

Risiko von Kiefernekrosen durch Bisphosphonattherapie wird steigen

Bei oraler Gabe nach drei Jahren ist besondere Vorsicht geboten – KZV-Vorsitzende Ute Maier: Kooperation der KZVen wird wichtiger

Immer mehr Patienten erhalten Bisphosphonate – und damit wird auch das Risiko von bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrosen (BRONJ) in den kommenden Jahren steigen. Dieses Fazit sowie Optionen, mit diesen Risiken umzugehen, vermittelte das 17. IZZ-Pressseforum in der Kopfklinik Heidelberg Ende vergangener Woche.

In einem interdisziplinär besetzten Fachsymposium im Hörsaal der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie stellten Tumorspezialisten, Internisten, MKG-Chirurgen und Zahnärzte den aktuellen Stand zum Einsatz von Bisphosphonaten und zum Umgang mit so therapierten Patienten in der zahnärztlichen Versorgung vor. Der neue Ärztliche Direktor der MKG-

Chirurgie in Heidelberg, Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann, zeigte zudem an verschiedenen Fällen eindrucksvoll, was heute in der chirurgischen Kieferrekonstruktion möglich ist.

Im berufspolitischen Teil ging es in einer kleinen Diskussion mit Dr. Udo Lenke, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, und Dr. Ute Maier, Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Baden-Württemberg, um die GOZ und das neue Versorgungsstrukturgesetz. (Auf Referenten aus der Politik musste man leider verzichten, der Generalsekretär der CDU im Ländle, Thomas Strobel [MdB], hatte einfach abgesagt, die kurzfristig eingesprungene Bundestagsabgeordnete Karin Maag [CDU] konnte wegen Problemen bei der Deutschen Bahn nicht rechtzeitig anreisen.)

Lenke und Maier nutzten die Gelegenheit, den teilnehmenden Pressevertretern noch einmal die Relationen der jetzt in Aussicht gestellten sechsprozentigen Erhöhung des Honorarvolumens vor dem Hintergrund einer seit 1965

nicht angepassten Gebührenordnung zu verdeutlichen. Beide gingen auch auf die völlig überzogenen Darstellungen zu den Kosten für die Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung ein, wie sie in den vergangenen Wochen in der Presse zu lesen waren.

Die KZVen werden in Zukunft enger zusammenarbeiten müssen, so Ute Maier. Ob es – wie vom Moderator Johannes Clausen ge-

(Fortsetzung auf Seite 4)



Klinisches Bild einer Kiefernekrose mit persistierenden Alveolen im Oberkiefer im Rahmen einer Bisphosphonattherapie

Foto: Dr. Martens

Risiko von Kiefernekrosen . . .

(Fortsetzung von Seite 1)

fragt – zu Fusionen kommen werde, sei aber noch nicht abzusehen. Klar sei, dass die überregionalen Fusionen auf Kassenseite eine engere Abstimmung verlangten. Die Zentralisierung der Auslegung der Abrechnungsbestimmungen bei den Kassen zum Beispiel erfordere eine solche Abstimmung. „Es wäre für unsere Position sehr schlecht, wenn die KZV Bayerns zum Beispiel eine Kassenforderung hinnimmt, die die KZV in Baden-Württemberg ablehnt“. Aktuell gibt es bereits eine Arbeitsgemeinschaft der KZVen, der neben Baden-Württemberg und Bayern die KZVen Schleswig-Holstein und jetzt auch Hessen angehören. Im Bereich EDV arbeiteten ebenfalls bereits einige KZVen zusammen. „Das ist ein sehr spannendes Thema, aber noch Zukunft. Noch sind wir alle sehr individualistisch aufgestellt. Und auch das Versorgungsstrukturgesetz setzt auf mehr regionale Verhandlungskompetenz, die ja durchaus sehr sinnvoll ist“, so Maier.

