

Die zunehmende Cortison-Langzeittherapie bei Patienten mit systemischen Erkrankungen bringt komplexe medizinische Spezifikationen mit sich, die vor zahnmedizinischen bzw. oralchirurgischen Eingriffen in Betracht gezogen werden müssen. Das Oralchirurgie Journal sprach mit dem DGI-Vizepräsidenten Prof. Dr. Dr. med. Knut A. Grötz (MKG-Chirurgie, Wiesbaden) über Cortison-Langzeittherapie, deren Nebeneffekte sowie über diesbezügliche Risiken und Möglichkeiten bei oralchirurgischen Eingriffen.



Cortison-Langzeittherapie – Indikationsausweitung der Implantologie auf dem Vormarsch

Herr Prof. Dr. Dr. Grötz, warum ist die Cortison-Langzeittherapie ein solch brisantes Thema?

Die Anzahl der Patienten, die sich mit Vor- und Allgemeinerkrankungen sowie mit Medikationen beim Zahnarzt einfinden, wächst kontinuierlich. Dies ist zum einen durch den allgemeinen demografischen Wandel begründet, zum anderen

durch den Erfolg systemischer Therapien, welche die Morbidität bei Patienten deutlich senken.

Zudem besitzt Cortison einen unglaublich breiten Indikationsbereich und ist damit ein insgesamt sehr häufig verschriebenes Medikament. Über den Daumen gepeilt können wir davon ausgehen, dass sich mindestens eine Mil-

lion Menschen in Deutschland einer Cortison-Langzeittherapie unterziehen – und das ist eine große Zahl.

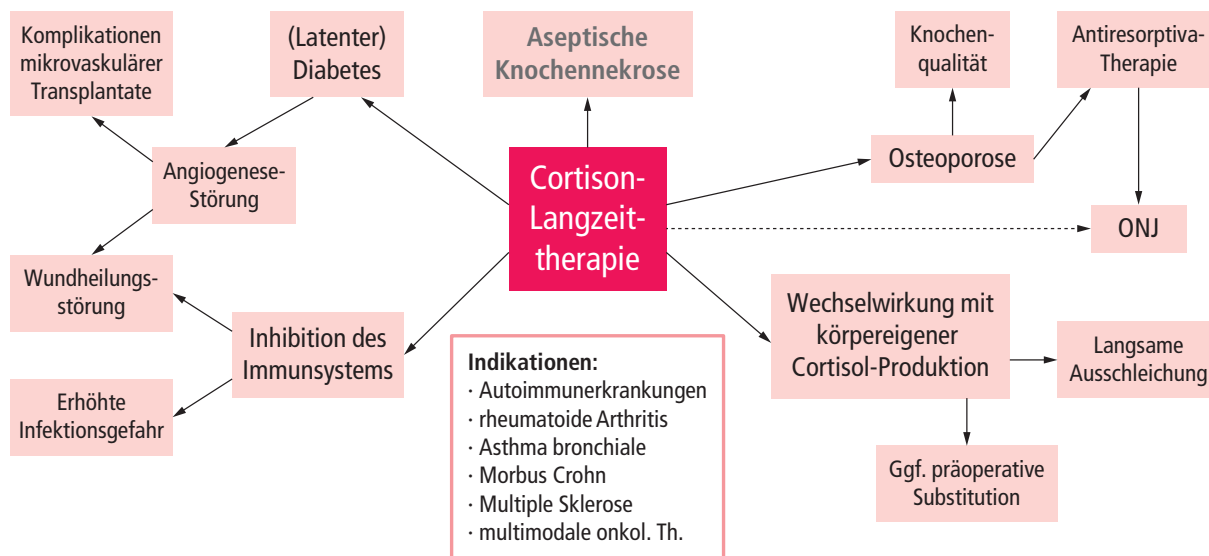
Was sind die Indikationen für Cortison?

Die Indikationen erstrecken sich, allgemein gesprochen, über alle Autoimmunerkrankungen, wie zum Beispiel die aus dem rheumatischen Bereich – beispiels-



Prof. Dr. Dr. Knut Grötz (l.) beim Gespräch mit Redakteur Georg Isbaner im Rahmen der 7. Gemeinschaftstagung von DGI, ÖGI und SGI in Wien.

