

Oralmedizin im Fokus

Tag der Akademie 2008 in Nürnberg

Ein Beitrag von Dr. Thomas Rauscher, Hilpoltstein

Der Zahnarzt wird häufig mit Veränderungen der Mundschleimhaut oder der Haut des Gesichtes konfrontiert. Zu diesem Thema richtete die Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH (eazf) in Kooperation mit der Bayerischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie den Tag der Akademie 2008 in Nürnberg aus. Die Veranstaltung sensibilisierte die Zuhörer mit vier lehrreichen Vorträgen. Die große Teilnehmerzahl bestätigte die Wahl des richtigen Austragungsortes und der gewählten Themen. Nachfolgend werden die wichtigsten Aussagen in komprimierter Form zusammengefasst.

Diagnose und Therapie von Mundschleimhauterkrankungen

Prof. Dr. Andrea Schmidt-Westhausen (Charité Berlin) präsentierte das für den Zahnarzt wichtige Spektrum der Mundschleimhauterkrankungen. Veränderungen der Lippen sind neben trockenen Lippen (**Cheilitis simplex**) und der sogenannten **Leckcheilitis** vor allem die **Perlèche** (Mundwinkelrhagade oder Faulecke). Diese ist bei älteren Menschen oft mit *Candida* und bei Kindern häufig mit *Staphylokokkus aureus* superinfiziert. Ein Abstrich liefert den Nachweis und gibt die Therapie vor. Dif-



Foto: eazf
Prof. Dr. Erwin Schultz, Tagungsleiter Dr. Christoph Urban, Prof. Dr. Andrea Schmidt-Westhausen, Prof. Dr. Dr. Mark Farmand und Dr. Sandra Vogt (v.l.n.r.)

ferenzialdiagnostisch sind eine Avitaminose, eine abgesunkene Bisslage, aber auch ein Immundefizit (HIV) zu erwägen. Der harmlose **Herpes labialis** zeigt im Kindesalter eine Primärreaktion und tritt dann immer wieder bei starker UV-Einstrahlung oder bei psychischem Stress als Achten auf. Er ist von dem ernst zu nehmenden **Herpes zoster** abzugrenzen, der an der Wange das gleiche Bild zeigt.

Papillome sind warzenartige Veränderungen der Mundschleimhaut, die oft durch humane Papillomviren (HPV) ausgelöst werden. Die **Mukocoele** ist eine Schleimretentionszyste, die durch Obstruktion von Schleimdrüsen entsteht. Die Therapie ist wie beim Papillom die Exzision. Bei Rauchern darf eine **Leukoplakie** nicht übersehen werden. Eine Leukoplakie ist ein weißer, nicht abwischbarer Schleimhautfleck. Sie hat erbliche, irritative (Tabak, scharfe Kanten) oder endogene Ursachen. Differenzialdiagnostisch ist sie vom harmlosen netzförmigen **Lichen planus** zu unterscheiden. Als Präkanzerose muss die Leukoplakie sehr ernst genommen werden. Für den Zahnarzt ist es daher wichtig, mit der Bürstenbiopsie vertraut zu sein, um schon im Vorfeld ungefährliche weißliche Veränderungen der Mundschleimhaut von bösartigen Veränderungen unterscheiden zu können.

Seit der Öffnung der Grenzen nach Osteuropa ist **Lues** wieder auf dem Vormarsch. Sie ist am Anfang schwer zu diagnostizieren, da sie einfache Infektionen nachahmt. Nach der Lues I verschwindet die Infektion für sechs Wochen, bevor sie als Lues II mit rundlichen Veränderungen der Schleimhäute wiederkehrt. Eine konsequente Penicillintherapie ist sehr erfolgreich. Ein **Karposi Sarkom** entwickelt ein Drittel der AIDS-Patienten.

Der **Pemphigus vulgaris** ist eine Immundermatose. Er bildet Blasen ohne erythematöse Basis und unterscheidet sich so vom seltenen bullösen Pemphigoid der Mundhöhle. Beide sind mit Kortikoiden zu therapieren. **Hyperplasien der Gingiva**, wie sie etwa durch Antiepileptika, Blutdruckmedikamente oder Immunsuppressiva verursacht werden, können ebenso wie eine **Epulis** chirurgisch entfernt werden. Patechien und Gingivaschwellungen können auf eine **Leukämie** hindeuten. Auch Wangenbeißen,

Zungensaugen, Zungenimpressionen, „Aspirin burn“ und unterspritzte Lippen sollten vom Zahnarzt erkannt werden.

Hautveränderungen im Gesicht

Prof. Dr. Erwin Schultz, Chefarzt der Hautklinik am Klinikum Nürnberg Nord, referierte zum Thema „Hautveränderungen im Gesicht – Was soll man erkennen?“ Wegen der Vielfalt der möglichen Veränderungen sollte im Zweifelsfall ein Dermatologe zu Rate gezogen werden.

