

20 Jahre sächsische ZMP – Eine Erfolgsgeschichte

Die Bausteinfortbildung für die Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) an der Landes Zahnärztekammer hat seit Jahren in der beruflichen Fortbildung der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert. Sie begann vor 20 Jahren im September 1994. Man entschied sich in Sachsen für den dualen Fortbildungsweg.

Aus ihrem Erfahrungsschatz heraus konzipierte der damalige Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses, OMR Prof. Dr. med. Heinz Nossek, zusammen mit Dipl.-Stom. Carola Hebold, dem damals zuständigen Vorstandsmitglied, und der damaligen Ressortleiterin, Frau Standfuß, eine solide inhaltlich anspruchsvolle Kursreihe, mit dem Ziel, eine qualifizierte Prophylaxe in die Praxis einzuführen. Frau Schmidt war im Verwaltungsbereich der LZKS von Anfang an verantwortlich für die Umsetzung dieser Fortbildung.

Professor Nossek führte diese Fortbildung als Kursleiter bis 1999. Den theoretischen Unterricht übernahm er zunächst allein. Von 1996 an wurden nach und nach weitere Referenten mit dem Unterricht betraut. Sie kommen heute, wie die meisten Kursteilnehmer auch, aus Sachsen (Plauen, Leipzig, Dresden).

1999 übernahm Prof. Thomas Hoffmann die Kursleitung und entwickelte die Fortbildung weiter.

Seit 2002 ist Dr. Michael Krause, niedergelassener Zahnarzt in Dresden, mit der Kursleitung betraut.

Von Beginn an wurden Inhalte, Ausbildungsmethodik und Prüfungsmodalitäten kontinuierlich weiterentwickelt. Besonderer Wert wird dabei auf das Feedback der Unterrichtsteilnehmer gelegt, um effektiv Korrekturmöglichkeiten vornehmen zu können. Auch in der Prophylaxe gilt die Halbwertszeit medizinischen Wissens von etwa fünf Jahren. Obwohl im Rahmen der Kurse an der LZKS nur die Vermittlung von theoretischem Wissen im Vordergrund steht, sind auch Praxisbestandteile eingebunden, um z. B. gleiche Maßstäbe bei Befunderhebung oder PZR zu setzen. Neben der Wissensvermittlung spielt auch das Anpassen an die Praxisentwicklung eine wichtige Rolle. Durch das Auffächern und die fortschreitende Spezialisierung im Tätigkeitsbereich des Zahnarztes ist der Allrounder, die Zahnmedizinische Fachassistentin, kurz ZMF, heute viel weniger gefragt. Der Bedarf der Praxis für die ZMP, die dem Zahnarzt einen großen Teil prophylaktischer Arbeit abnehmen kann, ist dafür gestiegen.

Die Bilanz kann sich sehen lassen: Im Zeitraum von 1994 bis 2008 erreichten 198 Zahnmedizinische Fachassistentinnen ihren Abschluss. Bis heute schlossen 782 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Aufstiegsfortbildung zur/zum Prophylaxeassistentin/-en ab. Auch im folgenden Jahr nehmen wieder 36 Zahnmedizinische Fachangestellte an der Qualifizierung teil. Im kommenden Jahr wird die 800er Marke bei den ZMP überschritten. Die Fortbildung zur Kieferorthopädischen Prophylaxeassistentin (KOP), eine Fortbildungsbesonderheit Sachsens, beendeten bis 2007 35 Teilnehmerinnen. Danach wurde die KOP nicht mehr ausreichend nachgefragt.

Das Referententeam hofft, dass mit der Aufstiegsfortbildung zur ZMP auch in den kommenden Jahren dazu beigetragen wird, kompetentes, qualifiziertes und motiviertes Personal für die Praxen auszubilden und damit die Prophylaxe als Bestandteil einer modernen Zahnheilkunde in noch mehr sächsischen Praxen einzubringen.

Dr. med. Michael Krause



www.zahnaerzte-in-sachsen.de/
Praxisteam/Fortbildung/
Aufstiegsfortbildung

Anzeigen



FUNKTION UND DESIGN
INNENEINRICHTUNGS GMBH

*Wir fertigen für Sie
nach individueller Planung*

- Rezeptionen
- Behandlungszeilen
- Arbeitszeilen für Labor und Steri
- Umzüge
- Ergänzungen der vorhandenen Einrichtung

Untere Dorfstraße 44 | 09212 Limbach-Oberfrohna
Telefon (0 37 22) 9 28 06 | Fax (0 37 22) 81 49 12 | www.funktion-design.de

Entsorgung – Verwertung

- Entwickler/Fixierer
- medizinische Abfälle
- Amalgam-Abscheider
- Rotoren usw.