Cortison-Langzeittherapie



Überblick zu den Cortison-Wechselwirkungen: Auszug aus dem Vortrag in Wien.

weise rheumatoide Arthritis – sowie klassischerweise das Asthma bronchiale, der Morbus Crohn, die Multiple Sklerose und andere. Das sind alles Erkrankungsgruppen oder Einzelerkrankungen, bei denen die Cortison-Langzeitmedikation durch die Senkung einer überschießenden Immunantwort hilfreich ist.

Ein zweiter Bereich, in dem Cortison sehr häufig angewendet wird, ist die multimodale onkologische Therapie. Das bedeutet, es wird ergänzend zu einem Chemotherapeutikum oder einem anderen Immunsuppressivum gegeben. Wenn man das alles zusammenfasst, ist das Spektrum der Patienten, die eine Cortison-Dauermedikation erhalten, unglücklich groß.

Wie sind Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen dieses Medikaments?

Das erwünschte Wirkungsspektrum ist das Dämpfen einer überschießenden Immunantwort. Deshalb wird Cortison auch bei einer akuten allergischen Reaktion als Mittel erster Wahl empfohlen und angewendet – nicht als Langzeitmedikation, sondern als akut angewendetes Medikament, um diese allergische Reaktion zu stoppen.

Die Wechselwirkungen sind aber unfassbar komplex. Man kann sie systematisch

folgenderweise zusammenfassen: zunächst kommt es durch die Inhibition des Immunsystems zu einer generell erhöhten Neigung zu Infektionen und Wundheilungsstörungen. Das bedeutet, dass im eigentlich gewünschten Dämpfen der Immunantwort ein Nachteil bereits immanent ist: Man kann das Immunsystem nicht auf diese Weise regulieren, ohne einen negativen Effekt auf die Immunabwehr in Kauf nehmen zu müssen.

Was gehört ebenfalls zu den unerwünschten Nebeneffekten?

Ein zweiter, überhaupt nicht erwünschter Effekt ist die Beeinflussung einer diabetischen Stoffwechsellage. Und dieser tritt ganz mannigfaltig auf: Ein Nichtdiabetiker kann über eine Cortison-Langzeittherapie in einen latenten oder sogar manifesten Diabetiker gewandelt werden. Ein schon in Diabetes befindlicher Patient kann zudem eine Verschlechterung seiner diabetischen Stoffwechsellage erleiden.

Diabetes geht darüber hinaus klassischerweise mit Gefäßstörungen, wie Makro- und Mikroangiopathien einher. Diese ganzen Angiopathien sind dann Auslöser für das sogenannte metabolische Syndrom, also eine Vielzahl gleichzeitig auftretender Nebenwirkungen wie

Erblicken, Amputationsnotwendigkeit des Fußes usw. Das heißt, wir haben dort einen riesigen Bereich an möglichen Nebenwirkungen, der insgesamt auch die Mortalitätsrate des Diabetikers, der zusätzlich eine Cortison-Langzeittherapie erhalten muss, weiterhin verschlechtert.

Nach derzeitigem Kenntnisstand können sich komplexe Wechselwirkungen auch gegenseitig bedingen. Können Sie dieses Phänomen genauer erläutern?

Ja, zum Beispiel kann es nun eine direkte Kopplung einer Angiogenese-Störung zu der Wundheilungsstörung geben, die bereits durch die Inhibition des Immunsystems ausgelöst werden kann. Das bedeutet, wir haben hier eine negative Kopplung fast wie ein Circulus vitiosus. Es gibt in diesem Zusammenhang konkrete Studiendaten, dass durch eine Cortison-Langzeittherapie beispielsweise die Komplikationsrate von mikrovaskulär anastomosierten Transplantaten verschlechtert wird.