Aktinische Keratosen (durch chronische UV-Lichtschädigung verursachte Veränderung der verhornten Oberhaut) sind kleine rote schuppige Stellen, die man mit einer Pflegesalbe behandeln kann. Etwa 10 bis 20 Prozent können bösartig entarten. Das **Plattenepithelkarzinom** (Inzidenz von 30/100.000) hat als Hauptursache das UV-Licht. Der **Morbus Bowen**, die Vorstufe des Spinalioms, wird hauptsächlich von HPV-Viren ausgelöst. Das **Basaliom**, auch Basalzellkarzinom oder weißer Hautkrebs genannt (Inzidenz von 130/100.000), hat als Ursache neben der Vererbung wiederum das UV-Licht. Ein Basaliom erkennt man am perlschnurartigen Randwall, der immer wieder einen kleinen Grind bildet, der nicht heilen will. Die Oberfläche ist glatt, mit einer Einsenkung in der Mitte. Das Basaliom metastasiert extrem selten und hat nach Excision im Ganzen eine gute Prognose. Das **Melanom** (schwarzer Hautkrebs) ist ein hochgradig bösartiger Tumor der Pigmentzellen, der früh metastasiert. **Altersflecken** hingegen (Lentigo senilis) sind eine harmlose Vermehrung der Melanozyten in der Basalzellmembran. Zur Beurteilung von Pigmentflecken gab Prof. Schultz die **ABCD-Regel** an die Hand. Als gefährlich sind folgende Veränderungen einzuschätzen: A = Asymmetrisch, B = Begrenzung unregelmäßig, C = mehrfarbig (Color) und D = Durchmesser von mehr als 5 mm.

Das kapilläre **Hämangiom** des Säuglings sollte nicht zum übereilten Handeln verleiten, denn es bildet sich in 70 Prozent der Fälle spontan zurück. Ein **kavernöses Hämangiom** ist schwer zu behandeln. Das **Feuermal** (Naevus flammeus) ist eine gutartige Veränderung.

Eine **Impetigo contagiosa** beginnt oft an der Nase und wird von Streptokokkus pyogenes oder Staphylokokkus aureus ausgelöst. Die **Neurodermitis** tritt als atopisches Ekzem bei 13 Prozent der Schulkinder auf und ist nicht ansteckend. Das **Erysipel** des Gesichtes (Wundrose) erfordert eine stationäre Behandlung mit Antibiotika. Auch durch Trichophy-

ten bedingte **Pilzkrankungen** der Haut müssen unbedingt behandelt werden. Der **Lupus erythematoses** ist eine Autoimmunerkrankung, die viele Ausprägungsformen zeigt. Der **Pemphigus vulgaris**, eine Blasen bildende Autoimmundermatose, kann mit Cortison behandelt werden.

Therapie tumoröser Erkrankungen der Gesichtshaut und der Lippen

Prof. Dr. Dr. Mark Farmand (Klinikum Nürnberg Süd) berichtete zum Thema „Therapie tumoröser Erkrankungen der Gesichtshaut und der Lippen“. Wenn ein Patient mit einer tumorösen Erkrankung der Gesichtshaut in die Praxis kommt, muss der Zahnarzt nicht unbedingt eine exakte Diagnose stellen, er muss aber wissen, wann er zum Facharzt überweisen muss.

Die Therapie von tumorösen Veränderungen im Gesicht ist abhängig von der Art, der Lokalisation, der Ausdehnung und dem Alter des Tumors. Wenn gleich der Patient primär eine ästhetische Rehabilitation wünscht, sind Heilungsmöglichkeit, Rezidivfreiheit und funktionelle Rehabilitation wichtiger. Die chirurgische Entfernung eines Tumors ist die Therapie der Wahl. Wenn der Tumor zum Beispiel aufgrund der Nähe zu Strukturen nicht operabel ist, sind die Strahlentherapie, die Chemotherapie, die Kryotherapie und die Lasertherapie zu erwägen. Alternativen sind auch die photodynamische Therapie und bei kleinen, oberflächlichen Basaliomen das Eincremen mit Imiquimod. Die Diagnose erfolgt im Zweifelsfall mittels einer Probeexzision. Eine erfolgreiche chirurgische Therapie erfordert detaillierte Kenntnisse der plastisch rekonstruktiven Chirurgie.

Der bestrahlte Patient

Dr. Sandra Vogt, Krankenhaus München-Schwabing, konstatierte zu diesem Thema, dass aus zahnärztlicher Sicht die beste Behandlung eines bestrahlten Patienten die Prophylaxe vor der Bestrahlung darstellt.

