



Zahnersatz: Dentale Implantate bei RA?

Bei rheumatoider Arthritis (RA) ist der Einsatz von dentalen Implantaten in jedem Einzelfall kritisch zu prüfen, insbesondere wenn Betroffene mit Kortison und Bisphosphonaten behandelt werden.

Über Erfolgsraten implantologischer Versorgungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis liegen keine Ergebnisse aus klinisch kontrollierten Studien mit ausreichenden Fallzahlen vor. Berichte über den Einsatz von dentalen Implantaten unter einer Therapie mit Methotrexat, Kortikosteroiden und Bisphosphonaten existieren als Einzelfalldarstellungen oder Studien mit geringen Fallzahlen. Eine Implantatgetragene/-gestützte Therapie wird daher bei Patienten mit RA immer von Fall zu Fall entschieden und sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn mit konventioneller zahnärztlicher Prothetik eine funktionsfähige Rehabilitation des Kauorgans nicht mehr möglich ist.

Was sind Zahnimplantate?

Implantate werden in der Zahnmedizin zunehmend zur Versorgung von Patienten mit Zahnlücken verwendet. Es können einzelne oder mehrere fehlende Zähne durch Implantate ersetzt werden. Das Implantat wird wie eine Art „künstliche Zahnwurzel“ in den Kieferknochen eingebracht. Anschließend wird die „Suprakonstruktion“, der im Mund sichtbare Zahnersatz, eingesetzt. Als Implantatmaterial hat sich Titan bewährt.

Quelle: Bundeszahnärztekammer
→ www.bzaek.de

Wissenschaftlich konnte im Tiermodell gezeigt werden, dass die Verabreichung von Kortikoiden vor, während und nach der Operation zu einer Verminderung des Kontaktes zwischen Knochen und Implantatoberfläche führt. Bei einer Einnahme von mehr als fünf Milligramm Kortikoid pro Tag über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten muss mit einer Osteoporose gerechnet werden, die durch diese medikamentöse Therapie ausgelöst wird. Eine Kortikoid-Dauermedikation kann die Qualität des Knochens so reduzieren, dass die chirurgische Technik der Aufbereitung des Knochens zur Aufnahme eines Implantatkörpers verändert werden muss (zum Beispiel kein Gewindeschneiden, non-ablative Implantatbett-Präparation). Die Gabe eines

Breitspektrumpenicillins (Antibiotikum) vor und nach der Operation erscheint sinnvoll – wenn auch wissenschaftlich durch entsprechende Studien nicht nachgewiesen.

Bisphosphonate – in Form von Tabletten – werden in der Behandlung von Osteoporosen eingesetzt, die durch die Dauermedikation mit Kortikoiden entstehen können. Seit der ersten Veröffentlichung im Jahr 2003 wird weltweit eine Zunahme von therapierefraktären Osteonekrosen im Unter- und Oberkiefer bei Patienten beobachtet, die sich einer Bisphosphonat-Therapie unterzogen haben. Im Jahr 2004 erfolgte ein erster Hinweis durch die deutsche Arzneimittelkommission. Die Osteonekrose des Kieferknochens nach Bisphosphonat-Therapie kann über einen langen Zeitraum ohne Symptome verlaufen und sie wird häufig über freiliegende Knochen in der Mundhöhle als erstes Krankheitszeichen diagnostiziert. Weichteilschwellungen, Infektionen, Schmerzen, Zahnlockerungen, Mundgeruch (foetor ex ore) nach Keimbesiedlung, Sensibilitätsstörungen sowie Fistelbildungen sind weitere klinische Erscheinungsbilder der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrosen (BP-ONJ = BP-related osteonecrosis of the jaws).

Die Diagnose wird dann gestellt, wenn in der Vergangenheit eine Behandlung mit Bisphosphonaten erfolgte oder gerade stattfindet, über mehr als acht Wochen freiliegende nekrotische Knochenbezirke im Oberbeziehungsweise Unterkiefer bestehen und eine therapeutische Bestrahlung im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (zum Beispiel bei Tumorpatienten) bisher nicht durchgeführt wurde. Unstrittig ist, dass eine Bisphosphonat-Therapie für Patienten mit metastasierenden Tumoren eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bedeuten kann und im Vergleich dazu Osteoporose-Patienten unter Bisphosphonat-Therapie in sehr viel geringerer Anzahl Knochennekrosen entwickeln.



KEIN ÄRGER MIT ZAHNERSATZ – SO KLAPPT'S

Auf Mundpflege achten: „Morgens und abends drei Minuten lang“ lautet die Zahnputzregel (Pfleheinweise auch auf Seite 13). Für herausnehmbaren Zahnersatz gibt es spezielle Prothesenbürsten. Beläge und Flecken entfernen Prothesenreiniger zuverlässig. **Alle sechs Monate zum Check:** Selbst für Zahnlose sind die Kontrollbesuche wichtig. Haftmittel sorgen zwar für besseren Halt und verringern Druckschmerz. Lassen Sie Mundhöhle und

Sitz der Prothese aber regelmäßig vom Zahnarzt kontrollieren, da sich der Kieferknochen verändern kann. **Nicht abwarten:** Druckstellen oder Entzündungen im Mund sollten Sie vom Zahnarzt abklären lassen. Zur Überbrückung helfen Tinkturen und Gele mit desinfizierender, schmerzstillender Wirkung. **Putzen vom Profi:** Lassen Sie die „dritten“ Zähne mindestens einmal im Jahr von einer speziell geschulten Pflegekraft säubern.

Die Folgen einer Bisphosphonat-Therapie mit Tabletten oder durch intravenöse Injektion sind für eine Versorgung mit dentalen Implantaten nicht eindeutig abschätzbar. Während bei der intravenösen Gabe von Bisphosphonaten eine Implantation nicht durchgeführt werden sollte, kann auf Grund der derzeitigen wissenschaftlichen Datenlage bei Verabreichung von Bisphosphonaten in Tablettenform (orale Gabe) nicht grundsätzlich von einer Implantation abgeraten werden.

Zur Erhaltung der Mundgesundheit unter Bisphosphonat-Therapie ist eine halbjährliche Inspektion der Mundhöhle durch einen mit der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose vertrauten Zahnarzt, Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie unverzichtbar. Die Therapiestrategie erstreckt sich von der Prophylaxe vor der Behandlung mit Bisphosphonaten bis hin zur Prävention oder Früherkennung im Verlauf oder nach einer Bisphosphonat-Therapie.

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Leiter der Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie und Poliklinische Ambulanz an der Universität Witten/HerdeckeQuelle: mobil 03/2010, Mitgliederzeitschrift der Deutschen Rheuma-Liga