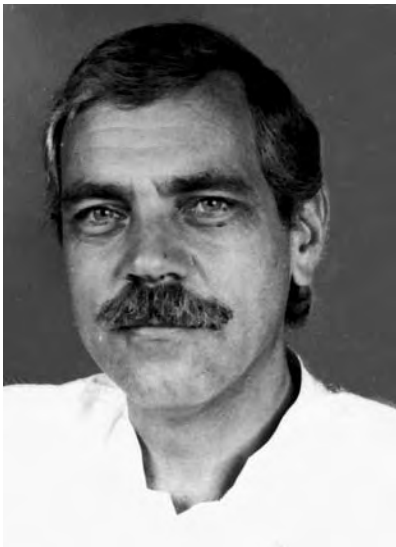


# Zur zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen

Betrachtungen von Prof. Dr. Dr. Dr. Karsten Gundlach



Prof. Dr. Dr. Dr. Karsten Gundlach

Fotos: privat

In Deutschland hören wir seit vielen Jahren im Rahmen unseres Zahnmedizinstudiums von der Herdlehre, und auch heute noch werden viele Patienten von Hautärzten, Herzspezialisten, Nierenspezialisten und Augenärzten den Zahnärzten zugewiesen, um einen „Fokus“ zu finden bzw. zu sanieren, d.h. zu beseitigen. Nun sind uns Ärzten in den letzten Jahren erweiterte therapeutische Möglichkeiten an die Hand gegeben worden, die das Thema „Fokus“ in einem neuen Licht erscheinen lassen. Es handelt sich hier um die Strahlentherapie von Patienten mit malignen Tumoren im Kopf-Halsgebiet, die vorher „saniert“ werden sollen; um Patienten, die eine Organtransplantation erhalten sollen und die ebenfalls vorher zahnärztlich saniert werden müssen; und letztlich ist in den letzten Jahren ein neues Problem entstanden, das noch nicht weit genug bekannt ist: die weit verbreitete Rezeptur von Bisphosphonaten. Diese Gruppe von Medikamenten hemmt die Aktivität von Osteoklasten und wird deswegen eingesetzt zur Behandlung der knochenangreifenden bösartigen Tumoren wie Plasmozytom oder Knochenmetastasen aber auch zur Behandlung der häufig im Alter auftretenden Osteoporose. Vor Beginn einer Behandlung mit Bisphosphonaten (oder bei Beginn einer solchen Behandlung) hat es sich ebenfalls als notwendig heraus-

gestellt, diese Patienten zu sanieren, da sonst in einem hohen Prozentsatz nahezu unbeherrschbare infizierte Osteonekrosen auftreten, die äußerst schmerzhaft sind, weite Strecken von freiliegendem Knochen im Alveolarfortsatzbereich nach sich ziehen und deren plastische Deckung selbst „alten Hasen“ der Kieferchirurgie Kopfbrechen macht – die freiliegenden osteonekrotischen Areale sind nahezu unheilbar.

Aus aktuellem Anlass soll jetzt auf das Problem aufmerksam gemacht werden, dass leider in vielen Praxen auch heute noch nicht eine saubere Definition darüber besteht, was ein Fokus ist, was mit einem Fokus gemacht werden muss und wie ein Patient behandelt werden muss, der aus einem der oben genannten Gründe zur zahnärztlichen Sanierung von einem Kollegen in die zahnärztliche Praxis überwiesen wird.

Vor ganz kurzer Zeit erschienen an ein und demselben Tag in der Rostocker Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten „Hans Moral“ zwei Patienten, bei denen eine Nierentransplantation vorgenommen werden sollte. Beide litten an einer chronischen (bilateralen) Niereninsuffizienz, und für beide war – nach Testung der Gewebszelltypen – eine Nierentransplantation möglich geworden, da ein Spender gefunden worden war. Beide erschienen in der Ambulanz der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die Nierentransplantation sollte noch am gleichen Tag erfolgen. (Wenn sich ein Spenderorgan

findet, muss dieses sofort transplantiert werden, da es nicht, d.h. keine lange Zeit, ohne arterielle Blutversorgung bleiben darf.). Beide Patienten waren zuvor bei einem niedergelassenen Zahnarzt (zwei verschiedene Kollegen) vorstellig gewesen und hatten im Rahmen einer Routineuntersuchung um eine zahnärztliche Sanierung gebeten vor dem ihnen in naher Zukunft in Aussicht gestellten Eingriff einer Nierentransplantation. In unserem Hause erfolgten bei beiden Patienten die Erstellung einer Panorama-Aufnahme, die Untersuchung der Zähne und die Konsultation in den in unserem Hause tätigen Abteilungen.

