

Update Oralmedizin – Risikoläsionen der Mundschleimhaut

Symposium: 7. Aachener Parodontologischer Fortbildungsabend

Am 27. November 2019 fand der 7. Aachener Parodontologische Fortbildungsabend zum Thema „Update Oralmedizin – Risikoläsionen der Mundschleimhaut im Praxisalltag“ statt. Zu diesem Anlass haben die Initiatoren, Prof. Dr. Jamal Stein und Dr. Christian Hammacher, als Gastreferenten Prof. Dr. Michael Bornstein (Hongkong) gewonnen. Mit Goethes Zitat „Man sieht nur, was man weiß“ verdeutlichte der Referent zu Beginn seines Vortrags die Schwierigkeiten bei der Diagnose von Mundschleimhautveränderungen: Farb- und Texturveränderungen, Gewebsvermehrungen sowie Substanzdefekte sollte man bei der alltäglichen O1-Untersuchung sehr gründlich erfassen und diagnostizieren, auch um Risikoläsionen nicht zu übersehen. Als eine besonders häufige Mundschleimhauterkrankung beschrieb Bornstein den oralen Lichen planus (OLP), der unterschiedlichste Erscheinungsformen haben kann, die oft über das klassische Zeichen einer „Wickhamschen Streifung“ hinaus gehen. Aber auch das Schleimhautpemphigoid sowie medikamentenassoziierte Gingivawucherungen, die von Neoplasmen differenziert werden müssen, gehören zu den häufigeren oralen Läsionen.

Ausgehend von diesen Fallbeispielen plädierte der Referent dafür, bei jedem Patienten im Rahmen der Routinekontrolle eine standardisierte Befundaufnahme



Gastreferent Prof. Dr. Michael Bornstein (links) und Gastgeber Prof. Dr. Jamal M. Stein

Foto: Marioth-Wirtz

– ein „opportunistisches Screening“ – von extraoral nach intraoral vorzunehmen. Sowohl mittels Inspektion als auch mittels Palpation. Besonders der Zunge, dem Mundboden und dem retromolaren Bereich sollte besondere Aufmerksamkeit zukommen, da sie die Risikoregionen für Präkanzerosen und Karzinome sind. Für eine genaue Beurteilung der gesamten Zunge gab der Referent den Tipp, die Zungenränder durch maximales Herausstrecken der Zunge und zusätzliches manuelles Abhalten durch den Behandler (mit einem Tupfer oder Gaze-Streifen) komplett befundbar zu machen.

Auch die Bedeutung der Anamnese für die Diagnosestellung hob Bornstein hervor. Schon bei einer Röntgendiagnostik können familienanamnestische Zusammenhänge wichtig sein. So sollte bei-

spielsweise beim Vorliegen von multiplen Zysten der Verdacht auf das Gorlin-Goltz-Syndrom abgeklärt werden.

Mit Blick auf die allgemeine Anamnese betonte der Referent das Problem der mittlerweile deutlich zunehmenden Multimorbidität und der damit direkt in Verbindung stehenden Polypharmazie. Bei einer stetig älter werdenden Bevölkerung kann es oftmals zu einer Diskrepanz von gefühlter Gesundheit und tatsächlichem medizinischen Befund kommen. Viele ältere Patienten vergessen mitunter die Angabe einiger Medikamente, so Bornstein. Laut einer aktuellen Erhebung aus der Schweiz nehmen mehr als 80 Prozent der mehr als 70-Jährigen täglich Medikamente ein, wobei davon 50 Prozent fünf und mehr Tabletten am Tag benötigen. So ist die Einnahme von Kal-

ziumkanalblockern im Rahmen der Behandlung von Hypertonien ein häufiger Grund für die Entstehung von Gingivawucherungen. Aber auch das immunsuppressive Medikament *Cyclosporin* ist bei organtransplantierten Patienten mit dem Auftreten von Gingivawucherungen assoziiert.

Beim Vorliegen von Mundschleimhautveränderungen, die mit einer Farbveränderung (heller/dunkler) beziehungsweise einer Volumenänderung (Substanzdefekt/-zunahme) einhergehen, empfiehlt er, eine Arbeitsdiagnose zu stellen, die durch weitere diagnostische Schritte verifiziert und gegebenenfalls differenziert werden sollte, etwa direkte oder indirekte (serologische) mikrobiologische Untersuchungen, aber auch die Entnahme von Gewebeproben.

Um Gewebeproben für eine histopathologische Untersuchung zu gewinnen, unterschied Bornstein die Inzisions- von der Exzisionsbiopsie. Eine Inzisionsbiopsie empfiehlt er, wenn ein unklarer Befund vorliegt und eine komplette Exzision in toto ambulant nicht erfolgen kann. Auf Grundlage des histopathologischen Befunds kann dann die Therapieplanung erfolgen. Hingegen können Exzisionsbiopsien zum Einsatz kommen, wenn der pathologische Befund vollständig entfernt werden kann. In diesem Fall wird Diagnostik und Therapie kombiniert. Dies kann beispielsweise bei benignen Veränderungen, wie Reizfibromen, mög-

lich sein. Grundsätzlich gilt die Empfehlung, pigmentierte Veränderungen eher zu exzidieren.

Bornstein plädierte dafür, die Probenentnahme in die Hände eines routinierten Behandlers zu legen, weil der Ort der Entnahme oft entscheidend für den daraus resultierenden pathologischen Befund ist. Falls eine initiale Arbeitsdiagnose und der erhaltene histopathologische Befund nicht übereinstimmen, kann eine zweite Entnahme notwendig sein, die einen anderen Bereich der Mundschleimhautveränderung einbezieht. Bei der Exzision habe sich besonders der CO₂-Laser als hilfreiche Ergänzung oder Alternative zum Skalpell herausgestellt.

