

Patienteninformation über die operative Entfernung von Weisheitszähnen im Unterkiefer

Die unteren Weisheitszähne haben oft nicht genügend Platz, um normal durchzubrechen und sich in die Zahnreihe einzugliedern. Sie bleiben dann entweder vollständig von Knochen bedeckt (sog. Retention) oder brechen nur teilweise durch (sog. Teilretention).

Die operative Entfernung des Weisheitszahnes wird erforderlich:

- bei **Entzündungsprozessen** der Schleimhaut und des umgebenden Knochens, besonders bei teilweise durchgebrochenen (teilretinierten) Zähnen
- bei **Zystenbildung** um die Krone des retinierten Zahnes, ausgehend vom die Zahnkrone umgebenden „Zahnsäcken“
- weil eine **Schädigung des unteren zweiten Backenzahnes** durch den Druck des am Durchbruch gehinderten Weisheitszahnes droht
- weil er als „**Herd**“ für **Allgemeinerkrankungen** oder als Ursache einer Gesichtneuralgie (Gesichtsschmerzen) in Betracht kommt
- weil der Wachstumsdruck des unteren Weisheitszahnes zu einer **Verschiebung der Zahnreihe** führen und das Ergebnis einer kieferorthopädischen Behandlung gefährden kann
- vor der **Eingliederung einer Krone oder Brücke** am letzten Backenzahn, sowie einer **Unterkieferprothese** bei sonst zahnlosem Unterkiefer

Operation

Nach örtlicher Betäubung wird die Schleimhaut vom Knochen gelöst und der Zahn mit einem Bohrer durch Abtragen von Knochen freigelegt. Er kann dann mit einer Zange und/oder Hebel entfernt werden. In bestimmten Fällen ist es notwendig, den Zahn zu teilen. Die Wunde wird in der Regel teilweise vernäht.

Nach der Operation können eine Schwellung der Wange, eine Einschränkung der Mundöffnung und Schluckbeschwerden auftreten, die in aller Regel nach 4 – 5 Tagen abklingen. Die Wundkontrolle und Nahtentfernung findet nach einer Woche statt. Es kann im Einzelfall auch eine vorgezogene Wundkontrolle erfolgen. Eine Erhöhung der Körpertemperatur bis 38.5°C nach dem Eingriff ist im Rahmen des normalen Heilungsverlaufes möglich.

Mögliche Komplikationen

Da die Wurzeln der Weisheitszähne bis an den Unterkiefornervenkanal heranreichen können, ist die Eröffnung des Nervenkanals und eine mechanische Schädigung des Nerves besonders bei tief retinierten Zähnen nicht immer vermeidbar. Das kann zu einer vorübergehenden, selten zu einer dauerhaften Funktionsstörung des Nerves führen, die mit Taubheitsgefühl der betroffenen Lippenhälfte einhergeht. Die Lippenbeweglichkeit ist dadurch nicht beeinträchtigt.

Ganz selten kann der an der Innenseite des Unterkiefers verlaufende Zungennerv durch die Betäubungsspritze oder den operativen Eingriff geschädigt werden. Dies führt zu einem zeitlich begrenzten, gelegentlich dauerhaften Taubheitsgefühl und zu Geschmacksstörungen im Bereich der betreffenden Zungenhälfte.

Äusserst selten kann es unter ungünstigen Umständen zu einem Unterkieferbruch kommen, der geschient werden muss und danach meist problemlos zusammenwächst.

Wie bei allen operativen Eingriffen können Nachblutungen und Wundheilungsstörungen auftreten. In der Regel sind dadurch keine bleibenden Beeinträchtigungen zu erwarten.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie noch offene Fragen zur Behandlung und den möglichen Komplikationen haben sollten.

Sorgen Sie am Operationstag dafür, dass Sie abgeholt bzw. begleitet werden und nach dem Eingriff nicht selbst mit dem Auto fahren.

Über das Verhalten nach dem Eingriff informieren wir Sie direkt nach der Operation und dazu erhalten Sie auch ein Merkblatt.

Erklärung der Patientin / des Patienten nach dem Aufklärungsgespräch

Sie müssen uns ausführlich über Ihren Gesundheitszustand informieren und allenfalls abnorme Reaktionen auf Medikamente, inkl. Allergien, verstärkte Neigung zu Blutungen und Infektionen, chronische oder schwere Erkrankungen und die aktuelle Medikation mitteilen, da dies Auswirkungen auf die Durchführbarkeit oder den Erfolg des Eingriffes haben kann.

..... hat mit mir anhand der Hinweise in diesem Formular und im Merkblatt ein Aufklärungsgespräch geführt und ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich erkläre mich hiermit mit einer während der Operation sich als notwendig ergebenden Erweiterung oder Änderung des geplanten Eingriffes einverstanden. Eventuell erforderliche Nachuntersuchungen und das ärztlich empfohlene Verhalten für die Zeit nach dem Eingriff sind mir bekannt. Ich bin hiermit mit dem vorgeschlagenen Eingriff einverstanden

Ort / Datum: _____ Unterschrift Patient/In: _____

Zürich, _____ Unterschrift Zahnarzt/ärztin: _____

Ich lehne den Eingriff ab und wurde über die möglichen Komplikationen informiert

Ort / Datum: _____ Unterschrift Patient/In: _____

Zürich, _____ Unterschrift Zahnarzt/ärztin: _____