Wir garantieren fachlich kompetente Aufarbeitung.

Redenta

Praxisentsorgung
mit System.

Sprechen Sie mit uns: **REDENTA Meißen**

Andreas Staudte
Hafenstraße 32 · 01662 Meißen
Telefon (0 35 21) 73 79 69
Fax (0 35 21) 7 19 07 16
e-mail: Redenta-Meissen@t-online.de
Internet: www.Redenta.de



Mundschleimhauterkrankungen – Teil 3

Der folgende Artikel zu Mundschleimhauterkrankungen wird zwei Themen gewidmet sein, mit denen sich jede zahnärztliche Kollegin/jeder zahnärztliche Kollege eingehend beschäftigen sollte. Zum einen betrifft das den Lichen ruber planus mit seinem sehr vielgestaltigen klinischen Bild, das oft verkannt wird. Zum anderen werden wir auf die verschiedenen Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms eingehen, um die Früherkennung bösartiger Mundschleimhautveränderungen weiter zu verbessern.

Die abgedruckten Bilder entstammen allesamt dem großen Pool der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Dresden (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer). Dort hat sich vor vielen Jahren die Mundschleimhaut-Sprechstunde als Spezial-Sprechstunde etabliert und findet heute immer dienstags von 8:00 bis 12:00 Uhr statt. Gern ist die Anmeldung von Patienten telefonisch unter 0351 4582710 möglich.

Lichen ruber planus

Der Lichen ruber planus ist eine häufige, chronisch entzündliche Erkrankung, die sich an Haut, Mundschleimhaut und im Genitalbereich manifestieren kann. Sie ist nicht kontagiös. Der Lichen ruber planus tritt meist im Alter zwischen 30 und 60 Jahren auf, wobei Frauen häufiger betroffen sind (Verhältnis 2:1, Bork et al., 2008, S. 74–83).

Die Ätiologie ist bislang nicht geklärt. Ein autoimmunologischer Hintergrund wird vermutet, ist aber keinesfalls gesichert (Parashar, 2011, Bork et al., 2008, S. 74–83).

Es wird außerdem beschrieben, dass Patienten mit einem Lichen ruber planus signifikant häufiger unter negativem Stress, Ängsten und Depressionen leiden (Chaudhary, 2004). Auslösende Faktoren können weiterhin Medikamente (NSAID, ACE-Hemmer, Betablocker) sowie dentale Restaurationen (Sugerman et al., 2002), insbesondere auch Goldrestaurationen (Bork et al., S. 75), sein.

Der Lichen ruber planus kann auch in Assoziation mit anderen immunologisch bedingten Erkrankungen, wie z. B. der Dermatomyositis, dem Lichen sclerosus und atrophicus, der Myasthenia gravis, der Colitis ulcerosa etc., auftreten (Sugerman et al., 2002). In aller Regel entwickelt sich ein Lichen ruber planus jedoch spontan und verläuft schubweise. Eine kausale Therapie ist aufgrund der unklaren Ätiologie bislang nicht möglich, wobei eine symptomatische Behandlung Beschwerden deutlich lindern kann. Die Abheilung erfolgt spontan (Bork et al., 2008, S. 74).

Klinik

Bei bestehender Hautbeteiligung zeigen sich rötliche bis bläulich-rötliche, wachstümlich glänzende Papeln vor allem an den Beugeseiten der Handgelenke, im Bereich der Flanken, des Kreuzbeins und der Genitale sowie an den Unterschenkel-Streckseiten (Abb. 1). Nach Anfeuchten der Papeln kann man auch an ihnen die für den Lichen ruber typischen Wickham-Streifen nach Louis Frédéric Wickham, 1861–1919 (s. auch Abb. 2) sehen. Es liegt meist ein starker Juckreiz vor (Bork et al., 2008, S. 74–83).