Weiterhin gibt es eine Wechselwirkung des Cortisons mit dem knöchernen Lagergewebe. Befragt man dazu einen Allgemeinmediziner, spricht dieser vermutlich zuerst von einer aseptischen Knochennekrose. In unserem Fachgebiet denken wir dabei sofort an die Kiefer-

nekrose. Das ist hier völlig getrennt zu sehen – und das macht es extrem komplex. Die aseptische Knochennekrose, die allein auf einer Cortison-Langzeittherapie basiert, findet nicht im Kieferbereich statt, sondern im Skelettsystem. Andere Nekrosen, z.B. Hüftkopfnekrose, Os lunatum, Morbus Perthes, Morbus Kienböck, können auf einer alleinigen Cortison-Langzeittherapie basieren.



Eine aseptische Kiefernekrose auf der Basis einer alleinigen Cortison-Langzeittherapie ist nicht beschrieben?

Nein, und dennoch gibt es auch hier eine mögliche Nebenwirkung des Cortisons: Das Cortison kann eine Osteoporose auslösen. Zu einem kann eine durch Cortison bedingte sekundäre Osteoporose, welche die Knochenqualität im Kiefer verschlechtern kann, indirekte Auswirkungen haben. Es kann aber ebenso sein, dass auf Basis einer sekundären Osteoporose, bedingt durch eine Cortison-Langzeittherapie, eine antiresorptive Therapie notwendig wird. Diese kann u.a. durch Bisphosphonate oder Denosumab erfolgen, die wiederum aber mit einem immanenten Kiefernekrosenrisiko einhergehen. Und allein im Jahr 2015 sind drei Studien publiziert worden, die Cortison als einen Risikofaktor für eine Kiefernekrose klassifizieren. Das heißt, der Patient, der ein Antiresorptivum einnimmt, hat, wenn er gleichzeitig eine Cortison-Langzeittherapie erhält, ein höheres Risiko für eine Kiefernekrose, als wenn er nur eine antiresorptive Therapie durchmacht.

Wirkt sich die Gabe von Cortison auch auf die körpereigene Cortison-Produktion aus?

Ja, auch hier kann es eine Wechselwirkung geben. Das macht die Medikation insofern schwierig, als dass man eine kurzzeitige Cortison-Medikation immer langsam ausschleichen muss, um die Wechselwirkung mit der Drosselung des kybernetischen Systems der körpereigenen Cortison-Produktion nicht außer Kraft zu setzen. Zudem muss bei einer Cortison-Langzeitmedikation, bei der die körpereigene Steuerung der Cortison-Produktion inhibiert ist, ggf. vor und nach einer Operation die externe Medikation sogar noch erhöht werden. Man merkt jetzt, wie komplex diese Cortison-Langzeittherapie ist. Während Bisphosphonate ausschließlich auf den Knochen wirken, ist die Wechselwirkung beim Cortison so vielfältig, dass es tatsächlich wie der sprichwörtliche Wolf im Schafspelz daher kommt.

Was bedeutet das genau für den Praktiker – sollte dieser besser auf Cortison verzichten?

Auf das Cortison verzichten ginge nur dann, wenn man entweder die Option hätte, die zugrundeliegenden Erkrankungen unbehandelt zu lassen oder eine Therapiealternative vorläge. Beides ist jedoch eindeutig nicht der Fall. Cortison ist – genauso wie Antiresorptiva, Chemotherapeutika oder eine Strahlentherapie – eine zwingend notwendige Therapie. Damit sind wir grundsätzlich eher aufgefordert, mit den potenziellen Nebenwirkungen so umzugehen, dass wir sie in unsere Anamnese aufnehmen. Wir müssen sie identifizieren und wir müssen Risikokautelen, Vorsichtsmaßnahmen, walten lassen. Nur so können wir den Patienten mit Cortison-Langzeittherapie, ebenso wie andere Risikopatienten, vor Komplikationen schützen.

Wird im Falle eines Implantatpatienten das Cortison abgesetzt, reduziert oder erhöht, um eventuell eine andere Wirkung herbeizuführen?

Interessanterweise gibt es trotz der relativ klaren Datenlage zu den geschilderten Wechselwirkungen und daraus resultierenden Sicherheit, dass die Wundheilungsstörung als Komplikation mit einem höheren Risiko behaftet ist, kaum eine Evidenz zu einer negativen Beeinflussung im Rahmen der Implantatversorgung. Es gibt keine Hinweise darauf, dass ein Patient mit einer Cortison-Langzeittherapie langfristig eine schlechtere Implantatprognose erhält. Das ist wichtig, denn andernfalls müssten wir den Patienten vor der Implantation darauf hinweisen.

