

Behandlungspfade „Onkologisches Zentrum“  
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

# Zahnprotektive Maßnahmen

Stand Mai 2019

Autoren:  
Dr. Dr. Teltzrow, Dr. Laepple, Dr. Bertram, Fr. Gkoukoulia  
13.05.2019

Überprüft:  
Prof. Dr. Maschmeyer, Dr. F. Winkelmann  
15.07.2019

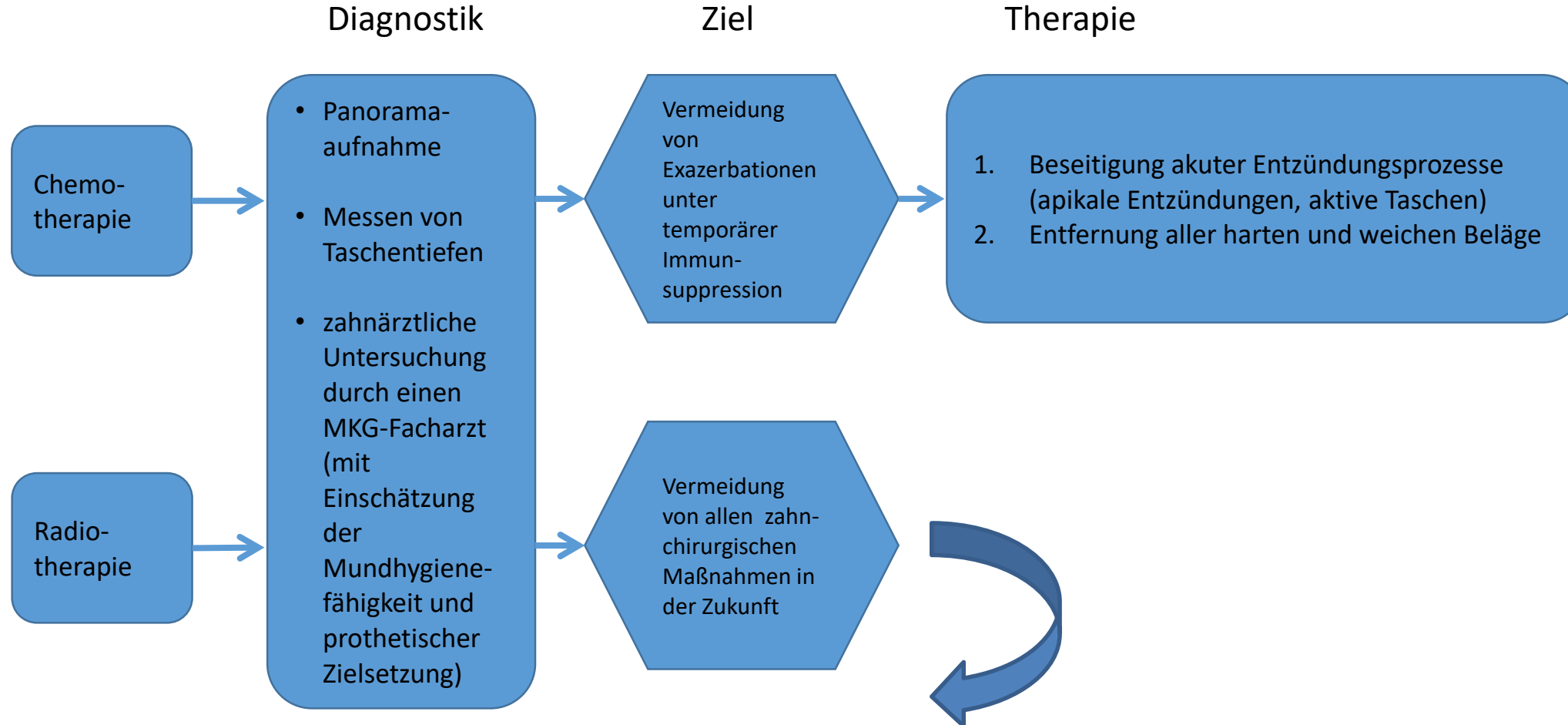
Freigabe:  
Dr. Dr. Teltzrow, Prof. Dr. Maschmeyer  
13.08.2019

# Behandlungspfade „Onkologisches Zentrum“ Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

## Quellen:

- Stellungnahme der DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), DEGRO (Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, Medizinische Physik und Strahlenbiologie), DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung); Stand 09/2002
- Dr. Dorothea Riesenbeck, Dr. Johann Beck-Mannagetta, „Patienten unter Tumorthherapie: Intensive Betreuung der Mundhöhle“, Teil 2: Systemtherapie und Nebenwirkungen, Prophylaxe Journal 1, 2016
- Klinik und Poliklinik für Radio-Onkologie UniversitätsSpital Zürich, Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie UniversitätsSpital Zürich, „Empfehlung für die Zahnsanierung vor intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT), UniversitätsSpital Zürich (USZ)-Richtlinien-Anpassung, Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol 117: 6/2007
- Kielbassal( Hrsg.) A. M., „Strahlentherapie im Kopf-und Halsbereich“, Implikationen für Zahnärzte, HNO-Ärzte und Radiotherapeuten, Schütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004
- Epstein et al., „The relationships among fluoride, cariogenic oral flora, and salivatory flow rate during radiation therapy“, Oral Medicine 1998
- Spak et al., „Caries Incidence, Salivatory Flow Rate and Efficacy of Fluoride Gel Treatment in Irradiated Patients“, Caries Research, 02/1993
- Joyston-Bechal et al. „Caries Indices, Mutans Streptococci and Lactobacilli in Irradiated Patients during a 12-Month Preventive Programme Using Chlorhexidine and Fluoride“, Caries Research 02/1992