Es gibt aber nicht zwangsläufig Hautsymptome, es ist auch ein isolierter Befall

der Mundschleimhaut möglich. Dabei unterscheidet man sechs mögliche Erscheinungsbilder: papulös, retikulär,



Abb. 2 – Typisches retikuläres Muster eines Lichen ruber mucosae im Planum buccale rechts (Wickham-Streifen)



Abb. 1 – Typische Papeln im Bereich der US-Streckseite bei einem Lichen ruber planus



Abb. 3 – Plaqueartiger Lichen ruber mucosae im Bereich des Zungenrückens



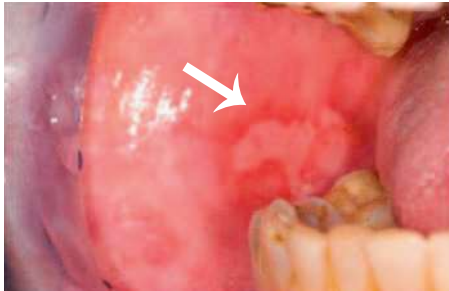


Abb. 4 – Ausgeprägte erosive Veränderung (s. Pfeil) im Planum buccale rechts bei bestehendem Lichen ruber mucosae



Abb. 5 – Gingivitis desquamativa bei bestehendem Lichen ruber mucosae

plaqueartig, atrophisch, erosiv und bullös. Am häufigsten findet man das retikuläre Muster (Wickham-Streifen, Abb. 2), die vorzugsweise im Bereich des Zungenrückens auftretenden plaqueartigen Veränderungen (Abb. 3) sowie Erosionen auch in Form der Gingivitis desquamativa (Abb. 4, 5). Und dies kann alles bei einem Patienten zugleich auftreten (Parashar, 2011)! Die lichenoiden Läsionen treten oft symmetrisch auf und betreffen zumeist das Planum buccale, die Zunge, das Lippenrot, den Gaumen und die Gingiva (Bork et al., 2008, S. 74–83).

Erosive und atrophe Formen des Lichen ruber verdienen besondere Beachtung, denn dies können Vorstufen eines malignen Geschehens sein. Das Risiko, an einem Plattenepithelkarzinom der Mundschleimhaut zu erkranken, ist bei dauerhaftem Bestehen dieser Läsionen erhöht (Sugerman, 2002). Ist der Palpationsbefund der betreffenden Stelle also derb und innerhalb von zwei Wochen nicht regredient, ist dringend eine Probeexzision durchzuführen beziehungsweise der Patient zu einem Facharzt/Fachzahnarzt zu überweisen!

Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Mundschleimhaut bei Vorliegen eines Lichen ruber mucosae eine allgemein erhöhte Vulnerabilität aufweist. Diese kann bei mechanischer Beanspruchung durch eine Prothese zu Rötungen und Erosionen führen. Somit ist bei einer therapieresistenten Prothesenstomatitis auch immer ein Lichen ruber histologisch auszuschließen (Bork et al., 2008, S. 80)!

Das subjektive Beschwerdebild eines Lichen ruber mucosae ist ebenso unterschiedlich wie die klinischen Erscheinungen. So können die Patienten völlig beschwerdefrei sein oder ein starkes Brennen und auch Schmerzen beim Genuss saurer, scharf gewürzter und harter Speisen verspüren. Des Weiteren kann eine gewisse Mundtrockenheit auftreten (Parashar, 2011, Bork et al., 2008, S. 80).

Diagnostik

Diagnostisch sollte nach ausführlicher Erhebung der Anamnese und klinischer Untersuchung der Ausgangsbefund erst einmal gut fotodokumentiert und auch histologisch gesichert werden. Dabei ist typischerweise Folgendes nachweisbar: Orthohyper- oder Parakeratose; bandförmiges lymphozelluläres subepitheliales Infiltrat; Keratinozyten-Apoptosen (civatte bodies). Sind diese Kriterien nicht erfüllt oder wird auf eine histopathologische Diagnosesicherung verzichtet, darf man nicht von einem Lichen ruber mucosae sprechen, sondern lediglich von einer oralen lichenoiden Läsion (Parashar, 2011). Für die Probeentnahme zur Diagnosesicherung ist weiterhin zu beachten, dass sie nicht im Bereich einer erosiven Läsion erfolgen darf, da dort das Epithel zur Beurteilung der o.g. Kriterien fehlt (Bork et al., 2008, S. 81–82). Am besten wird sie im Randbereich von retikulären oder leukoplakalen Anteilen entnommen. Des Weiteren ist eine Blutentnahme zur Kontrolle folgender Parameter beim Hausarzt zu empfehlen: großes Blutbild, Eisenstoffwechsel, Vitamin B12 mit Holotranscobalamin, Vitamin D3, Creatinin, Calcium, Phosphat, Zink, Folsäure und Glukose im Serum. Es ist zu beachten, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht üblicherweise für alle o.g. Parameter aufkommen, das heißt die Patienten müssen über die Zuzahlung beim Haus-

