

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie „Die kieferorthopädische Behandlung bei kardiologischen Risikopatienten“

Aufgrund aktueller Empfehlungen verschiedener kardiologischer Gesellschaften ist eine Aktualisierung der vorliegenden Stellungnahme erforderlich.

Von der Aktualisierung ist weniger die Art der Prophylaxemaßnahmen, als die Definition der Risikogruppen betroffen. Die bisherigen Empfehlungen erfahren damit lediglich eine Modifikation im Hinblick auf die Indikation der Antibiotikaprophylaxe. Es wird jedoch auch nicht für fehlerhaft gehalten, wenn die bisherige Praxis in Einzelfällen beibehalten wird.

Als **kardiologische Risikopatienten**, die einer Prophylaxe bedürfen, gelten jetzt Patienten mit folgenden Herzfehlern:

- Patienten mit Klappenersatz (mechanische und biologische Prothesen)
- Patienten mit rekonstruierten Klappen unter Verwendung von alloplastischem Material in den ersten 6 Monaten nach Operation
- Patienten mit überstandener Endokarditis
- Patienten mit angeborenen Herzfehlern:
zyanotische Herzfehler, die nicht oder palliativ mit systemisch- pulmonalem shunt operiert sind
operierte Herzfehler mit Implantation von Conduits (mit oder ohne Klappe) oder residuellen Defekten, d.h. turbulenter Blutströmung im Bereich des prothetischen Materials
alle operativ oder interventionell unter Verwendung von prothetischem Material behandelten Herzfehler in den ersten 6 Monaten nach Operation
- herztransplantierte Patienten, die eine kardiale Valvulopathie entwickeln

Bei Vorliegen einer dieser Diagnosen ist eine Endokarditis-Prophylaxe bei folgenden zahnärztlich-kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen angezeigt:

- Zahnextraktionen
- professionelle Zahnreinigung
- subgingivale Maßnahmen
- intraligamentäre Injektion

- Separieren vor Bebänderung
- Anpassen oder Einsetzen von Bändern (beim Kleben von Brackets nicht erforderlich)

Die Standardendokarditis-Prophylaxe bei Eingriffen im Mund- und Rachenraum 30 bis 60 min. vor dem Eingriff ist folgende:

- Amoxicillin oral oder i.v. 50 mg/kg Körpergewicht (max. 2g bei Erwachsenen)
- Bei Penicillin- Unverträglichkeit Clindamycin oral oder i.v. 20 mg/kg Körpergewicht (max. 600 mg bei Erwachsenen)
- Penicillin G oder V kann weiterhin als Alternative verwendet werden.

Wegen der Bakteriämie bereits nach dem Einsetzen von Separatoren ist eine Prophylaxe ab diesem Zeitpunkt bis zum Einsetzen der Bänder angezeigt. Unabhängig von der Möglichkeit einer Prophylaxe muss abgewogen werden, ob der Nutzen einer kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahme das aktuelle Risiko rechtfertigt oder ob eine Maßnahme mit Bakteriämie-Risiko aufgeschoben oder ausgesetzt werden kann.

Literatur:

1. Prevention of Bacterial Endocarditis:

Recommendations by the American Heart Association by the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, JAMA 1997, 277: 1794 – 1801, Circulation 1997, 96: 358 – 366 and JADA 1997, 128: 1142 – 1150.

2. Prophylaxe der infektiösen Endokarditis, Kardiologe 2007- 1: 243- 250

3. The relationship between odontogenic bacteraemia and orthodontic treatment procedures. Europ J Orthod 2002, 24: 293 – 301

(Verfasser: Prof. Dr. Dr. Gernot Göz, Universität Tübingen)