

Kaufunktion und Rehabilitation beim Strahlentherapie-Patienten (post radiationem)

Die Spätfolgen einer Strahlentherapie von Malignomen im Kopf-Hals-Bereich stellen die zahnärztliche Behandlung vor besondere Aufgaben. Speziell Strahlenkaries und Xerostomie erschweren die kaufunktionelle Rehabilitation. Anhand eines aktuellen Patientenfalles wird die erfolgreiche prothetische Versorgung eines Strahlentherapie-Patienten post radiationem innerhalb eines Gesamtbehandlungsplanes demonstriert.

DR. ARVID LANGSCHWAGER,
DR. SUSANNE LANGSCHWAGER/ROSTOCK

Die Radiotherapie von Malignomen im Kopf-Hals-Bereich hat neben den physischen und psychischen Belastungen für die Patienten auch Spätfolgen für die verschiedenen Gewebe der Mundhöhle. Strahlenkaries und Radioxerostomie als schwerwiegende Resultate einer Kopf-Hals-Bestrahlung verändern die Mundhöhlenökologie und erschweren die kaufunktionelle Rehabilitation erheblich.¹ Sie stellen für den behandelnden Zahnarzt/-ärztin somit eine besondere Herausforderung dar.

Intraorale Folgen der Strahlentherapie

Die Schädigung der Speicheldrüsen mit nachfolgender Xerostomie ist eine sehr häufige Nebenwirkung der Strahlentherapie. Der Speichelfluss nimmt im Laufe der Behandlung ständig ab und ist nach sechs bis acht Wochen kaum noch messbar. Diese Mundtrockenheit dauert über mehrere Monate bis Jahre an, ist aber zu einem gewissen Grad reversibel. Eine medikamentöse Prophylaxe

der Radioxerostomie wird von einigen Autoren aber bereits als möglich erachtet.² Die ausgeprägte Xerostomie führt zu einer Zunahme von kariogenen Bakterien, durch die die typische Strahlenkaries im zervikalen Bereich des Gingivalsaumes bedingt wird. Außerdem kommt es zu einer Vermehrung von *Candida albicans*, sodass fast ein Drittel der Patienten eine Candidiasis entwickeln.³ Für die oft rasche Zahnzerstörung konnte, neben der Radioxerostomie, mit der Retraktion der Odontoblastenfortsätze auch eine direkte Strahlenfolge nachgewiesen werden.⁴ Die Strahlen beeinträchtigen somit direkt Vaskularisations- und Stoffwechselforgänge in Dentin und Schmelz, die dadurch für einen Säureangriff anfälliger werden.⁵

Auf Grund der Zerstörung der Geschmacksknospen bzw. der innervierenden Nervenfasern tritt bei den meisten Patienten zusätzlich ein Verlust des Geschmackssinnes auf; durch Zellregeneration allerdings oft nur temporär über einige Monate. Auf weitere für Zahnmediziner relevante Früh- und Spätfolgen wie Mukositis, Trismus der



Abb. 1: Ausgangssituation (Ansicht frontal/geschlossen). – Abb. 2: Ausgangssituation (Ansicht frontal/Protrusionsstellung). – Abb. 3: Ausgangssituation (Ansicht lateral I. und IV. Quadrant/Protrusionsstellung).



Abb. 4: Ausgangssituation (Ansicht lateral II. und III. Quadrant/Protrusionsstellung). – Abb. 5: Ausgangssituation Oberkiefer (Ansicht okklusal/Spiegel Aufnahme). – Abb. 6: Ausgangssituation Unterkiefer (Ansicht okklusal/Spiegel Aufnahme).