arzt informiert werden. Was sagen die genannten Blutwerte nun aus? Zuerst einmal ist eine deutliche Abweichung im Blutbild auszuschließen, wie sie zum Beispiel bei einer Leukämie auftritt. Diese kann durchaus Mundschleimhautveränderungen hervorrufen. Auch eine Störung im Eisenstoffwechsel kann bedeutsam sein, insbesondere ein Mangel an Eisen. Des Weiteren besteht nicht selten ein Mangel an Vitamin B12. Der zugehörige Langzeitmarker Holotranscobalamin gibt Auskunft darüber, ob dieser schon länger besteht. Das Vitamin D3 (1,25 Dihydroxyvitamin D) ist für viele Vorgänge im Körper bedeutsam, insbesondere auch für die Stimmungslage, das Immunsystem und das Stütz- und Bindegewebe. Es wird im Wesentlichen unter Einfluss der UVB-Strahlung im Körper selbst produziert, ein Mangel ist aber leider nicht selten. Vor Beginn der Substitution durch den Hausarzt sind die Nierenfunktion (Creatinin) und der Calcium-/Phosphat-Haushalt zu prüfen, da diese für die Verstoffwechselung des Vitamins D3 eine große Rolle spielen. Eine Überdosierung dieses fettlöslichen Vitamins ist strengstens zu vermeiden. Auch Zink und Folsäure sind wichtige Spurenelemente für eine intakte Schleimhaut. Der Glukosespiegel gibt Auskunft über einen eventuellen Diabetes mellitus, der schlecht eingestellt auch zu einem Lichen ruber führen kann. Zur Diagnostik gehört weiterhin ein Allergietest auf zahnärztliche Metalle und Kunststoffe sowie auf Duftstoffe (Standardreihen). Dieser erfolgt beim Dermatologen (Epikutantest). Eine Allergie kommt ziemlich selten vor, kann aber manchmal Auslöser für eine lichenoidale Läsion, gerade wenn sie sehr lokalisiert ist, sein. Kritisch betrachtet ist allerdings anzumerken, dass ein Allergietest, also eine Präsentation des Allergens auf der Haut, auch erst zu einer Allergie führen kann. Außerdem sind Hautreaktionen nicht mit Schleimhaut-Reaktionen vergleichbar. So treten an der Mundschleimhaut sehr selten kontaktallergische Reaktionen auf, da das Allergen durch den Speichel sofort verdünnt und weggespült wird. Als Allergene wirken außerdem nur Metallionen oder das Monomer des Methylmethacrylats, so dass bei korrekter Verarbeitung kaum allergenes Potenzial



vorhanden sein sollte. Im Übrigen haben Compositematerialien ein hohes Allergiepotezial, welches aber durch die rasche Polymerisation und die weitgehend berührungsfreie Verarbeitung kaum zum Tragen kommt. Hochallergen sind ebenfalls Duftstoffmische wie ätherische Öle und Perubalsam. Bei positivem Testergebnis sollte das entsprechende Allergen gemieden werden, gegebenenfalls durch Austausch von Füllungen oder Zahnersatz (Bork et al., 2008, S. 209–214)

Therapie

Nach Durchführung der kompletten Diagnostik kommen wir nun zur Therapie: Eine kausale Therapie des Lichen ruber planus ist bislang nicht möglich (Bork et al., 2008, S. 82), es können lediglich Symptome durch entsprechende Medikamente gelindert werden. Bei intakter

Schleimhaut und Beschwerdefreiheit ist keine Intervention erforderlich. Bei ausgeprägteren Befunden, insbesondere bei Erosionen, ist eine lokale Therapie, in manchen Fällen auch eine systemische Therapie angezeigt.

Grundsätzlich sind Spülungen mit Salbeitee und Distelöl zu empfehlen. Salbeitee wirkt antibakteriell und beruhigend, Distelöl beinhaltet natürliche entzündungshemmende Mediatoren und benetzt die empfindliche Schleimhaut.

Zur lokalen Therapie dienen generell Kortikoide (Bork et al., 2008, S. 82). Empfehlenswert ist die Verordnung von Triamcinolon/Micotar®-Mundgel (Rp. Triamcinolon acetat 0,1 % Micotar Mundgel zu 10,0 g). Das ist eine Kombination aus einem Kortikoid und einem Antimykotikum und lässt sich durch die pastöse Konsistenz gut auf lokalisierte Befunde auftragen. Wo

die Spülwirkung des Speichels hoch ist, kann man die Paste auch auf ein Stück Gaze aufbringen und für ca. 10–15 min auf die entsprechende Stelle auflegen. Lokale Kortikoide sollten maximal zweimal täglich aufgetragen werden, um relevante systemische Wirkungen und damit Nebenwirkungen in Grenzen zu halten. Kortikoide können bei fehlerhafter Anwendung Atrophien der Schleimhaut verursachen und bei hohen systemischen Dosen Magen-, Darm-Ulcera, Osteoporose und einen Diabetes mellitus auslösen. Neben Triamcinolon/Micotar®-Mundgel ist die Verordnung von Volon® A Haftsalbe (Wirkstoff ebenfalls Triamcinolon) möglich. Nach Anbruch ist dies sehr viel länger haltbar, aber durch die steifere Konsistenz an vielen Stellen schlechter aufzutragen. Bei generalisierten Befunden empfiehlt sich eine Kortikoid-Spüllösung, z. B.