Bei dem ersten Patienten, geboren 1939, fand sich folgender Befund (siehe Abb. 1):

- partiell retinierter Zahn 48,
- generalisierte Parodontitis marginalis,
- Parodontitis apicalis chronica (eventuell radikuläre Zyste) bei Zahn 11,
- Karies profunda mit freiliegender Pulpa bei Zahn 21 und
- Wurzelkaries bei Zahn 22.

Der in unserem Hause gemeinsam erstellte Therapievoranschlag lautete:

Operative Entfernung von Zahn 48, Extraktion der Zähne 11 und 21 und Kariesbehandlung von Zahn 22 – neben einer Planung der Parodontitisbehandlung.

Aufgrund der kurzfristigen Konsultation und des hohen Risikos einer Gleichzeitigkeit von Nierentransplantation und Zahnsanierung, wobei letztere mit einem erhöhten Anfluten



Abb. 1: 67-jähriger Patient. Deutlich erkennbare pathologische Befunde auf dem Orthopantomogramm: Periapikale Aufhellung bei 11, teiltretinierter Zahn 48.

von Bakterien in der Blutbahn verbunden ist, musste die geplante Operation bis auf weiteres verschoben werden...

Bei der zweiten Patientin, geboren 1959, stellten wir röntgenologisch und klinisch folgenden Befund fest (siehe Abb. 2):



Abb. 2: 47-jährige Patientin. Deutliche erkennbare pathologische Befunde auf dem Orthopantomogramm: Horizontaler Knochenabbau der Alveolarfortsätze des Ober- und des Unterkiefers mit teilweise markanten vertikalen Einbrüchen (z.B. 26; 38, 37, 32; 47).

Parodontitis marginalis chronica et profunda an sämtlichen Zähnen des Oberkiefers sowie bei den Zähnen des Unterkiefers mit Ausnahme des Zahnes 33, 43 und 44. Bei allen Zähnen maß die Taschentiefe deutlich über fünf mm.

Unser Therapievoranschlag war:

Extraktion sämtlicher Zähne bis auf die drei erhaltungswürdigen 33, 43 und 44. Bei diesen sollte sich eine Parodontaltherapie anschließen.

Auch bei diesem Patienten wurde aufgrund der kurzfristigen Konsultation und des hohen Risikos gleichzeitiger Nierentransplantation mit Zahnsanierung (als auch der Ablehnung der von uns vorgeschlagenen Therapie seitens der Patientin) die geplante Operation bis auf weiteres verschoben.

Die in unseren Augen teilweise unvorstellbar ungünstige Situation für eine Nierentransplantation mit der dann notwendigen Chemotherapie zur Reduktion der Abwehrkräfte, die unweigerlich auch ein Aufflackern sämtlicher chronischer entzündlicher Herde im Körper zur Folge haben kann, ist Anlass, diese Zeilen zu Papier zu bringen. Es soll hier nicht über den einen oder anderen Kollegen der Stab gebrochen werden. Sicherlich gibt es hervorragende Erklärungen, wie „so etwas passieren konnte“. Und doch, unser gesamter Berufsstand steht hier zur Diskussion:

Wenn wir nicht die von der Deut-

schen Gesellschaft für Zahn-Mund-Kieferheilkunde vorgeschlagenen Kriterien kennen und anwenden, die uns alle über das Internet zugänglich sind, dann sind solche, das Leben der Patienten gefährdenden Fehlsteuerungen unvermeidlich. Diese Patienten konnten keine Nierentrans-

plantation erhalten! Und ob es in absehbarer Zeit, d.h. vor dem Ende ihrer durch die Niereninsuffizienz nur beschränkt vorhersagbaren Lebensspanne überhaupt noch möglich sein wird, einen für sie passenden Spender zu finden, steht in Frage. Wir alle können die Stellungnahme der DGZMK von Herrn Prof. Grötz zur zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit tumortherapeutischer Kopf-Hals-Bestrahlung und die Stellungnahme der DGZMK von Herrn PD Otten zur Sanierung vor und nach Organtransplantation leicht über unseren Computer auf unseren Bildschirm „zaubern“ ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)).

