



Prothetische Rehabilitation von Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen

Wiederherstellung mit Hilfe enossaler Implantate

Patienten mit Neoplasien im Kopf- und Halsbereich werden heute multimodal behandelt. Indikationsabhängig kommt neben strahlentherapeutischen und ablativ chirurgischen Maßnahmen auch die Chemotherapie zum Einsatz. Diese therapeutischen Verfahren bedingen Veränderungen in der Anatomie, Funktion und Ästhetik, die eine vollkommene prothetische Rehabilitation des Patienten erschweren können oder sie sogar unmöglich machen. Darüber hinaus darf man die psychische Belastung dieser Patienten mit ihrer Vielzahl an Auswirkungen auf ihr persönliches und soziales Umfeld nicht vergessen. Von allen an der Therapie Beteiligten wird ein Höchstmaß an Kooperationsbereitschaft und an Erfahrung in der Versorgung dieser Patienten verlangt, um die interdisziplinäre Therapie gemeinsam zum Erfolg führen zu können.

Die große Bedeutung des Gesichts für die Persönlichkeit eines Menschen in die Gesellschaft ist unbestritten. Durch Tumore im Kiefer-, Gesichtsbereich wird die äußere Erscheinung der Patienten enorm beeinträchtigt. Die plastisch-operative Rekonstruktion von Kiefer- und Gesichtdefekten und die Rehabilitation durch Defektprothesen (intra- und/oder extraoral) sind zwingende Verfahren zur Wiederherstellung von äußerer Kiefer- und Gesichtsform sowie der Kau-, Schluck- und Sprechfunktion der Patienten. Eine deutliche Steigerung der Lebensqualität ist das Ziel der therapeutischen Maßnahmen. Das in der Regel letzte Glied der umfangreichen therapeutischen Kette stellt die prothetische (orale) Rehabilitation dieser Patienten dar. Dabei kommt der Wiederherstellung der Funktion des stomatognathen Systems von Patienten mit Karzinomen der Mundhöhle mittels Verankerung des Zahnersatzes auf enossalen Implantaten eine herausragende Bedeutung zu.

Prothetische Herausforderungen durch die vorausgegangenen Therapiemaßnahmen Strahlentherapie

Bedingt durch die Strahlentherapie kommt es bei Zähnen, die im Strahlenfeld lagen, zu Strahlenschäden. Diese können sich in einem substanziellen Erweichen des Dentins äußern, was unter anderem zu einem Ablösen des Schmelzes vom Dentin führen kann. Aufgrund der daraus resultierenden schlechten Prognose für diese Zähne und zur Vermeidung dentogen verursachter entzündlicher Prozesse ist die Extraktionsindikation für diese Zähne bei der prothetischen Planung zu berücksichtigen.

Mit der Strahlentherapie kann es aber auch zu Strahlenschäden an der lokalen Kaumuskulatur kommen, die sich in ihrer Fibrosierung und damit in einer Reduktion der Unterkiefermobilität manifestiert. Eine daraus resultierende Mundöffnung von zum Teil weniger als 20 mm ist als relative, gegebenenfalls temporäre Kontraindikation für eine prothetische Versorgung zu sehen. Therapeutisch ist für diese Patienten zunächst eine Physiotherapie zu empfehlen, deren Erfolg jedoch nicht vorhersagbar erscheint.

Lagen die Speicheldrüsen im Strahlenfeld, wurden diese, bedingt durch die Lokalisation des Tumors, entfernt oder wurden deren Ausführungsgänge verlegt, kommt es zu einer deutlichen Reduktion der Speichelmenge und zur Veränderung der Speichelviskosität. Die Lagerung eines Zahnersatzes auf einer trockenen Schleimhaut ist wenig erfolgversprechend. Insbesondere der Halt einer Totalprothese, vor allem im Oberkiefer, ist als prognostisch ungünstig zu beurteilen. Zudem sind durch die mechanische Reizung Druckstellen zu erwarten. Diese stellen für den postoperativen Tumorpatienten ganz besonders dann ein Risiko dar, wenn diese, aufgrund fehlender postoperativer Sensibilität im OP-Gebiet, nicht oder erst zu spät vom Patienten bemerkt werden. Ausgedehnte und