Anzeigen

Gesucht und gefunden: Wir bringen die richtigen Partner zusammen!

Sie suchen eine Praxis zur Übernahme oder einen Nachfolger?

Dann setzen Sie auf die Praxisbörse der Deutschen Ärzte Finanz: Wir bieten Ihnen einen bundesweiten Kundenkreis, jahrzehntelanges Know-how und absolute Vertraulichkeit.

- Praxis- und Kooperationsangebote aus allen Fachrichtungen
- Aussagekräftige Exposés
- Konkrete Festlegung des Übernahme- bzw. Abgabeprofils
- Realistische Zeit- und Zielplanung
- Attraktive Finanzierungsstrategien und viele weitere Services

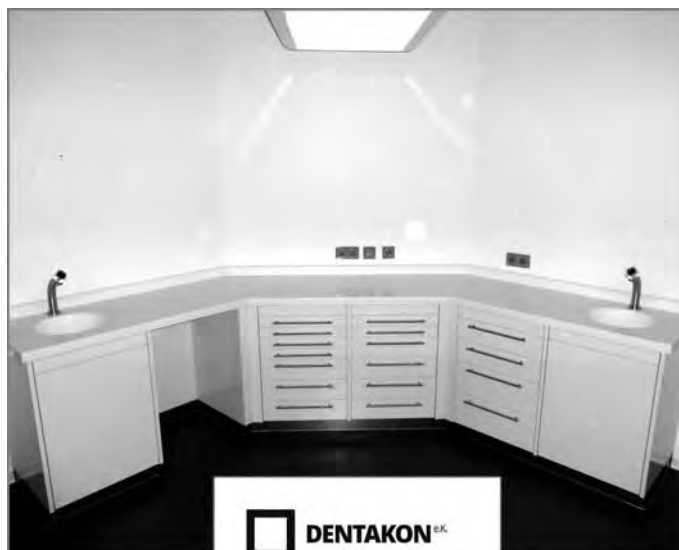
Wir vermitteln Ihnen auch Assistenz Zahnärzte!

Viele Fragen, ein Ansprechpartner:

Gunnar Gerke
Telefon 03 51/4 54 15-10
Mobil 01 73/3 16 86 30
gunnar.gerke@aerzte-finanz.de
www.aerzte-finanz.de

**Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung



- individueller Möbelbau
- Renovierung vorhandener Möbel
- Arbeitsplatten
- Rezeptionen, Behandlungsräume, etc ...
- Inklusive Geräte (Steri, PC, Dentaleinheit)
- Installationsplanung Elektro + Sanitär für die komplette Praxis und Labor

Dentakon - Dentale Konzepte - e.K. · Gasse 58 · 09249 Taura
Tel: 03724 668 998-0 · Fax: 03724 668 998-2 · Internet: www.dentakon.de

Fortbildung

Celestamine® (Wirkstoff Betamethason, Rp. Celestamine® N 0,5 liq. 2 x N1, s. 1. Woche früh und abends mit 35 Tropfen spülen, 2. Woche früh mit 35 Tropfen spülen, 3. Woche ausschleichen). Celestamine® ist eigentlich ein Kortikoid zum Einnehmen, hier soll aber nur lokal damit gespült werden. Zum Spülen eignet sich außerdem folgende Hydrocortison-Spüllösung (Rp. Hydrocortisonacetat 0,5 g, Lidocainhydrochlorid 1,0 g, Dexpanthenol 2,0 g, Natriummonohydrogenphosphat-Dodecahydrat 0,05 g, Macrogol-40-glycerolhydroxystearat 0,2 g, Propylenglycol 20,0 g, Pfefferminzöl 0,15 g, gereinigtes Wasser zu 100,0 g). Sie ist ebenfalls maximal zweimal pro Tag anzuwenden. Bei sehr ausgeprägten erosiven, lokalisierten Befunden, die nicht auf eine Salbe oder Spülung ansprechen, empfiehlt sich Triam Inject, welches subläsional in wöchentlichem Abstand über 5 Wochen appliziert wird (1 Ampulle je 10 mg pro Anwendung).

