

Betreff: Kostenübernahme bei Behandlungen von Zahn- und Kieferschäden nach Tumortherapie im Gesichtsschädel-Halsbereich.

Patienten mit malignen Tumoren im Bereich der Nasennebenhöhlen, der Speicheldrüsen (Gl. parotis, gl. submandibularis), des Mundbodens, der Zunge (inkl. Zungengrund), des Naso-, Oro- und Hypopharynx werden einer chirurgischen Resektion zugeführt, verbunden mit einer Hochvolt-Radiotherapie in Abhängigkeit des Tumorstadiums. Diese postoperative konsolidierende Strahlentherapie wird bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten zur Anhebung des radiotherapeutischen Effektes mit einer zytostatischen Chemotherapie ("Radiosensibilisierung") kombiniert

Eine alleinige (= definitive) hochdosierte Strahlentherapie (ggf. plus Chemotherapie) erfolgt in Abhängigkeit der funktionellen, allgemeinmedizinischen und histopathologischen Inoperabilität.

Bei der Tumorchirurgie erfolgt die Operation organüberschreitend zur Erzielung einer makroskopischen wie auch mikroskopischen Radikalität, verbunden mit primären und sekundären Eingriffen im Bereich des Kiefers, des Zahnhalteapparates und der Zähne.

Bei der postoperativen wie auch primären Strahlentherapie wird die Primärtumorregion mit radioonkologisch definierten Sicherheitssäumen unter Einschluß des loko-regionalen Lymphabflußgebietes (beidseits zervikal bis supraklavikulär) bestrahlt, so dass zwangsläufig zahntragende und/oder zahnlose Kieferanteile und/oder Speicheldrüsenewebe im direkten oder indirekten Strahlengang liegen.

Folgen aus den tumorchirurgischen und insbesondere radiotherapeutischen Behandlungen sind Unterkieferatrophie, progrediente Karies bis Zahnverlust mit parodontotischen Begleitreaktionen.

Wird ein Prothesenträger einer postoperativen oder alleinigen Strahlentherapie zugeführt, darf er während der 6 - 8 wöchigen Therapiephase keine Zahnprothese tragen, da enorale Infektionen durch therapieinduzierte Stomatitis und Mukositis Vorschub geleistet wird.

Die posttherapeutische Erholungsphase dauert bis zum Abklingen der akuten Nebenwirkungen ca. Wochen. Während und nach abgeschlossener Strahlentherapie bis präzise 6 Monate nach der Gesamtbehandlung kommt es zu einer Strahlentherapie- und inaktivitätsbedingten Unterkieferatrophie.

Die Wiederverwendung der prätherapeutischen Teil- oder Vollprothese führt zwangsläufig zu Druckulzerationen (bis Osteomyelitis), die keine Chance zur Abheilung haben durch die strahlenbedingten hypovasculären-hypozellulären-hypoxischen Gewebsreaktionen.

Konsequenz ist die Anfertigung eines neuen zahnprothetischen Ersatzes, verbunden mit engmaschigen zahnärztlichen Kontrollen des Prothesensitzes.

Ab Erreichen einer kumulativen Strahlendosis von 40 Gy bei Applikation einer typischen tumorziden Dosis von 50 - 72 Gy - in Abhängigkeit von Resektionsstatus, Histologie und Grading - wird die Speichelproduktion und -qualität (Abnahme des pH-Wertes) nachhaltig beeinflusst. Folge ist eine Hyposalie oder Xerostomie, die über Monate bis Jahre oder zeitlebens anhält.

Als Folge der Xerostomie tritt schon nach wenigen Monaten Karies mit Begleit-Parodontitis und konsekutiver Lockerung des Zahnhalteapparates. Die Karies beginnt mit Entkalkung des Zahnschmelzes an den Zahnglatflächen oder Schneidekanten und -höckern und führt zur zirkulären Erweichung und Auflösung des Dentins, so dass es zur Fraktur der Zahnkrone kommt. Bei Xerostomie findet keine Remineralisation statt. Diese Vorgänge betreffen sämtliche Zähne, nicht nur den zahntragenden Kieferabschnitt, der direkt im Bestrahlungsfeld lag. Durch die Zerstörung der klinischen Krone ist die prothetische Versorgung der betroffenen Patienten nach erfolgter hochdosierter Strahlentherapie nicht zu umgehen.

Wir bitten deshalb höflichst aus o.g. Gründen die Kosten für notwendig werdende zahnärztliche Behandlungen, verbunden mit teii- oder vollprothetischem Zahnersatz bei Ausschöpfung bzw. Unmöglichkeit einer konservativen Zahnerhaltung bei den betroffenen Patienten zu übernehmen.