Abschließend stellte er heraus, dass bei der Sekundärprävention, der Früherkennung potenziell maligner Veränderungen, eine deutliche Verbesserung der Prognose erzielt werden kann. Daher sollten sowohl der Zahnarzt als auch sein Team diese präventivmedizinische Aufgabe erfüllen können und über dementsprechende stomatologische Kenntnisse verfügen. Bei unklaren Befunden, vor allem bei der Abgrenzung benignen Veränderungen zu Risikoläsionen sowie dem Vorliegen von systemischen Erkrankungen mit oralen Symptomen (Morbus Crohn, Pemphigus, Sarkoidose) empfiehlt Bornstein eine Überweisung an eine entsprechende Fachklinik.

Dr. Ernst Marioth-Wirtz, Aache

Symptombehandlung oder Heilung?

Schlafmedizin und MKG-Chirurgie: Diagnose, Aufklärung, Therapie

Schnarchen ist nicht nur ein lästiges Übel, sondern es kann gravierende Auswirkungen auf die gesamte Gesundheit nehmen, insbesondere wenn sich dahinter eine obstruktive Schlafapnoe (OSA) verbirgt.

Schlaganfall- und Herzinfarktrisiko

Mindestens 5 Prozent aller Deutschen leiden an OSA; nächtliches Schnarchen kann ein ernst zu nehmender Hinweis sein. Die möglichen Folgen: Tagesmüdigkeit, allgemeine Lustlosigkeit, gesteigerte Reizbarkeit sowie ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt und damit eine verringerte Lebenserwartung.

Basisdiagnose

Wenn sich aus dem Arzt-Patienten-Gespräch und einer allgemeinen Untersuchung des Patienten der Verdacht auf eine OSA entwickelt, folgt mit einem ambulanten,

dem Patienten mit nach Hause gegebenen Gerät eine erste objektive Untersuchung der Schlafqualität, die „Polygraphie“. Noch aussagekräftiger ist die „Polysomnographie“ mit Übernachtung im Schlaflabor. Werden mehr als 15 krankhafte Atempausen pro Stunde Schlaf festgestellt, belegt dies die Diagnose OSA.

Aufklärung über weitere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten

Nach der ersten Diagnosestellung sollte die weitere Differenzierung der individuellen Situation und Aufklärung des Patienten über die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten erfolgen – so fordert es das Patientenrechtegesetz (PRG). Leider wird diese gesetzliche Vorgabe oft nicht eingehalten. Häufig erhalten Patienten stattdessen kommentarlos eine Verordnung für ein Atemüberdruckgerät (Continuous Positive Airway Pressure, kurz: CPAP5), mit dem sie ab sofort

die Nacht verbringen und schlafen sollen. Nur etwa die Hälfte aller Betroffenen können und wollen sich jedoch an diese apparative und nur das Symptom OSA betreffende Maßnahme gewöhnen – effektiv bleibt die Hälfte der Patienten unbehandelt, mit allen negativen Folgen.

Korrektes Vorgehen in der MKG-chirurgischen Schlafmedizin

Schlafmedizinisch geschulte Ärzte und Zahnärzte informieren den Patienten über weitere sinnvolle Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten, ohne die prinzipiell sehr erfolgreiche CPAP-Therapie zu verfeuern. Die dreidimensionale Untersuchung des oberen Atemwegs von der Nase bis zum Kehlkopf erfolgt ohne Narkose und ambulant mittels Digitaler Volumentomographie (DVT). Sie kann mithilfe einer speziellen Software (etwa *Sicat AirR*) die entscheidende Engstelle identifizieren und patientenver-

ständig darstellen. Auf dieser Basis sollte in der Folge der OSA-Patient nach PRG über die wissenschaftlich gut belegten, leitliniengestützten Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Er kann anschließend selbst entscheiden zwischen:

- apparativer Überdruckatmung CPAP im Schlaf
- Unterkieferverlagerung mittels Schiene (UPS), ebenfalls während des Schlafs
- Vergrößerung des dreidimensionalen oberen Atemwegs mittels Operation wie bimaxillärer Umstellungsosteotomie als heilende Maßnahme ohne weitere Therapienotwendigkeit

Mit einer Probeschiene und der erneuten dreidimensionalen Atemwegsanalyse per DVT kann als weitere Entscheidungshilfe zudem überprüft werden, ob mit einer laborgefertigten Unterkieferprogenierenden Schiene (UPS) eine ausreichende Erweiterung des Atemwegs erzielbar ist.

Dabei bleiben sowohl CPAP als auch UPS ausschließlich symptomatische Therapiemodalitäten: Sie können für den Zeitraum der Behandlung günstigstenfalls das Symptom Atemwegsenge beheben, ohne jedoch die eigentliche Ursache zu therapieren und den Patienten für immer zu heilen.

Heilung durch Umstellungsosteotomie

Die Atemwegsvergrößerung mittels Umstellungsosteotomie unter Erhalt oder sogar Optimierung der Verzahnung hingegen kann als kausale Therapie der OSA gewertet werden. Mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 90 Prozent weist der so operierte Patient danach keine OSA mehr auf. Er ist geheilt und benötigt keine weiteren Hilfsmittel mehr. Dies konnte sowohl durch postoperativ durchgeführte dreidimensionale DVT-Atemwegsanalysen als auch durch postoperative Poly(somno)graphien belegt werden.