## Vor Radiatio und oder Chemotherapie



## Vor Radiatio

### Einteilung der Patienten in 4 Gruppen:

1. Zahnlose Patienten ohne enorale Weichteil-Knochen-Wunden
2. Patienten mit konservierend nicht sanierbarem Status
3. Patienten mit konservierend therapierbarer Karies und Zahnfleischtaschen < 3 mm Sondierungstiefe
4. Patienten ohne aktuelle kariöse Läsionen und sehr gute Mundhygiene

Keine Vorbehandlung

1. Abtragung scharfer Knochenkanten/Zahnkanten/Prothesenkanten
2. Chirurgische Sanierung persistierender Epitheldefekte (Mukosaläsion)

Totalsanierung

1. Entfernung aller Zähne

selektive Zahnentfernung

1. Entfernung aller harten und weichen Beläge
2. Abtragung scharfer Knochenkanten/Zahnkanten/Prothesenkanten
3. Chirurgische Sanierung persistierender Epitheldefekte (Mukosaläsion)
4. Fluoridierungsschiene anfertigen
5. Bei Ausgedehnten metallischen Versorgungen -> Schleimhautretraktionsschienen (müssen schon zur Bestrahlungsplanung vorhanden sein, zurückhaltende Indikationsstellung)
6. Prophylaktische Entfernung von Zähnen mit schlechter Prognose (Zähne mit starkem Knochenabbau, unvollständigen Wurzelfüllungen, fortgeschrittene Karies, Teilretinierung)

keine Zahnextraktion

1. Entfernung aller harten und weichen Beläge
2. Fluoridierungsschiene anfertigen

Schienen Therapie: Schienen dienen als Medikamententräger für fluoridhaltige Gele

- Anfertigung durch MKG-Praxis
- bei Patienten mit metallischen Rekonstruktionen oder großen metallhaltigen Füllungen, die im Strahlenfeld liegen -> Gestaltung der Schiene als Retraktionsschiene, d.h. dickere Schiene, die die Schleimhaut von der metallischen Oberfläche fernhält und damit mukosale Strahlenschäden mindert
- Einsetzen für 5-10 Minuten nach dem abendlichen Zähne putzen

## Während und nach Radiatio und oder Chemotherapie

### Während

### Nach

Chemo-  
therapie

- Mukositisprophylaxe mit Mukositisspüllösung (Hydrocortisonacetat-Suspension 0,5 % mit Lidocainhydrochlorid und Dexpanthenol - NRF: 7.14)
- Karenz externer Noxen (Alkohol/ Nikotin vermeiden)

- Karenz externer Noxen (Alkohol/ Nikotin vermeiden)

Radio-  
therapie

- Schleimhautretraktoren bei Patienten mit metallischen Restaurationen im Mund, wie Kronen und Brücken (Kunststoffschiene 3-5 mm Dicke)
- Fluoridierungsschiene, lokale Fluoridapplikation tgl. nach der Zahnreinigung für 5 bis 10 Minuten, alternativ Spülung mit Fluoridlösung bei Schmerzhaftigkeit durch ausgeprägte Mukositis
- Strenge Prothesenkarenz unter der Bestrahlung
- Mukositisprophylaxe mit Mukositisspüllösung (Hydrocortisonacetat-Suspension 0,5 % mit Lidocainhydrochlorid und Dexpanthenol - NRF: 7.14)
- Karenz externer Noxen (Alkohol/ Nikotin vermeiden)
- Trismusprophylaxe (Spatelübungen, Therabite-Trainingsgerät, physiotherapeutische Maßnahmen)

- Tgl. Fluoridapplikation durch Fluoridierungsschiene lebenslang fortführen
- Prothesenkarenz (3-6 Monate)
- Ggf. implantatgetragene prothetische Rehabilitation nach 12 Monaten
- bei Operationen post radiationem:
  - perioperative, systemische antiinfektive Prophylaxe (z.B. Amoxicillin), spätestens 24 Stunden vor OP
  - atraumatische Zahnentfernung möglichst ohne Osteotomie
  - Abtragen aller Knochenkanten
  - mehrschichtige plastische Deckung
- Glandosane neutral Spraydose bei Bedarf (künstlicher Speichel)

Behandlungspfade „Onkologisches Zentrum“  
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

# Zahnprotektive Maßnahmen

Stand Mai 2019

Autoren:  
Dr. Dr. Teltzrow, Dr. Laepple, Dr. Bertram, Fr. Gkoukoulia  
13.05.2019

Überprüft:  
Prof. Dr. Maschmeyer, Dr. F. Winkelmann  
15.07.2019

Freigabe:  
Dr. Dr. Teltzrow, Prof. Dr. Maschmeyer  
13.08.2019