

Lena Felicia Edith Rückschloß

Dr. med.

Lässt die Klassifikation der Medikamenten-assoziierten Kiefernekrose Rückschlüsse auf den Schweregrad und das Ausmaß der Erkrankung zu? - Eine retrospektive Korrelation der präoperativen, intraoperativen und radiologischen Ausdehnung

Fach/ Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde/ Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Doktorvater: Prof. (apl.) Dr. med. Dr. med. dent. Oliver Ristow

In der vorliegenden retrospektiven, monozentrischen Längsschnittstudie wurde untersucht, ob bei Patient*innen mit Medikamenten-assoziiierter Kiefernekrose (MRONJ) des Stadiums I nach AAOMS ein Zusammenhang zwischen der Ausdehnung des intraoralen schleimhäutigen Defekts sowie der knöchernen MRONJ-Läsion besteht. Weiterhin wurde untersucht, ob dahingehend Unterschiede zwischen Patient*innen bestehen, bei denen der nekrotische Knochen intraoral sichtbar bzw. nur sondierbar ist. Zur Auswertung herangezogen wurden die Daten von 55 Patient*innen (36 Frauen, 19 Männer) mit insgesamt 86 Läsionen einer MRONJ Stadium I nach AAOMS, die sich im Zeitraum von 04/2018 und 04/2019 in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Heidelberg einer operativen Therapie im Sinne einer Nekrosektomie und modellierenden Osteotomie des Kieferknochens unterzogen. Das Patientenkollektiv wurde in zwei Gruppen unterteilt. Die Subgruppen waren wie folgt definiert: Gruppe 1: definiert als klinisch intraoral sichtbarer nekrotischer Kieferknochen zum Zeitpunkt T0; Gruppe II: definiert als intraorale Fistelgänge, über die nekrotischer Knochen sondiert werden kann. Es erfolgten folgende Vermessungen: (1) schleimhäutige Dehiszenz am Tag der Erstvorstellung (T0); (2) präoperative schleimhäutige Dehiszenz am Tag der Operation (T1); (3) intraoperative Ausdehnung der Nekrose (T1); (4) Resektionsdefekt anhand von präoperativ sowie im Rahmen der Nachsorge erstellten Digitalen Volumetomogrammen. Die Vermessungen erfolgten jeweils standardisiert in zwei Raumrichtungen (anterior-posterior sowie transversal). Als statistische Tests wurden zweiseitige gepaarte oder ungepaarte t-Tests durchgeführt. Weiterhin erfolgt eine lineare Regressionsanalyse, um Zusammenhänge zwischen den Messwerten zu evaluieren.

Es konnte gezeigt werden, dass die intraoperativ vermessene nekrotische Läsion signifikant größer ist als die präoperativ vermessene schleimhäutige Läsion. Außerdem konnte gezeigt

werden, dass der operativ erzeugte Resektionsdefekt in beiden Gruppen signifikant größer ist als die nekrotische MRONJ-Läsion. Weiterhin zeigte sich, dass die knöcherne nekrotische Läsion in Untersuchungsgruppe I in anterior-posteriorer Richtung signifikant größer als in Untersuchungsgruppe II ist. Mittels linearer Regressionsanalyse ließen sich statistisch signifikante, jedoch schwache ($R^2 < 0,2$) Zusammenhänge zwischen der Ausdehnung der schleimhäutigen und der knöchernen nekrotischen Läsion nachweisen. In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass das AAOMS-Stadium I hinsichtlich der Ausdehnung der MRONJ-Läsionen ein großes und in sich inhomogenes Kollektiv beschreibt. Es ist nicht möglich, basierend auf der im Rahmen einer klinischen Untersuchung erhobenen Größe der schleimhäutigen Läsion auf das wahre Ausmaß der nekrotischen knöchernen Läsion rückzuschließen und damit den operativen Aufwand abzuschätzen.

Somit sind Therapieempfehlungen basierend auf der rein klinischen Stadieneinteilung der AAOMS kritisch zu hinterfragen. Auch muss die Empfehlung der AAOMS, in einem Stadium I rein konservativ bzw. nicht chirurgisch zu therapieren, kritisch hinterfragt werden, da die knöchernen MRONJ-Läsionen teils beträchtliche Ausmaße annehmen. Eine Verzögerung einer chirurgischen Therapie würde vielmehr zum Progress der Erkrankung und signifikant größeren Resektionsdefekten führen.

Es bedarf weiterer prospektiver Studien sowie der Etablierung bildgebender Parameter, um das Ausmaß einer MRONJ besser quantifizieren zu können.