Neben den lokalen Kortikoiden ist die Anwendung von lokalen Immunmodulatoren möglich. Dazu zählen zum Beispiel die Protopic®-Salbe (Rp. Protopic®-Salbe N1 30 g 2 x tgl.) oder die Elidel®-Creme. Diese sind bislang nur für bestimmte Indikationen im Bereich der Haut und Genital-Schleimhaut zugelassen. Laut verschiedener Studien ist die Anwendung an der Mundschleimhaut aber auch erfolgversprechend (Scheer et al., 2006, Assmann et al., 2004). Dies wäre dann ein sogenannter off-label-use, so dass die Patienten entsprechend aufgeklärt werden müssen. Außerdem kommt es bei der Anwendung dieser Immunmodulatoren oft zu einem Brennen an der Schleimhaut und die Wirkung tritt manchmal erst nach ein bis zwei Wochen ein.

Letztlich muss man mit dem Patienten einfach Verschiedenes ausprobieren. Die Präferenzen sind dabei ganz unterschiedlich. Bei sehr schweren Verläufen ist eine systemische Kortikoid-Stoßtherapie erforderlich. Sollte das für eine dauerhafte Besserung nicht ausreichen, ist eine systemische Therapie mit Quensyl® oder Immunsuppressiva möglich. Dies wird in der Regel in der Dermatologie durchgeführt.

In jedem Fall ist ein angemessenes Recall von großer Bedeutung! Die Intervalle gestalten sich nach der Schwere der Sympto-

matik. Bei stark erosiven oder atrophischen Formen empfehlen wir eine Wiedervorstellung alle 8–12 Wochen, bei intakter Schleimhaut ohne Beschwerden alle 6–12 Monate.

Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms

Zu den Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms zählen die Leukoplakie, die Erythroplakie und der Lichen ruber mucosae (AWMF Leitlinie 007/092, 2010). In der aktuellen Leitlinie der AWMF (007/092, 2010) sind Begrifflichkeiten wie fakultative und obligate Präkanzerosen, Präkonditionen etc. weggefallen, man spricht nur noch von Vorläuferläsionen. Diese bedürfen alle der gleichen Aufmerksamkeit, da jede dieser Läsionen entarten kann! Hoch verdächtig sind jedoch generell die verrukö-



Abb. 6 – Hoch verdächtige verruköse Leukoplakie mit erythroplakalen Anteilen im Bereich Zungenrand/Zungenunterseite; Übergang Mundboden rechts mit Überschreitung der Mittellinie (s. Pfeil)



Abb. 7 – Hoch verdächtige Erythroplakie; Mundboden rechts am Übergang zur Zungenunterseite mit kleiner Erosion (s. Pfeil)

se Leukoplakie (Abb. 6), die Erythroplakie (Abb. 7) und der erosive (s. Abb. 4) oder atrophe Lichen ruber mucosae.

Grundsätzlich ist die Früherkennung von Vorläuferläsionen durch Inspektion und Palpation entscheidend! Bei jedem Patienten muss regelmäßige eine Mundschleimhaut-Kontrolle erfolgen. Risikofaktoren für die Entstehung eines Plattenepithelkarzinoms der Mundschleimhaut sind Nikotin- und Alkoholabusus sowie die oft damit in Verbindung stehende mangelnde Mundhygiene (Bork et al., 2008, S. 362). Insbesondere die Kombination von Alkohol und Tabak erhöht das Risiko deutlich, da der Alkohol zu einer Permeabilitätsveränderung des oralen Epithels führt und damit toxische Produkte des Tabaks leichter in die subepithelialen Kompartimente übertreten können (DGZMK, 2007). Des Weiteren spielen das Auftreten von humanen Papillomaviren, insbesondere Typ 16 und 18, und speziell im asiatischen Raum auch das Betelnusskauen eine Rolle (AWMF 007-100OL, 2012, Bork et al., 2008, S. 362, DGZMK, 2007).

Besteht nun eine auffällige Veränderung im Bereich der Mundschleimhaut und ist diese innerhalb von zwei Wochen nicht regredient, dann ist dringend die Überweisung zu einem Facharzt/Fachzahnarzt bzw. in die Fachklinik zur weiteren Diagnostik erforderlich (AWMF 007-100OL, 2012, AWMF 007/092, 2010). Eine Verzögerung von mehr als vier Wochen verschlechtert die Prognose signifikant! Des Weiteren ist zu beachten, dass regrediente Befunde bis zur vollständigen Abheilung beobachtet werden müssen, da der Rückgang einer eventuell überlagernden entzündlichen Komponente eine eigentlich maligne Läsion verschleiern kann (AWMF Leitlinie 007/092, 2010).