Es soll hier nur kurz auf einige wesentliche Punkte aufmerksam gemacht werden, die teilweise auch schon in einem Seminar der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern dem Kollegenkreis angeboten worden sind:

- Sämtliche Beläge, Zahnstein und Konkremente sollten entfernt werden,
- alle teilretinierten Zähne, kariös zerstörten Zähne und devitalen Zähne sowie all jene Zähne, bei denen die Parodontitis marginalis profunda zu einer Taschentiefe von mehr als 3 mm geführt hat (trotz Therapie), sollten der Zahnextraktion zugeführt werden.

All dieses sind Bakterienherde, die zu einer chronischen Entzündung

geführt haben, und die Abwehrkräfte des Körpers werden durch die aus anderen Gründen notwendigen therapeutischen Maßnahmen wie Immunsuppressivabehandlung, Zytostatikabehandlung, Strahlentherapie, Bisphosphonateinnahme oder aber auch durch eine erworbene virale bedingte Immunschwäche (HIV) reduziert.

Zur weiteren Information soll hier auch Klammert aus seinem Buch „Praxis der Zahntentfernung“ aus dem Jahre 1993 zitiert werden: „Inwieweit eine Wurzelspitzenresektion als Alternative zur Extraktion bei Herdverdacht in Betracht kommt, wird unterschiedlich gesehen.“. Deswegen halten wir es auch in Rostock für sicherer, einen Zahn zu entfernen als mit einer Wurzelspitzenresektion den Zahnerhalt zu probieren. Letztendlich hatten wir in zwei verschiedenen Doktorarbeiten gefunden, dass die Zahl von klinisch auffälligen Befunden nach Resectio apicis bei 207 Zähnen nicht unerheblich war: 12 Zähne mussten später extrahiert werden, bei insgesamt 19 Zähnen trat einzeln oder in Kombination ein Fistelmaul, eine apikale Drückdolenz, ein Perkussionsschmerz und/oder eine Lockerung 2. oder 3. Grades auf. Bei 25 weiteren Zähnen hatten die Patienten über „subjektive Beschwerden“ geklagt. Die Erfolgsquote einer Wurzelspitzenresektion ist nun einmal nicht höher als 80 Prozent der Fälle!

Auch Frenkel, Aderholt, Lamprecht, Leilich und Rätzke formulierten 1997 in „Die ambulante Chirurgie des Zahnarztes“ (2. Auflage): „Problematisch ist die Indikationsstellung zur Wurzelspitzenresektion bei Herdpatienten.“

Eine weitere Risikogruppe stellen Patienten mit einer Endokarditis oder Herzklappenimplantation in der Anamnese dar. Bei ihnen wird die bei einer Zahnextraktion, Zahnsteinentfernung oder Parodontaltherapie unvermeidliche Bakteriämie gefürchtet. Ja, schon vor einer einfachen Entfernung von Zahnstein und Belägen sollte bei den letztgenannten Patienten eine Antibiotikaphylaxe erfolgen, wie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie empfohlen.

Hier soll auch auf die wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-Mund-Kieferheilkunde aus dem Jahre 1999 von

**Fortsetzung auf Seite 20**

**Fortsetzung von Seite 19**

Horst Kotte hingewiesen werden, der über zahnärztliche Eingriffe und Endokarditisprophylaxe schreibt und auf die notwendige Gabe einer prophylaktischen Antibiotikatherapie schon vor zahnärztlichen Interventionen hinweist (bei erwachsenen Patienten entweder Amoxicillin 2 – 3 g per os, 60 Minuten vor dem Eingriff, oder bei Bestehen einer Penicillin-Allergie 600 mg Clindamycin per os, 60 Minuten vor dem Eingriff.).

