



Onkologie in der Zahnmedizin:

Früh erkannt – selten genug

Meldungen wie „Volkskrankheit Krebs“ oder die Debatte um einen bundesweiten Krebsregister, der jetzt gestartet ist, sowie Angelina Jolies öffentliche Bekanntmachung über ihre Brustamputation - das Thema Krebs ist fast täglich in den Medien. Aber wie sieht es eigentlich in der Zahnmedizin aus und was tut sich in der Forschung?

Die Liste der Hollywood-Promis ist lang, die Ihre Krebserkrankung oder die naher Angehöriger öffentlich machen: James-Bond-Darsteller Pierce Brosnan, der seine Frau und Stieftochter an Krebs verlor, Michael Douglas, der über seinen Kehlkopfkrebs spricht, Angelina Jolie, die sich präventiv die Brüste hat abnehmen lassen oder zuletzt Dustin Hoffman, der seine Erkrankung öffentlich gemacht hat. Medientauglich wird die Volkskrankheit Krebs immer wieder in die Öffentlichkeit getragen.

In Deutschland erkranken jedes Jahr fast eine halbe Million Menschen an Krebs. Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs die zweit häufigste Todesursache in Deutschland - soweit die nüchternen Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Zu den häufigsten Krebstodesursachen zählt bei Männern Lungenkrebs gefolgt von Darmkrebs und Prostatakrebs. Bei den Frauen sind es laut dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, Brust-, Lungen- und Darmkrebs. Allerdings unterscheiden sich die häufigsten Krebserkrankungen von Kontinent zu Kontinent.

Zentrale Sammelstelle

Lange wurde in Deutschland über ein einheitliches Krebsregister gesprochen, im Juli hat nun der Aufbau eines bundesweiten Registers begonnen. Dort sollen alle Informationen aus Deutschland zusammenlaufen: der Beginn einer Erkrankung, Informationen zur Behandlung und Rückfälle der Patienten

sowie Überlebensrate. Die Daten sollen dazu beitragen, die Versorgung der Krebspatienten in Deutschland zu verbessern.

Individuelle Krankheit – individuelles Medikament

Im Zusammenhang mit Krebserkrankungen wird auch immer wieder von personalisierter Medizin und Gendiagnostik, die auf vererbliche Risikofaktoren schaut, gesprochen. Personalisierte Medizin bedeutet, dass bei einer medikamentösen Therapie nicht nur auf die Krankheitsdiagnose geschaut wird, sondern zusätzlich auf genetische, molekulare und zelluläre Besonderheiten des Patienten, die die Wirksamkeit, Verträglichkeit oder Dosierung eines Medikamentes beeinflussen können. Laut Verband der forschenden Arzneimittelhersteller, werden derzeit etwas mehr als 25 Medikamente personalisiert eingesetzt. So soll eine Therapie optimal wirksam und wenig belastend für den Patienten sein und ermöglicht eine zielgerichtete Behandlung von Krebspatienten. Aussichtslose Therapieversuche und Nebenwirkungen sollen so eingeschränkt werden. Das Pharmaunternehmen Bayer forscht unter anderem in diese Richtung. Denn Krebspatienten reagieren auf die gleiche Therapie oft unterschiedlich, wie es im Magazin „research“ von Bayer heißt. Die Biomarkerdiagnostik soll Hinweise für eine personalisierte Therapie liefern, denn sie charakterisieren das individuelle molekulare Profil eines Krebspatienten, heißt es weiter bei „Bayer research“. Das Ziel der For-

scher sei, durch eine Erbgutanalyse ein detailliertes genetisches Profil des Tumors zu bekommen und darauf die Therapie künftig abzustimmen.

Angelinas Gene

Wie Gene und Krebs zusammenspielen ist jüngst im Fall von Angelina Jolie durch die Medien gegangen. Im Falle von Brustkrebs gibt es zwei Gene (BRCA 1 und BRCA 2), die die Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu erkranken erhöhen. Liegt in einem dieser Gene eine Mutation vor, haben nachzeitigem Kenntnisstand bis zu acht von zehn der Träger eine Brustkrebs-erkrankung zu erwarten, wie es im Krebsinformationsdienst zu Brustkrebs und Genen des Deutschen Krebsforschungszentrum steht. Ist ein familiäres Krebsrisiko vorhanden, kann ein Gentest vorgenommen werden, da die Gensequenzen bekannt sind und auf diese Mutation das Erbgut untersucht werden kann. Ob je nach Ergebnis eine Frau sich operieren lässt, wie im Falle von Angelina Jolie, oder ob Frauen mit einem genetischen Risiko an einer besonders intensiven Früherkennung teilnehmen, ist eine persönliche Entscheidung.