Der Goldstandard in der Diagnostik von Vorläuferläsionen bzw. Plattenepithelkarzinomen ist nach wie vor die Probeexzision (AWMF 007-100OL, 2012, AWMF 007/092, 2010). Histopathologisch unterscheidet man nach verschiedenen Dysplasiegraden (s. Tabelle 1, Seite 27, SIN-Klassifikation, AWMF 007/092, 2010). Die Dysplasiegrade SIN II und SIN III bedeuten ein hohes Entartungsrisiko und bedürfen dringend der vollständigen Exzision. Geringgradige intraepitheliale

geringgradige Dysplasie	SIN I	geringes Risiko (Beobachtung)
mäßiggradige Dysplasie	SIN II	hohes Risiko (Exzision!)
hochgradige Dysplasie/ Carcinoma in situ	SIN III	hohes Risiko (Exzision!)

Tab. 1 – Einteilung der Dysplasiegrade (SIN = squamöse intraepitheliale Neoplasie)

Neoplasien können engmaschig beobachtet werden. Generell gilt, dass orientierend an der Leukoplakie nicht dysplastische Läsionen alle sechs Monate und gering dysplastische Läsionen alle drei Monate kontrolliert werden sollten. Für lichenoiden Veränderungen werden Kontrollintervalle je nach Ausprägung von maximal vier Monaten empfohlen (AWMF Leitlinie 007/092, 2010).

Leukoplakie

Die Leukoplakie ist die häufigste prä-maligne Veränderung der Mundschleimhaut und ist definiert als eine vorwiegend weiße Veränderung, die weder klinisch noch histopathologisch als eine andere definierbare Schleimhautveränderung charakterisiert werden kann. Sie kommt öfter bei Männern vor, meist im mittleren Alter. Die Prävalenzen liegen zwischen 0,2 und 5 %. Risikofaktoren sind, wie bereits erwähnt, Alkohol- und Nikotinabusus, vor allem in kombinierter Form. Weitere mögliche Begleitfaktoren können schlechte Mundhygiene, chronisch traumatische Irritationen, niedriger sozio-ökonomischer Status, Vitaminmangel (Vitamine A, C), genetische Faktoren etc. sein (DGZMK, 2007).

Leukoplakien treten am häufigsten an der Wangenschleimhaut, der Mukosa des Alveolarfortsatzes, dem Mundboden, der Zunge, den Lippen und dem Gaumen auf. Zeigen leukoplakie Veränderungen nach Ausschalten möglicher ätiologischer Faktoren (scharfe Zahnkanten und andere mechanische Irritationen, Nikotinabusus etc.) keine Rückbildungstendenz, sollte eine histopathologische Abklärung zur Diagnosesicherung und Feststellung des Dysplasiegrades erfolgen (DGZMK, 2007). Bei Malignitätsverdacht müssen die Patienten sofort zu einem Facharzt/Fachzahnarzt bzw. in die Fachklinik überwiesen werden! Klinisch unterscheidet man die homogene, inhomogene und die proliferative verruköse Leukoplakie. Die maligne Transformationsrate liegt zwischen 3 und 8 %

in fünf Jahren, die verruköse Leukoplakie ist allerdings eine aggressive Sonderform, die in fast allen Fällen maligne transformiert. Es ist aber zu beachten, dass prinzipiell jede Leukoplakie entarten kann, auch solche, die zunächst histologisch keine Epitheldysplasie aufweisen. Ein erhöhtes Entartungsrisiko besteht außerdem bei Frauen, bei einem längeren Bestehen der Leukoplakie, bei Nichtrauchern, bei einer Lokalisation an Mundboden/Zunge, bei Inhomogenität, also einer unregelmäßigen exophytischen Oberfläche, bei Candida-Infektion und bei einem Zustand nach bereits stattgehabtem Plattenepithelkarzinom (DGZMK, 2007).

