Anspruch nehmen. Bereits zu Beginn der ersten Behandlungsphase bildet sich ein Behandlungsteam aus Kieferorthopäden und Kieferchirurgen, wodurch eine schnelle Kommunikation ermöglicht wird. Neben der Befundaufnahme und Therapieplanung durch den Kieferorthopäden sollte möglichst frühzeitig ein erstes Beratungsgespräch bei

dem Kieferchirurgen erfolgen.

Nach der Genehmigung des Behandlungsplanes durch die Krankenkasse wird durch den Kieferorthopäden eine feste Zahnspange im Ober- und Unterkiefer eingesetzt. Die Zähne werden so positioniert, dass der Kieferchirurg die spätere operative Verlagerung problemlos durchführen kann. Sollten noch Weisheitszähne vorhanden sein, müssen diese vor der Operation entfernt werden, da sie den Eingriff behindern können. Nach Abschluss der vorbereitenden Maßnahmen, etwa sechs bis acht Wochen vor dem geplanten Operationstermin, wird die Operation zur Kieferverlagerung an der Universitätsmedizin Göttingen

Am Tag vor der Operation erfolgt ein wiederholtes Aufklärungsgespräch über den chirurgischen Eingriff. Die Operation wird in Vollnarkose über die Mundhöhle durchgeführt. Der Patient wird während des gesamten stationären Aufenthaltes durch die Kieferorthopäden des Hauses begleitet. Meist nach etwa zehn Tagen werden die Wundnähte entfernt und der Patient entlassen.

Der Kieferorthopäde beginnt direkt im Anschluss mit der Feineinstellung der Zahnpositionen. In der ersten Zeit während der Heilung der Knochen sind strenge Ernährungsvorschriften einzuhalten. Nach der rein flüssigen Kost im Anschluss an die Operation wird die Nahrung über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen wieder zur Normalkost aufgebaut.

Die während der Operation eingebrachten Titanplatten sollten nach etwa acht bis neun Monaten entfernt werden. Dies ist mit einem weiteren kurzen, etwa dreitägigen stationären Aufenthalt verbunden.

In der Regel werden die Grundkosten der Behandlung von der Krankenkasse übernommen – ausgenommen davon sind Eigenanteile, beispielsweise für die dreidimensionale Operationsplanung oder für individuelle Sonderwünsche wie eine unsichtbare oder wenig sichtbare Zahnspange.

durch Kieferchirurgen und Kieferorthopäden gemeinsam geplant. Dies wird mittels moderner computergestützter Bildgebungs- und Planungssoftware durchgeführt. Dadurch kann eine verbesserte individuelle Behandlung und eine höhere Patientensicherheit gewährleistet werden.



Die Abbildungen A, B und C zeigen den Patienten vor der Therapie, die Abbildungen D, E und F nach der erfolgreichen Behandlung. FOTO: R

LESER FRAGEN

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Fehlbißbehandlung“ bitte bis Montag, 31. Juli, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene Email-Adresse. Sie lautet sprechstunde@goettinger-tageblatt.de

Ihre Fragen werden dann von Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty und Dr. Dr. Philipp Brockmeyer beantwortet werden. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonnabend in Ihrem Göttinger Tageblatt – unter der Rubrik „Gesund in Göttingen“.


**THEMEN
IM ÜBERBLICK**

22.7. AKUTVERSORGUNG
DES SCHLAGANFALLS

**29.7. FEHLBISS-
BEHANDLUNG**

5.8. IMPFEN

12.8. MUSKELKNOTEN DER
GEBÄRMUTTER