Wo Frauen gelernt haben regelmäßig zur Vorsorge zu gehen, fehlt dies im Bereich der Mund- und Rachenkarzinome. Zum Zahnarzt geht man zur Kontrolle der Zähne, aber selten zur Krebsvorsorge.

Obwohl es auch hier wichtig ist. Im Bereich Mundhöhlen- und Rachenkarzinome gibt es laut Statistik des Robert-Koch-Instituts etwa 13.000 Neuerkrankungen im Jahr. Rund die Hälfte der Betroffenen überlebt kaum länger als fünf Jahre. „Vor allem Männer sind betroffen, hier liegen Mundhöhlen- und Rachenkrebs an 5. Stelle bei den Krebs-Neuerkrankungen, bei Frauen liegt diese Krebsform an 15. Stelle“, berichtet Prof. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Der Grund, warum mehr Männer erkranken liegt an den Risikofaktoren: Rauchen und Alkohol und besonders die Kombination aus Beidem. „Das Auftreten von Krebs in der Mundhöhle konzentriert sich auf bestimmte Risikogruppen, die zudem selten den Zahnarzt aufsuchen“, sagt Oesterreich.

Seltener Anblick

Ein Zahnarzt sieht in seiner Praxis allerdings höchstens alle paar Jahre einmal einen Fall von Mundhöhlen- oder Rachenkarzinom. Zahnärzte sollten jedoch bei Risikopatienten genau hinschauen, so Oesterreich. Denn eine Veränderung zu erkennen ist laut Oesterreich in der Praxis recht einfach, es müsse nur regelmäßig und gründlich die gesamte Mundhöhle und der Rachenbereich kontrolliert werden – diese Untersuchung wird in der Regel im Rahmen der halbjährlichen Kontrolluntersuchung durchgeführt. „Es ist wichtig, ein Karzinom beziehungsweise auffällige Veränderungen besonders früh zu erkennen, weil dann die Chancen für einen positiven Behandlungsverlauf am besten stehen“, sagt Oesterreich.

„Bei einem Verdachtsfall sollten Patienten umgehend an einen Spezialisten verwiesen werden, am besten an einen Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen“, so der BZÄK-Vizepräsident.

Service-Angebot der DGZMK

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) bietet außerdem seit dem Jahr 2008 Zahnärzten einen Service zur genauen Mundschleimhaut-Diagnostik an: Zahnärzte können Fotos eines Befundes an die DGZMK

schicken und diese senden es an Experten, die auf die Erkrankung der Mundschleimhaut spezialisiert sind, und der Zahnarzt erhält im Anschluss eine Verhaltensempfehlung oder eine Arbeitsdiagnose. Laut DGZMK diagnostiziert ein Zahnarzt rein statistisch gesehen nämlich nur 0,18 neue Fälle von Mundhöhlenkarzinomen im Jahr. „Dieser Service wird gut genutzt. Die Anfragen liegen im unteren Dreistelligen Bereich,“ sagt Markus Brakel, Pressesprecher der DGZMK.

„Leider wenden sich mehr als zwei Drittel der Betroffenen erst im fortgeschrittenen Stadium an einen Zahnarzt oder Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Die späte Diagnose führt zu

„Zum Zahnarzt geht man zur Kontrolle der Zähne, aber selten zur Krebsvorsorge“

einer aufwendigen Therapie durch verschiedene Fachrichtungen. Hier ist die Aufklärung der Bevölkerung enorm wichtig“, sagt Oesterreich.

Im Zahnmedizinstudium aber auch später in der Fortbildung muss das Thema Mundhöhlen- und Rachenkarzinome immer wieder einfließen. Der Zahnarzt ist gefordert, diese Diagnostik in der täglichen Praxisroutine konsequent umzusetzen. Die Versorgungsforschung hat sich ebenso diesem Thema zugewandt und kann in absehbarer Zeit weitere Empfehlungen geben, so der BZÄK-Vizepräsident.

