

Zahnärzte als Heilpraktiker

Die große Leser- Kontroverse



**CIRS dent: Prävention
bei Bisphosphonaten**

**Bestandsaufnahme:
50 Jahre Clindamycin**

CIRS dent



Aus diesen Schäden wird man klug

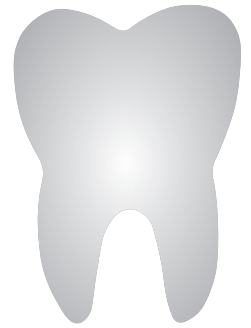
Überall dort, wo Menschen arbeiten, entstehen Fehler – da sind auch Zahnärzte keine Ausnahme: Abläufe funktionieren nicht immer so,

wie es sein sollte, Diagnosen sind manchmal nicht einfach zu stellen, Therapien versagen aus unerwarteten Gründen, Geräte und Hilfsmittel zeigen Schwächen. Die Liste möglicher „unerwünschter Ereignisse“, die in der Praxis eintreten können, ist lang.

Aus „unerwünschten Ereignissen“ kann man jedoch lernen, es künftig besser zu machen.

Hilfreich ist dabei der Erfahrungsaustausch mit Kollegen. Die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben Anfang 2016 das internetbasierte

Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ gestartet (CIRS = Critical Incident Reporting System). Dort können Zahnärzte Fallberichte aus der Praxis von Kollegen lesen und auch selbst vollkommen anonym eigene Berichte einstellen. Die eingesandten Berichte werden von einer Fachredaktion geprüft, gegebenenfalls bearbeitet.



Daten, die eine Rückverfolgung auf die Praxis oder den Patienten ermöglichen würden, werden entfernt, die Berichte erst danach veröffentlicht. In der Rubrik „Der besondere Fall aus CIRS dent!“ veröffentlichen wir künftig Fallschilderungen, die eine besonders weitreichende Bedeutung haben.

Jeder Zahn

zählt

Der besondere Fall aus „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“

Bisphosphonate: Lieber vorher nachfragen!



Alle Fotos: Grötz

Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose (AR-ONJ) nach Extraktion des Zahnes 27 ohne Kautelen (perioperative Antibiotikagabe, modellierende Osteotomie scharfer Knochenkanten, plastische Deckung)

Bisphosphonate werden seit Jahren erfolgreich bei Knochenmetastasen und anderen Erkrankungen (Plasmocytom, fortgeschrittene Osteoporose) eingesetzt. Sie vermindern den Knochenabbau (Hemmung der Osteoklasten) und werden chemisch so an den Knochen gebunden, dass ihre Verweildauer sehr lange (Monate bis Jahre) betragen kann. Ihr Nebenwirkungsprofil wird seit Jahren als günstig beurteilt. Bereits im Jahr 2003 erschienen erste Berichte über Kiefernekrosen (osteonecrosis of the jaw = ONJ) unter Bisphosphonate-Medikation. Insofern ist es wichtig, sich bei einem potenziell für diese Problematik infrage kommenden Patienten regelmäßig zu vergewissern, ob er Bisphosphonate einnimmt oder eingenommen hat. Die Gründe dafür zeigt der vorliegende, dem Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ von BZÄK und KZBV entnommene Fall.

Was war passiert?

Es erfolgte eine Zahnextraktion, obwohl die Patientin über einen Zeitraum von 15 Monaten aufgrund ihrer Osteoporose Bisphosphonate (jede Woche 70 mg) genommen hatte. Vor der Extraktion wurde nicht nach der Einnahme von Bisphosphonaten gefragt.

Was war das Ergebnis?

Die Extraktionswunde heilte trotz der Bisphosphonat-Therapie langsam, aber vollständig aus. Bei einem weiteren Zahn erfolgte später sicherheitshalber keine Extraktion, vielmehr wurde der Wurzelrest endodontisch behandelt und mit einer Kompositkappe auf Gingivaniveau dauerhaft versorgt.

