



Liebe Leserinnen und Leser,

die Zahl der Herzklappenoperationen ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Während 1990 in der Bundesrepublik Deutschland 7.437 Operationen erfolgten, sind es derzeit jährlich bereits über 25.000 Operationen (www.unimedizin-mainz.de). Einen exponentiellen Anstieg verzeichnen insbesondere die Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI). In Deutschland wurden 2013 fast 46 Prozent aller europäischen Interventionen durchgeführt (Mylotte et al., *J Am Coll Cardiol* 2013; 62:210–219).

Die betroffenen Patienten haben nach Herzklappenimplantation ein erhöhtes Risiko, an einer mikrobiell induzierten Endokarditis zu erkranken. Die jüngste Literatur hat eine Assoziation kardiovaskulärer Erkrankungen und des dentalen Befundes im Rahmen einer Studie an über 15.000 Patienten in 39 Ländern

Zahnsanierung vor Herzklappenersatz: Leitlinien-Update 2017

belegt (Vedin et al., *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23:839–846). Dementsprechend sind diese Patienten gerade auch aus implantologischer Sicht zu betreuen. Im Dezember des letzten Jahres wurde die Leitlinie „Zahnsanierung vor Herzklappenersatz“ (AWMF-Registernummer: 007-096, gültig bis April 2022) von der DGZMK publiziert. In einer Übersichtstabelle finden sich die therapeutischen Empfehlungen optisch schnell zugänglich. Sofern dentale Implantate klinisch symptomfrei und fest sind und eine marginale Sondierungstiefe ≤ 3 mm aufweisen, beschränkt sich die Therapie ausschließlich auf ein Debridement bzw. eine Politur. Implantate mit geringen bis mäßigen klinischen Symptomen, die zudem fest sind und eine marginale Sondierungstiefe ≤ 5 mm aufweisen, sollten mit einem Debridement bzw. einer Politur therapiert werden, unter Nutzung antiseptischer Maßnahmen. Bei schlechter Hygiene besteht die Indikation zur Entfernung. Implantate mit ausgeprägten klinischen Symptomen bzw. gelockerte Implantate sollten entfernt werden. Der Behandler hat im individuellen Fall zu prüfen, ob nach einer Sanierung einer Periimplantitis eine Behandlungsfreiheit für mindestens sechs Monate prognostisch möglich scheint. Anderenfalls ist aufgrund der derzeit noch unklaren

Prognose die Entfernung des Implantates angezeigt.

Bezüglich einer begleitenden Antibiotikaphylaxe bestehen in der internationalen Literatur aktuell nebeneinander zum Teil konträre Empfehlungen. Die Limitierung der Antibiotikaphylaxe auf Hochrisikopatienten erscheint daher gegenwärtig angemessen, bei gleichzeitig hoher Kosteneffektivität (Cahill et al., *Heart* 2017; 103:937–944).

Sie sehen also, dass sich die Einbindung der Implantologie in die Medizin auch in aktuellen Leitlinien des kardiovaskulären Bereichs dokumentiert. Daher möchte ich Sie, verehrte Leserinnen und Leser, dazu motivieren, sich mit diesem Leitlinien-Update eingehend zu beschäftigen.

Viel Freude bei der Durchsicht dieses Heftes wünscht Ihnen

[Infos zum Autor]



Ihr Prof. Dr. Herbert Deppe
DGZI-Präsident