Kampagne soll Aufklärung bringen

Eine regionale Aufklärungskampagne ist im letzten Jahr in Schleswig-Holstein gestartet: „Gemeinsam gegen Mundkrebs in Schleswig-Holstein“ und geht vorerst zwei Jahre. Mit dieser Kampagne soll die Bevölkerung auf das Thema Mundkrebs aufmerksam gemacht werden. Die Idee dazu entstand, da sich Diagnostik und Therapie bei dieser Tumorentität ständig verbessert haben, die Betroffenen sich aber erst im fortgeschrittenen Tumorstadium vorstellen, so die Initiatorin, PD Dr. Katrin Hertrampf in einer Mitteilung des DGZMK. „So lag die Vermutung nahe, dass die Bevölkerung diesen Tumor nur ungenügend kennt und somit auch Anzeichen, Symptome, mögliche Risikofaktoren, aber auch Präventionsmöglichkeiten nicht bekannt sind“, so Hertrampf. Aber auch Zahnärzte sollen für dieses Thema mit der Kampagne sensibilisiert werden. Ziel ist es, die Anzahl der Mundkrebserkrankungen zu reduzieren und die Überlebenschancen zu erhöhen, so die Initiatorin. Um den Blick für Mundkrebserkrankungen zu schulen, bietet die Zahnärztekammer regelmäßige Fortbildungen an. Diese Präventionskampagne hat bundesweiten Modellcharakter, so Prof. Henning Schliephake, Präsident der DGZMK.

Kerstin Mitternacht, freie Journalistin

Dass Krebs immer wieder in die Bevölkerung getragen wird, sei es durch Aufklärungskampagnen oder auch Prominente, kann dazu beitragen, dass die Öffentlichkeit sensibilisiert wird und so möglichst früh Krebs erkannt und behandelt wird und die Überlebenschancen sich damit erhöhen. Mehr unter: <http://www.mundkrebs.info/index.php>



Im Interview: Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann,
Heidelberger Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

„Die Akzeptanz fehlt“

Die „Volkskrankheit Krebs“ spielt im Mundraum eine große Rolle. Dies wird auch den Studenten der zahnmedizinischen Fakultäten nahe gebracht. Doch wie geht es weiter? Reicht das Wissen aus Studienzeiten später am Stuhl noch aus, wenn ein Patient mit einem Tumor im Frühstadium auf dem Stuhl sitzt? Gegenüber diesem Magazin bezieht der medizinische Experte Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann, der in Heidelberg täglich Patienten mit Tumorerkrankungen im Mundraum operiert und behandelt Stellung zum aktuellen Stand von Therapie und Diagnostik.

DFZ: Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts Berlin erkranken jährlich etwa 13.610 Menschen neu an einer Krebserkrankung der Mundhöhle und des Rachens. Wie ordnen Sie diese Zahl im Vergleich zu jährlich insgesamt 490.000 Krebsneuerkrankungen ein?



VITA

Univ.-Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann

Jürgen Hoffmann hat nach dem Human- und Zahnmedizinstudium in Tübingen seine Ausbildung zum MKG-Chirurgen 1997 an der dortigen Universitätsklinik abgeschlossen und wurde 1999 habilitiert. Seit 2000 ist er Fellow des European Board of Oro-Maxillofacial Surgery, 2001 hat er die Zusatzbezeichnung für Plastische Operationen erlangt und wurde als Fachzahnarzt für Oralchirurgie anerkannt. Er leitet seit dem 1. September 2010 die Heidelberger Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Seine klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeitsschwerpunkte liegen im Bereich der komplexen Rekonstruktionen, der bildatengestützten Implantologie und Tumorchirurgie sowie der chirurgischen Versorgung von Hochrisikopatienten.

red

» **Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann:** Was wir in den letzten Jahren auf jeden Fall beobachten müssen, ist eine deutliche Zunahme der Krebsneuerkrankungen bei jungen Patienten, bei weiblichen Patienten und bei Patienten, die nicht rauchen und nicht trinken. Das Robert-Koch-Institut macht nur orientierende Angaben. In Deutschland gibt es ja noch kein flächendeckendes und umfassendes Krebsregister.

DFZ: Die Deutsche Krebshilfe führt diese Zahl an ...

» Woher sollen die die Zahl haben, wenn es in Deutschland kein Krebsregister gibt? Uns fehlen leider nach wie vor genaue Angaben.

DFZ: Ihre Forderung wäre dann also das Krebsregister?