Nicht erhaltungswürdige Zähne müssen konsequent entfernt werden. Das Gebiss sollte möglichst zwei Wochen vor der Strahlenbehandlung saniert sein. Nach einer abschließenden Zahnreinigung wird eine Strahlenschutzschiene aus Kunststoff angefertigt. Sie reduziert die Sekundärstrahlung bei vorhandenen Sanierungen aus Metall erheblich und kann auch als Medikamententräger für Fluoride oder CHX verwendet werden. Während der Strahlentherapie darf keine schleimhautgelagerte Prothese getragen werden, da die Gefahr für Druck-

stellen mit nachfolgender Radioosteonekrose zu groß ist. Das Risiko einer Candidose ist sehr hoch. Als Antimykotikum bietet sich Nystatin an. Die zentrale Rolle aber spielt die akribische Mundhygiene. Sie verhindert den Wechsel zu einer pathogenen Mundflora.

Nach der Bestrahlung sind Nebenwirkungen wie Geschmacksveränderungen und Mundtrockenheit sehr belastend. Mildernd wirken zuckerfreie Bonbons, Kaugummi, eine hohe Flüssigkeitszufuhr sowie künstlicher Speichel wie etwa Saliva Saseem. Auch kann ein Löffel Speiseöl oder bei einer Restfunktion der Speicheldrüsen Pilocarpin hilfreich sein. Durch engmaschige Kontrollen können Mukositis, Karies oder gar Osteonekrosen frühzeitig erkannt und therapiert werden. Eine Kieferklemme als Folge der Bestrahlung kann mit Dehnübungen

gelöst werden. Wenn trotz Prophylaxe eine Strahlentherapie die Entfernung von Zähnen bedingt, besteht dafür ein therapeutisches Fenster von sechs Monaten nach der Bestrahlung. Während und nach der Bestrahlung ist das Tragen von gingival gelagerten Prothesen für drei bis sechs Monate kontraindiziert (grundsätzlich besteht wegen des vorgeschädigten Knochens bei jeder Verletzung der Kieferschleimhaut die Gefahr einer Radioosteonekrose). Auch beim bestrahlten Patienten ist unter strenger Indikationsstellung die Insertion von Implantaten möglich.

Fazit

Durch diese Vielfalt an Informationen bot der Tag der Akademie in Nürnberg dem begeisterten Publikum ein breites Spektrum der Oralmedizin.

Wachwechsel in der Kieferorthopädie der LMU München

Akademische Abschiedsvorlesung von Prof. em. Dr. Ingrid Rudzki

Ein Bericht von Prof. em. Dr. mult. D. Schlegel, München

Ende 2008 verabschiedete der Ärztliche Verein München e.V. Prof. em. Dr. Ingrid Rudzki (siehe auch BZB 12/2008, Seite 70). Die Jubilarin sprach über „Traum und Wirklichkeit in der Kieferorthopädie“ unter Wertung jener Zielvorstellungen, die den Arzt bei der Behandlungsplanung beflügeln: Das Ideal soll ästhetisch und funktionell durch Korrektur jeder „Verzeichnung“ der Natur zurechtgerückt werden.

Zielvorgaben können wegen Fehleinschätzungen oder biologischen Grenzen auseinanderdriften, Selbstkritik statt Hybris hilft dann weiter. Nach 40 Berufsjahren soll eine rückblickende Bewertung diagnostische Vorgaben und therapeutische Bemühungen sachgerecht einordnen. Der Rückblick zeigt auch, dass die universitäre Fachakzeptanz mit der „neuen“ Approbationsordnung Zahnmedizin erfolgte.

Prof. Dr. Felix Ascher vertrat als Erster die Kieferorthopädie in München. Bei ihm trat Prof. Rudzki in die Fachwelt ein. Da bekanntlich Widersprüche oft beflügeln, waren die Jahre von 1980 bis 1990 für die Kieferorthopädie besonders fruchtbar. Die europäischen Schulen der funktionellen Steuerung von Zahndurchbruch und Zahnstellung trafen auf die in den

USA propagierten Methoden, mittels festsitzender Behelfe zielgenauer und rascher Anomalien im Kau-system beseitigen zu können. Ein Widerspruch schien die kieferorthopädischen Schulen zu trennen, bis sich in beiden Lagern die Einsicht durchsetzte, dass altersabhängig oft die Kombination beider Therapie-techniken erfolgreicher ist. Myofunktionelle Steuerung und korrigierende Zahnbewegungen über Brackets, war das der „Königsweg“? Biologische Komponenten des Gewebeumbaus untersuchten A. M. Schwarz (Wien), Kare Reitan (Oslo) und die Aache-ner Schule (Prof. Dr. Peter Diedrich, Priv.-Doz. Ulrike Fritz), auch im Hinblick auf unerwünschte Wurzel-resorptionen, in Abhängigkeit von Zeit und Tempo des Umbaus. Das gesicherte Gleichgewicht der Therapie-wahl löste apodiktische „Glaubensfragen“ ab, die Diagnostik wurde zum Lehrer der Therapie. Langzeitbeobachtungen sicherten Therapieprognosen ab und das initiale Patientenalter gewann an Gewicht.

Kieferorthopädische Träume

Was blieb übrig von den kieferorthopädischen „Träumen“? Träume der Menschen sind erfüllt von Idealbildern, die Schönheit und Funktionalität vereinen.