

Bisphosphonate zur Osteoporose-Therapie

Bisphosphonate (BP) hemmen den Knochenabbau und erhalten dadurch die Knochenstruktur und -festigkeit. BP werden daher häufig zur Behandlung gutartiger Knochenerkrankungen wie z.B. der Osteoporose und des Morbus Paget eingesetzt.

Große klinische Studien belegen, dass eine Bisphosphonat-Therapie bei Osteoporose auf der Grundlage einer Calcium- und Vitamin D-Basis-Therapie eine etwa 50 %ige Senkung des Knochenbruchrisikos (insbesondere von Wirbelbrüchen) nach einem 3-jährigen Behandlungszeitraum bewirkt.

Selten, bei etwa 1:10.000 bis 1:100.000 Osteoporosepatienten, wird unter einer BP-Therapie einmal eine sogenannte Kiefernekrose beobachtet. Diese bei Osteoporosepatienten unter Bisphosphonaten seltenen Veränderungen entstehen auf dem Boden einer vorbestehenden chronisch entzündlichen Veränderung im Zahn-Kieferbereich, in der Regel bei einer apikalen oder marginalen Parodontitis, bei Zahnwurzelresten oder Prothesendruckstellen oder auch in Folge einer ungenügenden Zahn- und Mundpflege. Eher etwas häufiger können diese Veränderungen bei Patienten mit Diabetes mellitus oder mit einer zusätzlichen Glukokortikoid-Dauertherapie (= Cortison-Dauerbehandlung) auftreten. Eine jährliche zahnärztliche Routinevorsorgeuntersuchung wird wie bei jedem Patienten auch bei den Patienten mit einer Osteoporose empfohlen. Eine Bisphosphonatbehandlung bei Osteoporosepatienten ist kein Hindernis für eine zahnärztliche Versorgung einschließlich erforderlicher Zahnextraktionen oder der Applikation von Zahnimplantaten, bei der Beachtung der üblichen mundhygienischen Voraussetzungen und Empfehlungen.

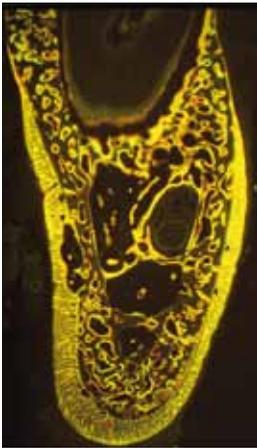
Bisphosphonate bei Knochenmetastasen, Knochentumoren oder multiplem Myelom

Bei der BP-Therapie bei tumorbedingten Knochenläsionen (Knochenmetastasen) und Tumorosteolysen werden im Vergleich zur BP-Therapie bei Osteoporosepatienten wesentlich höhere Bisphosphonatkonzentrationen und kürzere Behandlungsintervalle (in der Regel monatlich) eingesetzt. BP hemmen in diesen Fällen den tumorbedingt gesteigerten Knochenabbau, wodurch das Auftreten von Knochenbrüchen oder erhöhten Serumcalciumspiegeln (Hypercalcämie) reduziert oder vermieden werden. Klinische Studien haben zudem gezeigt, dass BP das Größerwerden und das Neuaufreten bei Knochenläsionen z.B. bei Brustkrebs oder bei einem Multiplen Myelom nach einer in der Regel 2-jährigen Behandlungsdauer reduzieren.

Bei den so behandelten Tumorpatienten kommt es auf dem Boden der Tumorerkrankung und der erforderlichen Tumorthherapie, der dadurch häufig reduzierten Abwehrlage und gelegentlich auch einer ungenügenden Mundhygiene oder bei vorbestehenden entzündlichen Veränderungen am Zahnhalteapparat in 1-10 % der Patienten zu dem Auftreten von sogenannten BP-assoziierten Kiefernekrosen (= nicht mundschleimhautbedeckte Knochenareale im Kieferbereich ohne Heilungstendenz über 8 Wochen). Daher wird allen Tumorpatienten vor dem Start der BP-Behandlung eine zahnärztliche Sanierung dringend empfohlen. Zahnimplantate sind bei diesen Patienten kontraindiziert. Tritt eine Kiefernekrose bei diesen Tumorpatienten unter einer Bisphosphonatbehandlung auf, sollte ein zahnärztlich-kieferchirurgisches Konsil erfolgen; Zahnextraktionen sind zu vermeiden (statt dessen z.B. Wurzelbehandlungen) und eine Optimierung der Mundhygiene evtl. auch eine antibiotische Behandlung sollte in Absprache erfolgen. Die Fortsetzung der Bisphosphonatbehandlung ist hämato-onkologisch erneut zu beurteilen.

Weitere mögliche Risikofaktoren für das Auftreten einer Kiefernekrose bei diesen Patienten sind möglichst zu beseitigen oder wenigstens zu reduzieren (Alkohol- und Nikotin, immunsupprimierende z.B. Glukokortikoid- oder chemotherapeutische Behandlungen, intraorale Traumata wie Zahnextraktionswunden oder Parodontalbehandlungen und Mundschleimhautläsionen z.B. durch mangelhaften Prothesensitz).

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden bei Tumorpatienten mit einer BP-Therapie mindestens einmal jährlich empfohlen. Schmerzen im Kieferbereich oder schmerzlose Läsionen (z.B. Aphthen oder intraorale Knochenexposition ohne Schleimhautbedeckung) sollte der Patient stets sofort zahnärztlich oder kieferchirurgisch abklären lassen.



Unterkiefer mit Zahn im Querschnitt – Knochenumbau

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Kasperk

Sektionsleiter Osteologie
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Innere Medizin I und Klinische Chemie
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

Terminvereinbarungen:

Osteologisch-Endokrinologische Ambulanz
Innere Medizin I und Klinische Chemie
Telefon: 06221/56-8787



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Bisphosphonat-Therapie

Hinweise für Ärzte und Patienten