» Wir brauchen ein zentrales Krebsregister, wie es sie in den Neuen Bundesländern gibt. Dann wird uns auch eine genauere Einschätzung gelingen.

DFZ: Worauf führen Sie die Zunahme von Krebsneuerkrankungen bei jungen Patienten zurück?

» Was immer wieder in der Diskussion steht, ist die HPV-(Humane Papillomviren) Infektion, wobei diese für die Mundhöhle sicherlich nur eine marginale Bedeutung hat. Was wir bei diesen Patienten sehen, ist eine immunologische Disposition, die man heute aber noch nicht umfassend versteht. Auf der anderen Seite werden wir alle älter, so dass sie heute einen Tumor bekommen, wo sie ihn früher noch nicht bekommen haben. Über 80jährige Patienten mit Mundhöhlentumoren, das nimmt deutlich zu.

DFZ: Wie gut kann man diese Krebsform in Deutschland heute behandeln und wie haben sich die Therapiemöglichkeiten in den vergangenen Jahren verändert?

» Diese Krebserkrankung kann man sehr gut behandeln. Der „Flurschaden“ ist aber dann geringer, wenn man gerade bei Risikopatienten Tumoren früh in der Mundhöhle entdeckt. Dann hat man ein gutes Ergebnis, was das Langzeitüberleben angeht, und ein gutes Ergebnis, was die Funktion angeht.

DFZ: Können Sie das ein wenig ausformulieren?

» Der Tumor, im Kleinen entdeckt, ist natürlich viel einfacher zu behandeln als ein riesiger Tumor, der schon mehrere Mundhöhlenabschnitte betrifft.

DFZ: Inwiefern kann die plastische Chirurgie da greifen?

» Die plastische Rekonstruktion ist ganz essentiell. Wir führen in unserer Klinik ausgedehnte und komplexe Rekonstruktionen durch. Den Defekt, der durch die Tumorentfernung entsteht, muss man auch mit den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie versorgen können.

DFZ: Der letzte Stand der Forschung im Bereich der Tumoren im Mundraum?

» Die Innovation ergibt sich daraus, dass man heute sehr individualisiert behandeln kann. Wir haben ein großes Portfolio an Behandlungsmöglichkeiten. Heute können wir mit verbesserter Diagnostik und einer Kombinationen aus unterschiedlichen Therapien sehr gute Ergebnisse erzielen.

DFZ: Wird die Diagnostik von Tumoren im Mundraum im zahnmedizinischen Curriculum aus Ihrer Sicht ausreichend abgedeckt?

» Ja, also die, die chirurgische Lehre machen, machen das an und für sich schon! Die Studierenden sehen ja auch sehr viele Patienten bei uns, sie sehen die Patienten mit ihren Tumoren, mit ihrer Behandlung und das Ergebnis. Das ist schon recht umfangreich abgedeckt. Gleichwohl, was wir bräuchten, wäre ein Update für die niedergelassenen Kollegen, denn das Wissen hat eine kurze Halbwertszeit. Der Zahnarzt muss unbedingt in die Frühdiagnostik mit eingebunden werden.

DFZ: Das Wissen lässt mit der Zeit nach?

» Man muss das Wissen schon immer wieder dafür schulen, wie ein Tumor aussieht, das ist das eine, und dass ich als Zahnarzt auch frühzeitig einen MKG-Chirurgen mit einbinde.

DFZ: Fehlt der interkollegiale Austausch?

» Mein Erleben ist, dass wenn wir solche Veranstaltungen anbieten, die Akzeptanz fehlt. Mit der Weiterbildung, einen Tumor früh zu erkennen, ist nicht viel Geld verdient.

DFZ: Ja?

» Wenn Sie im einen Saal Implantologie anbieten und im anderen Saal die Früherkennung von Tumoren, dann gehen 80 bis

90 Prozent der Kollegen zu den Implantaten, weil man damit das Geld verdienen kann. Es wäre schön, wenn wir hier die Zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen mehr interessieren könnten. Auch die Diagnostik und Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen ist Inhalt der Zahnheilkunde.

DFZ: Was ist mit der Nachsorge?

» Das machen wir alles hier. Das ist nicht zu verantworten, das aus der Hand zu geben. Der Patient benötigt vor allem eine kontinuierliche Betreuung.

DFZ: Wie ist die Situation in den Alters- und Pflegeheimen?