Es geht hier nicht darum, die The-

orie des Herdgeschehens zu diskutieren oder zu aktualisieren. Schon 1963 hat der Psychosomatiker und Internist Jores darauf hingewiesen, dass eine verbindliche Klärung der Richtigkeit der Lehre vom Herdgeschehen nicht möglich sei, da zum Beispiel Doppelblindversuche gar nicht möglich seien. Nein, es geht in diesem Artikel nur darum, noch einmal auf die Verantwortung von uns Zahnärzten hinzuweisen, bei Patienten mit HIV, mit Endokarditis oder Herzklappenimplantation in der

Anamnese, bei Patienten vor dem Beginn einer Immunsuppressiva-, Zytostatika- oder Strahlentherapie und letztlich auch bei Patienten, bei denen eine Bisphosphonattherapie begonnen worden ist, das Wohl des Patienten im Auge zu behalten und nicht durch falsche Barmherzigkeit zu viele chronische Entzündungsherde im Munde des Patienten zu belassen und somit letztendlich das Leben des Patienten zu gefährden.

**Prof. Dr. Dr. Karsten Gundlach**  
Universität Rostock

## 57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

**29. Mai bis 2. Juni 2007**



**Yachthafenresidenz Hohe Düne, 18119 Rostock-Warnemünde**

**Hauptthema:**

EVIDENCE BASED MEDICINE – prospektive, randomisierte, möglichst multizentrische und doppelblinde klinische Studien

**Nebenthemen:**

1. FOKUSSANIERUNG – Was versteht man heute unter Fokus, wann muss man was sanieren?
2. DER KERATINISIERENDE ZYSTISCHE ODONTOGENE

TUMOR – Paradigmenwechsel bezüglich Dignität & Therapie  
3. ENGLISCH-SPRACHIGES DEUTSCH-BALTISCHES GEMEINSCHAFTS-SYMPOSIUM „RIGA - ROSTOCK“

**Kongressleitung:**

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Karsten Gundlach, Dr. Dr. med. Bassam Saka, Dr. med. Jan-Hendrik Lenz, Dr. med. Mark Kirchhoff, Dr. med. Micha-

el Ueding, Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Rostock

Teilnahmeregistrierung, Organisation und Industrieausstellung: boeld communication, Bereiteranger 15, 81541 München, Tel. +49-89/18 90 46-0 Fax. +49-89/18 90 46-16 congress@bb-mc.com www.bb-mc.com

## Abrechnung konservierender / chirurgischer Leistungen (2)

### Eröffnung von Abszessen – Gebührennummer Ä 2430

Tiefliegende Abszesse unterliegen den gleichen krankhaften Ursachen wie oberflächliche Abszesse. Dies sind in der Regel:

- kariös zerstörte Zähne
- schwere Parodontalerkrankungen
- erschwerter Zahndurchbruch
- durch Traumata frakturierte Zähne
- Zustand nach chirurgischer Zahnentfernung
- Einwirkung von Fremdkörpern
- lymphogene oder hämatogene Infektionen

### Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses

**Geb.- Nr. Ä 2430**

**Bewertungszahl 34**

*Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen: Keine*

Im Gegensatz zu den oberflächlichen Abszessen, die größtenteils in der Nähe des Alveolarkamms entstehen, entwickeln sich die tiefer liegenden Abszesse auch weiter entfernt vom zahntragenden Alveolarfortsatz.

Die Abszesse können daher am

harten und weichen Gaumen, in der Eckzahngrube und in den Weichteilen entstehen.

Ebenso in den verschiedensten Logen (Spalträumen) des Gesichtsbereichs, zum Beispiel zwischen Faszi- en, Muskeln oder Knochen.

Am häufigsten bilden sich die Abszesse

- in den perimandibulären Logen (den Unterkiefer umgebend),
- in den submandibulären Logen (unter dem Unterkiefer gelegen),
- oder in den paramandibulären Logen (über den Unterkiefer hinaus gelegen).