Welche Auswirkungen hat die Cortison-Langzeittherapie auf den chirurgischen Eingriff selbst und die damit verbundene Nachsorge?

Ein Patient, der in der Anamnese eine Cortison-Langzeittherapie aufweist, gibt uns die Aufgabe, sein individuelles Risiko für eine Wundheilungsstörung zu identifizieren. Wir müssen die Grunderkrankung und weitere Begleitmedikationen erfassen. Wenn wir dies getan haben, bedarf es bei diesen Patienten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer implantologischen Maßnahme, einer perioperativen antibiotischen Abschirmung. Dies ist erst Recht der Fall, wenn wir die Implantation mit einer Augmentation oder einem Sinuslift kombinieren.

Die zweite Aufgabenstellung für uns ist, den Patienten viel strenger in unser Recall-System einzubinden. Wir müssen ihm im Grunde bereits vor Implantatsetzung sagen, dass er damit rechnen darf, sich regelmäßig wieder einzufinden, z.B. zu einer PZR im Rahmen der hausärztlichen Versorgung.

Also besteht hier eine klare Indikation für die PZR?

Ja, und zwar sowohl zur Beseitigung von Belägen als auch im Sinne regelmäßiger Befunderhebung. Selbst wenn ein Patient nach drei Monaten kommt und wenig Beläge bei ihm vorliegen, kommt er dennoch nicht umsonst: Allein die Befunderhebung, dass er einen guten hygienischen Zustand hat, ist für das Gesundhalten des Gesamtorganismus für ihn wichtig.

In seinem Vortrag „Diabetes und Parodontitis“ im Rahmen der letztjährigen DGI-SGI-ÖGI-Gemeinschaftstagung wies Prof. Dr. Thomas Kocher darauf hin, dass der Zahnarzt eine herausragende

Stellung hat, wenn es ums Screening geht, also um die regelmäßige Kontrolle. Es gäbe kaum eine Arztgruppe, welche die Patienten so regelmäßig sieht und damit ja indirekt aufgefordert sei, sich auch um den Bereich der systemischen Erkrankungen zu kümmern.

Das trifft wirklich den Nagel auf den Kopf. Man muss dabei kein schlechtes Gewissen haben, dass man augenscheinlich gesunde Menschen unnötig in eine Gesundheitsfürsorge lotsen würde. Der Patient, der ein Implantat hat, einmal von den eher selteneren Fällen einer reinen Nichtanlage abgesehen, hat ja vorher einen Zahn verloren. Das heißt, er hat zuvor eine Erkrankung durchgemacht. Zudem ist er, allgemein gesprochen, Träger eines Fremdmaterials, zumal es sich dabei um ein Halbimplantat handelt, das die Epitheldecke der Schleimhaut durchbricht und in einem bakteriellen Milieu steht. Das allein ist Grund genug zu sagen, dass diese Patienten regelmäßig alle drei Monate zur Kontrolle in die Zahnarztpraxis kommen sollten.

Der Zahnarzt hat ja die Möglichkeit, Patienten zu bestellen – das umfasst natürlich auch die PZR, um den Cortison-Patienten zu unterstützen.

Das stimmt tatsächlich. Die PZR hat da, wie wir eben festgestellt haben, in regelmäßigen Abständen einen doppelten positiven Effekt: Zum einen werden tatsächlich vorhandene Beläge entfernt. Zum anderen ist es aber auch eine kontinuierliche Befunderhebung mit der rechtzeitigen Wahrnehmung einer Infektion. So stellen wir sicher, dass der Patient nicht für ihn unbemerkt an einer chronischen Infektion leidet und sich damit in einem guten, risikoarmen Zustand befindet.

Zusammengefasst kann ich nur empfehlen, dass diese Patienten in ein engmaschiges Recall-System aufgenommen werden. Der behandelnde Hauszahnarzt kann die Recall-Intervalle dann nach individuellen Gesichtspunkten und in Abhängigkeit von der Hygienesituation des Patienten erweitern.