» Wir haben jetzt eine Patientin operiert, die war hundert. Die Patientin hatte einen großen Hautkrebs an der Schläfe gehabt, leider sehr spät behandelt. Immerhin hat sie ihren Hunderten bei uns verbracht und erfreut sich nun bester Gesundheit.

DFZ: Die Patienten kamen aus dem Pflegeheim?

» Genau! So haben wir immer wieder Patienten, wo im Pflegeheim gesagt wurde: „Ach, die alte Oma, die kann man eh nicht mehr operieren!“ und dann wächst der Tumor vor sich hin.

DFZ: Oben der Tumor und unten Dekubitus...

» Genau. Der Standpunkt „Das lohnt sich eh nicht mehr!“, ist falsch. Bei älteren Patienten muss man operieren, damit der Tumor nicht weiter und weiter wächst, denn ein Tumor kann schon sehr groß werden, bevor ein Patient daran stirbt.

DFZ: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Krebs in der Mundhöhle und Rauchen. Sollte die Zahnärzteschaft mehr tun, mehr Aufklärung betreiben?

» Das würde man sich wünschen, dass sich die Zahnärzte mehr einbringen, aktiv Patienten einbestellen oder einen Mundhöhlenkrebstag initiieren. Es wäre schon schön, wenn die Körperschaften auf uns zukämen. Ich bin in vielen Onkologischen Fachgruppen assoziiert, bei denen die Zahnärzte meist außen vor sind.

Die Fragen stellte Eva Britsch



Kommentar

Verantwortung übernehmen

Was macht den Mann zum Mann? In der guten alten Zeit durfte er Verantwortung für sich und sein Leben zu übernehmen. Hieß oft: Freiheit leben. Die Werbeindustrie übersetzte in den 50er Jahren den männlichen Freiheitsdrang geschickt – von Wind und Wetter gegerbt, saß der Marlboro-Mann auf seinem Pferd, einzig der Glimmstängel spendete ihm ein bisschen Wärme.

Die Figur, die Kraft und Männlichkeit vermittelte, kam prima an. In Reihenhäuser gesperrte Bürohengste kauften sich Zigaretten und fühlten sich ein bisschen wie der Cowboy, wenn sie auf die heimische Terrasse traten, in den Himmel schauten, dabei Nikotin saugten. Unangenehmer Nebeneffekt bis heute? Mundhöhlen- und Rachenkrebs liegen an fünfter Stelle der Krebs-Neuerkrankungen bei Männern. Die Mortalität durch diese Krebsform ist hoch, der Krankheitsverlauf psychisch belastend, schmerzhaft, oft entstellend.

„Leider wenden sich mehr als zwei Drittel der Betroffenen erst im fortgeschrittenen Stadium an einen Zahnarzt oder Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen“, bemängelt Bundeszahnärztekammerpräsident Oesterreich. Im Interview kritisiert Krebsexperte Hoffmann, dass viele niedergelassene Kollegen die Fortbildung scheuen. Wie so oft im deutschen Gesundheitswesen – mit Prävention lässt sich wenig verdienen. Mit ein Grund, warum die Krebsdiagnostik speziell in diesem Bereich vor sich hindümpelt.

Der schwarze Peter wird dabei gerne von links nach rechts geschoben: Patienten der Risikogruppe gehen selten zum (Zahn-) Arzt, dessen Auge ist nicht immer scharf genug geschult, und wenn der Patient dann endlich die Klinik erreicht, ist der Aufwand groß, oft muss die plastische Chirurgie flicken, was die Tabaklobby höhlt.

Sicher ist Rauchen nicht der einzige Grund für Wucherungen im Mund. Aber: Auch wenn das Rauchverbot in Kneipen und Passivraucherschutz inzwischen hohe Zustimmungswerte in der Bevölkerung erhalten – in Deutschland raucht ein Viertel der Bevölkerung ab 15 Jahren. Und längst sind es nicht mehr nur die Männer, die dem ungesunden Hobby nachgehen. Verantwortungsbewusst mit der eigenen Gesundheit umgehen, sieht anders aus.

Dabei kann Verantwortung übernehmen heute sehr weit gehen. Die genetisch krebsdisponierte Hollywoodschauspielerin Angelina Jolie ließ sich das Brustgewebe entfernen. Sie sagt, sie habe es „für die Familie“ getan.

Ein mutiger Schritt – und wie viel schwerer, als das Geld für Tabak zu sparen.

Eva Britsch

