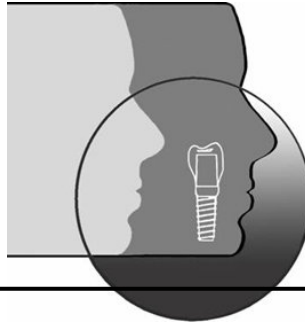


**Praxis für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie**
- Zertifiziert für Implantologie –
- Plastische Operationen –
www.kieferchirurgie-coburg.de



Dr.med. Dr.med.dent. H. Bettinger
Dr.med.Dr.med.dent. K.-U. Feller
Dr.med. Dr.med.dent. U. Otte
Tel.: 09561/5966-0 Fax.: -10

Für unsere Kollegen/Überweiser:

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

Im Folgenden ist die wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK zur Prävention und Früherkennung bei einer Bisphosphonattherapie zusammengefasst.

Sanierungsempfehlungen von einer Bisphosphonattherapie:

Vor dem Beginn eine BP-Therapie sollte eine zahnärztliche Untersuchung ggf. eine Focussanierung erfolgen. Hierbei sollten potenziell entzündliche Prozesse wie z. B. Wurzelreste oder apikale Entzündungen saniert werden. Teilretinierte Zähne sollten entfernt werden. Bereits parodontal geschädigte Zähne müssen besonders kritisch beurteilt und bei Zweifeln an der Sanierbarkeit ebenfalls entfernt werden.

Empfehlungen unter laufender und nach abgeschlossener Bisphosphonattherapie:

- a) Langfristige Fortführung des Recalls (mindesten alle 3 Monate, insbesondere vor wiederholter BP-Infusion oder bei Bedarf). Bei Beschwerden, insbesondere bei Druckstellen durch einen tegumental getragenen Zahnersatz oder bei progredienter Zahnlockerung muss frühzeitig der Hauszahnarzt aufgesucht werden.
- b) Eingehende Instruktionen und Sensibilisierung der Patienten, so dass entsprechende Symptome zeitnah einer gezielten Diagnostik Therapie zugeführt werden
- c) Konservative Sanierung von potentiell infekgefährdeten Veränderungen:
 - Konservative Therapie inklusive einer individuell angepassten intensiven Mundpflege und vorsichtige Zahnreinigung
 - Frühzeitig exakte endodontische Therapie bei avitalen Zähnen
- d) Falls Operationen erforderlich: Eingriffe grundsätzlich durch einen MKG-Chirurgen, Oralchirurgen oder einen mit dem Krankheitsbild vertrauten Zahnarzt unter den gleichen Kautelen wie nach einer tumortherapeutischen Bestrahlung im Kopf-Halsbereich:
 - Möglichst atraumatische Operationstechnik
 - Systemische antiinfektive Prophylaxe einen Tag vor dem operativen Eingriff bis zum Abschluss der primären Wundheilung (bis zur Nahtentfernung am 10. postoperativen Tag)Keine Sekundärheilung wie bei den dentoalveolären Eingriffen sonst üblich (Zahnextaktionen!), sondern plastische Deckung der Wundareale oder adaptierende Nähte zur Verkleinerung der Wundfläche. Ggf. epiperiostal präparierte Lappen für die plastische Deckung zur Vermeidung einer weitergehenden Minderung der periostalen Nutrition
- e) Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer BP-induzierten Kiefernekrose (freiliegende Knochen, Fisteln etc.), sollte die Weiterbehandlung durch einen MKG-Chirurgen oder eine Fachklinik für MGK-Chirurgie erfolgen.

Wir haben o. g. Patienten bereits ausführlich über sein Krankheitsbild informiert und möchten Ihnen diesen kleinen „Leitfaden“ bei der Weiterbehandlung empfehlen. Für Rücksprachen stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.