Einerseits haben wir den Trend zur minimalinvasiven Implantologie, andererseits sind die Möglichkeiten und

Indikationen für Implantattherapien so groß wie nie zuvor. Wo geht die Reise hin? Was bedeutet das Verständnis der systemischen Erkrankung in Bezug auf die Implantation?

Ich stimme Ihnen zu, beim ersten Hinschauen wirkt es tatsächlich so, als wenn die Implantologie immer komplexer, schwieriger und insgesamt schwerer zu erfassen sein würde. Dahinter steht einerseits der allgemeine demografische Wandel. Nicht nur unsere Lebenserwartung vergrößert sich, sondern auch der Anteil an älteren Menschen prozentual in der Gesamtbevölkerung. Das bedeutet einen Doppelleffekt, der uns Patienten mit Vorerkrankungen und damit bereits bestehender Medikation zuführt.

„Wir haben die Aufgabe, den durch die Cortison-Langzeittherapie kompromittierten Patienten für eine notwendige Implantation fit zu machen“

Ein Teilaspekt ist, dass durch viele komplexe Therapien die Prognosen quoad vitam kontinuierlich verbessert werden, was uns dann natürlich hochkomplexe Patienten in die zahnärztliche, implantologische, oral- und MKG-chirurgische Praxis führt. Aber ich sehe darin eine Chance, keine Krise: Die Indikationsausweitung der Implantologie ist auf dem Vormarsch.

Was bedeutet das in der Praxis?

Wir gehen immer zurückhaltender mit der Begrifflichkeit „Implantatkontraindikation“ um. Im Gegenteil, wir erfassen die individuelle Indikationseinschränkung des einzelnen Patienten und weiten damit indirekt die Implantatindikation immer weiter aus. Dabei müssen wir unseren Blick von einer bloßen Implantatinsertion und -versorgung in Richtung der daraus resultierenden Beeinflussung der Lebensqualität unserer Patienten erweitern.

Es ist wissenschaftliche Tatsache, dass die Minderung des Lebensqualitätsmerkmals „Essen in Gesellschaft“ mehr die allgemeine Lebensqualität senkt als

zum Beispiel eine Gangstörung. Wenn wir uns dieses vergegenwärtigen, wird klar, dass die Entscheidung gegen eine Implantation mangels Indikation letztlich auch eine Absage für eine qualitativ hochwertige, kaufunktionelle Rehabilitation bedeutet.

Welches Fazit ergibt sich daraus für den Umgang mit Patienten, die einer Cortison-Langzeittherapie unterliegen?

Wir müssen uns dieser Janusköpfigkeit sehr bewusst sein. Indirekt haben wir damit die Aufgabe, den durch die Cortison-Langzeittherapie kompromittierten Patienten für eine notwendige Implantation fit zu machen und auch uns entsprechend vorzubereiten.

Und vielleicht gibt es sogar noch einen weiteren positiven Nebeneffekt: Wir alle profitieren. Die ganze Community der Zahnärzteschaft profitiert von einer auf dieser Basis verbesserten didaktischen Aufarbeitung dieser Grunderkrankungen. Wenn ich überlege, welches Bewusstsein wir in der Allgemeinheit der Zahnärzteschaft vor dem Jahr 2003 über die Diffizilitäten des Knochenstoffwechsels hatten und wie fest dieses Wissen heute verankert ist, etwas mehr als zehn Jahre später, dann gab es hier einen pädagogischen Lernerfolg, der ein unfassbares Ausmaß hat. Und dieser ist der Nebenwirkung „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose“ geschuldet. Dies lässt sich leicht auf andere Kompromittierungen übertragen. Letztlich befördert dieser ganze Prozess auch einen berufspolitischen Wunsch: Den Zahnarzt als Facharzt für die Mundhöhle aufzufassen.

Sehr geehrter Herr Prof. Grötz, vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt

Prof. Dr. Dr. med. Knut A. Grötz
ÜBAG Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Burgstraße 2–4
65183 Wiesbaden
und
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken
Wiesbaden
Tel.: 0611 9006-780
www.mkg-rhein-main.de