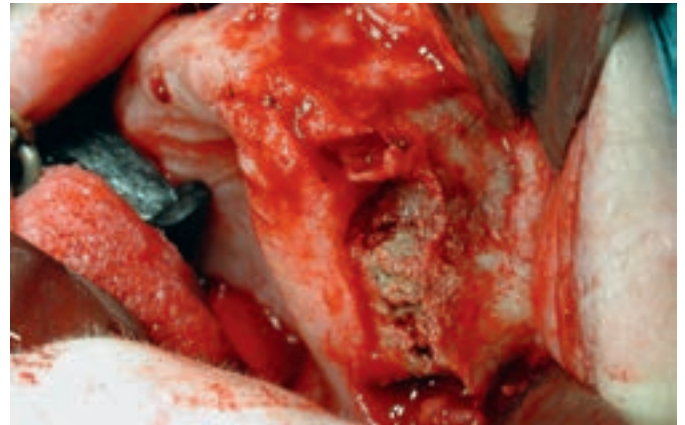
Hintergrundwissen zu Bisphosphonaten

Obwohl die Ätiologie der Kiefernekrose noch nicht im Einzelnen geklärt ist, sind „Nebenfaktoren“ bekannt, die diese begünstigen. Hierzu gehören Keimeintrittspforten in der Mundhöhle wie Infektionen des Zahnhalteapparats (Parodontitis), Schleimhautwunden am Kieferkamm (Prothesendruckstellen, scharfe Knochenkanten) und Kieferwunden nach Operationen (Zahnextraktion). Daneben begünstigen onkologische Grunderkrankungen im Vergleich zu einer primären Osteoporose und auch weitere Therapien wie Chemo-, Hormon-, Cortison-, Strahlen-Therapie und mehr das Auftreten einer Kiefernekrose. Aber auch die Bisphosphonate selbst spielen eine Rolle: Hochwirksame, moderne Bisphosphonate (sogenannte Amino-bisphosphonate) sind häufiger mit der Kiefernekrose vergesellschaftet. Weitere Risikofaktoren sind die intravenöse Applikation (im Gegensatz zur Tabletten-Einnahme), eine hohe Dosierung und die Therapiedauer. Das individuelle Risikoprofil ist damit sehr unterschiedlich.

Neben den klassischen Bisphosphonaten, die eine Stoffgruppe mit unterschiedlicher Applikationsform und unterschiedlichem Kiefernekrosen-Risiko darstellen, hat in den vergangenen rund fünf Jahren der monoklonale Antikörper Denosumab mehr und mehr an klinischer Bedeutung gewonnen. Denosumab wird in derselben Indikation wie die Bisphosphonate eingesetzt – mit den Handelsnamen Prolia® bei Osteoporose und XGeva® bei onkologischen Patienten, wobei es ausschließlich als subkutane Injektion appliziert wird. Nach allen publizierten Daten ist das Risiko, unter Denosumab eine Kiefernekrose zu entwickeln, ebenso hoch wie unter den klassischen Bisphosphonaten. Deshalb fasst man die beiden Medikationen heute unter „Antiresorptiva“ zusammen und spricht von der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose (AR-ONJ). ■



Initiale marginale Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose (AR-ONJ) an den Zähnen 33, 34, 35 und 37 durch chronische Parodontitis und ausgeprägte Beläge



Weit fortgeschrittene Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose (AR-ONJ) im linken Oberkiefer unter Einschluss der fazialen Kieferhöhlenwand bei allein konservativer Therapie des crestalen, freiliegenden Kieferknochens (Os liber) über mehr als sechs Monate

Gründe für das Ereignis?

1. Fehlende Kenntnisse über die Gefährlichkeit von Bisphosphonaten im Rahmen chirurgischer Eingriffe in der Mundhöhle, zu denen bereits die einfache Zahnentfernung gehört.
2. Fehlende Kenntnisse des verordnenden Orthopäden/Hausarztes über die Nebenwirkungen von Bisphosphonaten/Denosumab.
3. Fehlende Kenntnisse und/oder Sensibilisierung der Patienten seitens der Antiresorptiva-verordnenden Ärzte über die Nebenwirkungen von Bisphosphonaten/Denosumab.

Hätte man das Ereignis verhindern können?

1. Patienten sollten vor jeder Extraktion/Operation am Kieferknochen nach einer

laufenden oder erfolgten Osteoporose-Therapie oder Medikation einer Knochenmetastase oder eines Knochentumors (Plasmocytom) gefragt werden. Bei Auffälligkeiten sollte man Rücksprache mit den verordnenden Ärzten halten und sich die Medikamente benennen lassen.

2. Der Anamnesebogen sollte alle zwei Jahre oder situativ ausgefüllt und aktualisiert werden. Die Frage nach einer Bisphosphonate- beziehungsweise Antiresorptiva-Therapie oder Osteoporose-Therapie sollte in den Anamnesebogen aufgenommen werden.

3. Vor der oben genannten Behandlung sollte eine Dokumentation der Nachfragen erfolgen.

Literatur:

Grötz & Kreuzsch (2006): *Wissenschaftliche Stellungnahmen; Zahnärztliche Betreuung von Patienten unter/nach Bisphosphonat-Medikation* (verfügbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Zahnaerztliche_Betreuung_von_Patienten_unternach_Bisphosphonat-Medikation.pdf)

Grötz, Piesold und Al-Nawas (2012): *AWMF-S3-Leitlinie; Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen* (verfügbar unter: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/007-091.html)

Grötz (2012): *Überweisung/Konsil vor antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten oder Denosumab (im Auftrag der ASORS innerhalb der DKG)* (verfügbar unter: <http://www.onkosupport.de/asors/content/e4126/e1743/e1861/e1862>)

CIRS dent – Jeder Zahn zählt! So kann ich mitmachen

„CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ (CIRS: Critical Incident Reporting System) ist ein Online-Berichts- und Lernsystem von Zahnärzten für Zahnärzte. Auf der Website www.cirsdent-jzz.de können dort angemeldete Kolleginnen und Kollegen auf freiwilliger Basis, anonym und sanktionsfrei über unerwünschte Ereignisse aus ihrem Praxisalltag berichten, sich informieren und austauschen. Ziel ist es, so aus eigenen Erfahrungen und denen anderer Zahnärzte zu lernen. Damit leistet jeder Teilnehmer einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. Mehr als 5.300 Zahnärzte haben sich bereits registriert und mehr als 130 Berichte eingestellt. Machen auch Sie mit – es lohnt sich!