Dr. med. dent. Marika Schubert,
FZÄ für Oralchirurgie,
Praxis Dr. Dr. Ronald Mai,
Altes Schloss Zabeltitz, Großenhain

Dr. med. Dr. med. dent.
Ninette Tödtmann,
FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Dresden

Dr. med. dent. Anne Weißflog,
FZÄ für Oralchirurgie,
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Dresden

Dr. med. Dr. med. dent. Ronald Mai,
FA für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Niederlassung Altes Schloss Zabeltitz,
Großenhain

Literaturverzeichnis abrufbar unter
www.zahnaerzte-in-sachsen.de



Fallbeispiele (Fortsetzung Seite 28)

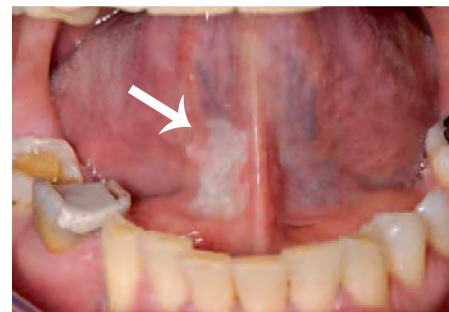


Abb. 8 – Homogene bis inhomogene leukoplakie Läsion anteriorer Mundboden rechts (s. Pfeil). Empfehlung: vollständige Exzision.



Abb. 9 – Erythroleukoplakie Läsion am rechten Zungenrand mit deutlich atropher Schleimhaut. Hier ist bereits ein frühes Karzinom zu vermuten. Empfehlung: sofortige Überweisung in eine Fachklinik zur weiteren Diagnostik und Therapie.



Abb. 10 – Differenzialdiagnostisch kommen eine hyperplastische Candidose oder ein bereits manifestes Karzinom infrage. Empfehlung: vollständige Exzision.

Fortbildung



Abb. 11 – Plattenepithelkarzinom am hinteren Zungenrand (s. Pfeil). Dieses ist leicht zu übersehen, so sollten bei jeder zahnärztlichen Untersuchung auch die distalen Zungenanteile inspiziert (Herausziehen der Zunge mittels Kompressen) und Mundboden sowie Zunge palpiert werden!

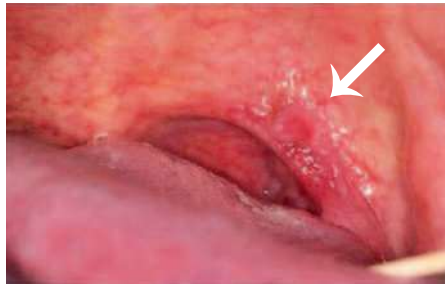


Abb. 12 – Invasives Karzinom am Arcus palatoglossus links (s. Pfeil). Auch diese Veränderung ist nur zu erkennen, wenn man den weichen Gaumen entsprechend genau inspiziert. Die Früherkennung ist für die Prognose des Patienten entscheidend!



Abb. 13 – Plattenepithelkarzinom am Alveolarfortsatz vestibulär im linken Unterkiefer (s. Pfeil). Auch hier ist die Früherkennung durch eine eingehende klinische Untersuchung möglich. Es sollte sofort die Überweisung in die entsprechende Fachklinik erfolgen.

Weltkonferenz der iADH tagte in Berlin

Wie die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen verbessert werden kann, diskutierten vom 2. bis 4. Oktober die Teilnehmer auf der 22. Weltkonferenz der Internationalen Vereinigung zur Verbesserung der Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung (iADH) in Berlin. Ausgerichtet von der Arbeitsgemeinschaft „Zahnärztliche Behindertenbehandlung“ des BDO stand die Veranstaltung unter Schirmherrschaft der BZÄK. Für eine bessere Mundgesundheit bedarf es einer Mischung aus klaren gesetzlichen

Regelungen durch die Politik und einer besonderen Fürsorge durch die Zahnmedizin. Darin waren sich die Experten der Auftakt-Konferenz, Prof. Dr. Dimitris Emmanouil, Präsident der iADH, Kongresspräsident Prof. Dr. Andreas G. Schulte, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Vorsitzender des BDO, und der Wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Thomas Weischer, (EFOSS), einig. Neben Menschen mit Behinderung zählen auch ältere und pflegebedürftige Men-

schen zur Gruppe der sogenannten Risikopatienten. Diese stellen insbesondere bei chirurgischen Eingriffen Zahnärzten vor Herausforderungen und bedürfen oft besonderer Maßnahmen und der Zusammenarbeit mit anderen Medizinern. Darauf verweist auch das Thema des Kongresses „Medicine meets Disability“. Die iADH setzt sich deshalb auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet „Zahnmedizin für Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ (Special Care Dentistry) ein. *PMBZÄK, 6.10.2014*

Anzeige



Das Dentalhistorische Museum in Zschadraß

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem **Dentalhistorischen Museum** etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem **Dentalhistorischen Museum** haben wir für 2015 wieder zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit historischen Illustrationen und Postkarten.

Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können. Sichern Sie sich Ihr Exemplar!

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1c · 01665 Nieschütz · Telefon 03525/7186-0 · Fax 03525/7186-12 · info@satztechnik-meissen.de