Bisphosphonate (BP) sind für Tumorpatienten mit Knochenmetastasen ein Segen. Sie helfen, den angegriffenen Knochen zu stabilisieren, Frakturen zu verhindern (sogenannte Skeletal-Related Events, SRE) und Schmerzen zu lindern. Das machte Prof. Dr. Dirk Jäger, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Onkologie und des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen in Heidelberg in seinem Vortrag deutlich. Dafür werden meist hochpotente Bisphosphonate wie Zolendronat in relativ engen Zeitabständen intravenös gegeben. Vor allem bei malignen Myelomen, Mamma-

Prostata- und Lungenkarzinomen treten Knochenmetastasen auf, zu mehr als 60 Prozent im Bereich der Wirbelsäule.

Auch in der Behandlung der Osteoporose, von der etwa sechs bis acht Millionen Menschen betroffen sind und von denen rund 150.000 Patienten jährlich sehr schmerzhafte Wirbelkörperfrakturen erleiden (insgesamt sind ca. drei Millionen Patienten davon betroffen) sind Bisphosphonate „heute Goldstandard und sie werden eine goldene Zukunft haben“, so der Internist Prof. Dr. Christian Kasperk, Medizinische Klinik I. In der Osteoporosetherapie werden Bisphosphonate allerdings in deutlich geringerer Dosierung, Häufigkeit und Potenz eingesetzt als in der Onkologie und zudem meist oral statt intravenös verabreicht. Oft erhalten Patienten nur einmal im Jahr ein Präparat. Bei Morbus Paget sei nur eine Gabe für mehrere Jahre ausreichend. Allerdings wirkt eine BP-Therapie oft viele Jahre nach, wie Studien zeigen.

Für Zahnärzte bedeute dies, dass sie in der Anamnese nach Einnahme solcher Präparate fragen müssen, bevor sie dentoalveoläre Eingriffe am Patienten durchführen oder wenn Patienten mit freiliegenden nekrotischen Knochendefekten und Wundheilungsstörungen kommen. Für die zahnärztliche Behandlung gaben die Referenten folgende Empfehlungen: Bei Tumorpatienten muss unbedingt vor einer BP-Therapie eine Optimierung der Mundhygiene und eine Sanierung erfolgen (mindestens 14 Tage Abstand zum Beginn der BP-Therapie). Während der Therapie sollten die

Patienten in einen Recall eingebunden werden. Prophylaxemaßnahmen und PZR sollten so schonend wie möglich erfolgen, um keine Defekte zu verursachen, so Dr. Christian Mertens, Oberarzt an der MKG-Chirurgie. Invasive Eingriffe unter intravenöser BP-Therapie sollten vermieden werden, sei das nicht möglich, müssen die Patienten stationär therapiert werden.

Bei Patienten mit oraler BP-Therapie gibt es im ersten und zweiten Jahr keine Einschränkungen in der zahnärztlichen Behandlung und bei dentoalveolären Eingriffen, ein speicheldichter Verschluss und eine perioperative Antibiotikagabe seien empfohlen, so Dr. Jens Bodem, Assistenzarzt an der MKG-Chirurgie in Heidelberg. Probleme mit Kiefernekrosen treten ab dem dritten Jahr auf, das Risiko steigt jedoch auch davor bei gleichzeitiger Chemo- oder Kortikoid-Therapie. Wenn möglich, sollten vor nötigen Eingriffen sogenannte Drug-Holidays vorgelagert werden, um das Risiko zu minimieren. Patienten mit Chemo- oder Kortikoid-Therapie oder mehr als dreijähriger BP-Einnahme sollten stationär behandelt werden, hier seien neben Antibiose und schonendem chirurgischen Protokoll auch eine Ernährung via Magensonde angeraten, so Bodem unter Verweis auf die Empfehlungen und Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der American Association of Oral and Maxofacial Surgery (AAOMS).

Die Therapie von BP-assoziierten Kiefernekrosen stellt aber auch erfahrene MKG-Chirurgen vor große Herausforderungen. „Die Erfolgsquoten sind oft gering, wir erleben immer wieder Rückschläge“, so Hoffmann. ■