Zur Anforderung eines neuen Registrierungsschlüssels, etwa im Fall eines Verlusts, können sich Praxisinhaber an ihre zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) oder an cirsdent@kzbv.de wenden. Privatärztlich tätige Kollegen und die Leiter universitärer zahnärztlicher Einrichtungen erhalten die Registrierungsschlüssel von ihrer (Landes-)Zahnärztekammer. Die Mitglieder der Bundeswehr erhalten ihre Registrierungsschlüssel von ihren Standortleitern. ■

Fazit für die Praxis

Weil die Namen der Antiresorptiva auch für Patienten schwer zu merken sind, empfiehlt es sich erst einmal kritisch nachzufragen, wenn ...

- ein Patient ein Medikament nimmt, dessen Wirkstoff ein „dron“ oder „dronat“ in sich trägt.
- die Patientin ein Mammakarzinom oder der Patient ein Prostatakarzinom hatte.
- ein Patient meint, er bekäme monatlich oder jährlich/halbjährlich eine Spritze mit einem Medikament.



Ausgedehnte Anti-resorptiva-assoziierte Kiefernekrose (AR-ONJ) im rechten Unterkiefer durch rezidivierende Prothesendruckstellen unter tegumentaler Zahnersatzabstützung bei Freundsituation distal Zahn 43

Weitergehende Hilfe:

Prof. Dr. Dr. med. Knut A. Grötz
Direktor der Klinik für MKG-Chirurgie
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken

Akademisches Lehrkrankenhaus der Uni-
medizin Mainz & Tagesklinik MKG-Chirurgie
Burgstr. 2–4, 65183 Wiesbaden
groetz@emaileins.de

Was kann man aus diesem Fall lernen?

1. Prophylaxe durch den Zahnarzt vor einer Bisphosphonat-/Denosumab-Medikation (AR-Therapie)

Entzündungsprozesse sollten durch den Zahnarzt vor einer AR-Therapie identifiziert und saniert werden. Auch eine Verbesserung der Mundhygiene senkt das Risiko für eine Kiefernekrose nachhaltig. Der Umfang der Sanierung und die Intensität der dauernden Betreuung sind abhängig vom individuellen Risikoprofil. Deshalb ist ein guter Informationsfluss zwischen dem Bisphosphonate-/AR-Verordnenden und dem Zahnarzt sehr wichtig. Gibt es Anhaltspunkte für eine AR-Therapie eines Patienten, sollte der Zahnarzt nach einem „Laufzettel“ des Arztes fragen, der im Internet für den Arzt zur Verfügung steht (www.onkosupport.de).

2. Prävention und Früherkennung unter Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie (AR-Therapie)

Patienten mit einer AR-Medikation sollten sich regelmäßig bei ihrem Hauszahnarzt vorstellen. Bei Beschwerden (Prothesendruckstellen, Zahnlockerung und mehr) muss der Hauszahnarzt zeitnah aufgesucht werden. Wenn möglich, sollten Operationen vermieden werden, etwa durch eine konservative Behandlung des Zahnhalteapparats. Notwendige chirurgische Eingriffe dürfen aber nicht

verzögert oder unterlassen werden. Diese müssen unter Sicherheitsvorkehrungen, die für alle Zahnärzte in einer AWMF-S3-Leitlinie „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen“ niedergelegt sind, erfolgen. Gegebenenfalls wird für operative Maßnahmen an einen Oralchirurgen oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen verwiesen.

3. Therapie der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose (AR-ONJ)

Die ONJ ist schwierig zu therapieren, der Therapieverlauf ungewiss. Bei kleinen Befunden kann ein Therapieversuch mit begrenzter Abtragung und offener Nachbehandlung unternommen werden. Führt dies nicht zum Erfolg oder liegen ausgedehnte Befunde vor, ist eine schonende, aber vollständige Entfernung der Nekrose erforderlich. Sehr wichtig für den Heilverlauf ist eine sichere Wundnaht, oft unter Nutzung von Weichgewebe aus der Nachbarschaft. Nicht selten wird der Eingriff unter Vollnarkose vorgenommen. Dies und die Tatsache, dass oft ein Antibiotikum über die Vene gegeben wird und spezielle Kostformen die mechanische Wundbelastung reduzieren, erfordert nicht selten eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. ■