

Steffen Kargus
Dr. med. dent.

Stellenwert der konservativen Therapie im Vergleich zur chirurgischen Therapie bei der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose im Stadium I

Fach/Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Freudlsperger

Seit der Erstbeschreibung des Zusammenhangs zwischen einer Bisphosphonattherapie und der Entstehung einer avaskulären Kiefernekrose durch Marx 2003 wurden mehrere Hundert Studien zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie der BRONJ veröffentlicht. Entsprechend des klinischen Befundes erfolgt die Stadieneinteilung der BRONJ gemäß der Definition der AAOMS. In Anlehnung an das BRONJ Stadiums wurde eine stadiengerechte Therapieempfehlung abgeleitet, welche jedoch zwischen den internationalen Fachgesellschaften weiterhin kontrovers diskutiert wird. Insbesondere im BRONJ Stadium I besteht weiterhin Uneinigkeit über das therapeutische Vorgehen hinsichtlich chirurgischen im Vergleich zu primär konservativen Therapieansätzen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass durch eine konservative Therapie die BRONJ im Stadium I nicht nur kontrolliert, sondern in fast 50% der Lokalisationen ein vollständiger Verschluss der Schleimhautdehiszenz erzielt werden kann. Durch eine chirurgische Therapie konnte im Vergleich zur primär konservativen Therapie eine überlegene Heilungsrate erzielt werden und im Durchschnitt sogar eine signifikante Reduktion der freiliegenden Kiefernekrose erreicht werden.

Wie auch bereits von anderen Autoren beschrieben wurde konnten eine intravenöse Zoledronattherapie über einen Zeitraum von mehr als 36 Monate sowie ein manifester Diabetes mellitus als entscheidende Einflussfaktoren für eine schlechtere Heilungstendenz bestätigt werden. Eine Unterbrechung der Bisphosphonattherapie hatte, wie auch die Ergebnisse anderer Studien zeigten und wir mit dieser Untersuchung erneut bestätigen konnten, keinen Einfluss auf das Therapieergebnis.

Da bei Patientinnen mit einem Mammakarzinom im Vergleich zu Patienten mit einem Multiplen Myelom oder einem Nierenkarzinom nach chirurgischer Therapie eine signifikant schlechtere Verkleinerung der freiliegenden Knochennekrose erreicht werden konnte und es

in Einzelfällen zu einer deutlichen Zunahme der Schleimhautdehiszenz kam, sollte die Entscheidung zu einer operativen Intervention hier entsprechend kritisch getroffen werden.

Eine Besiedelung des histologischen Präparates mit Aktinomycceten konnte in über 70% der Fälle nachgewiesen werden und war ebenfalls mit einer signifikant schlechteren Abheilungstendenz der Schleimhautdehiszenz verbunden. Aufgrund eines fast ubiquitären Nachweises von Aktinomycceten in Kiefernekrosen empfehlen andere Autoren aufgrund der schlechten Ansprechrate und hohen Rezidivneigung eine intensive und prolongierte Antibiotikatherapie.

Zur Bewertung des Risikos für die Entstehung und Prognose einer BRONJ wurde die Assoziation mit mehreren biologischen Markern des Knochenstoffwechsels untersucht. Für keinen dieser Werte konnte allerdings eine zuverlässige Korrelation nachgewiesen werden, sodass von keiner Fachgesellschaft eine serologische Analyse empfohlen wird.

Bei der Entscheidung zwischen einer primär konservativen oder primär chirurgischen Therapie sollte die Gesamtsituation der Patienten gewissenhaft berücksichtigt werden. Aufgrund der fortgeschrittenen onkologischen Grunderkrankung sind diese häufig in einem reduzierten Allgemeinzustand, sodass die Indikation für eine chirurgische Intervention unter Allgemeinanästhesie äußerst zurückhaltend gestellt werden sollte. Patienten in einem guten Allgemeinzustand und mit einer gut abgrenzbaren Kiefernekrose können hingegen im Vergleich von einer chirurgischen Therapie profitieren. Innovative Operationstechniken wie die Abtragung des nekrotischen Knochens mittels Erbium-YAG-Laser sollten aufgrund der guten Ergebnisse in anderen Studien und der vermuteten biostimulativen Effekte weiter untersucht werden. Um den Vergleich der Behandlungsmethoden besser beurteilen zu können und die statistische Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen, besteht die Notwendigkeit zur Durchführung von prospektiven und randomisierten Folgestudien mit einem größeren Patientenkollektiv.

Grundsätzlich sollte trotz der zunehmenden Sensibilisierung der behandelnden Ärzte und Patienten aufgrund der steigenden Indikationsstellung antiresorptiver Medikamente eine weitere Intensivierung der präventiven Maßnahmen erfolgen, um die auslösenden Risikofaktoren zu minimieren und die Entstehung einer BRONJ zu verhindern.