



FDI-STELLUNGNAHME

Oralkrebs

Vom FDI-Rat im Oktober 2026 bestätigt

**Überarbeitete Fassung angenommen von der Generalversammlung:
September 2015, Bangkok, Thailand**

**Überarbeitete Fassung angenommen von der Generalversammlung:
September 2008, Stockholm, Schweden**

**Originalversion angenommen von der FDI-Generalversammlung: Oktober
1998, Barcelona, Spanien**

KONTEXT

Oralkrebs stellt weltweit ein großes und wachsendes Gesundheitsproblem dar und bleibt weltweit die größte Todesursache durch Munderkrankungen. Er schließt Malignome der Lippen sowie aller Oberflächen der Mundhöhle, einschließlich der vorderen zwei Drittel der Zunge ein. Diese Krebsarten treten vornehmlich als Plattenepithelkarzinome auf und sind hoch letale, behindernde und entstellende Erkrankungen. 2012 gab es weltweit 299.051 Fälle von Lippenkrebs und Krebs der Mundhöhle sowie weltweit 145.353 Todesfälle. Hinzu kommen noch Malignome des Oropharynx und Nasopharynx, wodurch sich die Zahlen auf jährlich 441.000 Fälle und 241.458 Todesfälle erhöhen. Diese Krebsfälle weisen eine der niedrigsten 5-Jahres-Überlebensraten von nur rund 50 % auf. Die Überlebensraten verbessern sich nach und nach in gut ausgestatteten Behandlungszentren, doch viele Fälle überall auf der Welt werden zu spät behandelt und gehen schlecht aus.

Die wichtigsten Risikofaktoren für das Entstehen von Oralkrebs umfassen den Gebrauch von Tabakprodukten in allen Formen, das Kauen von Areca-/Betelnüssen, übermäßiger Konsum von Alkohol, schlechte Ernährung und anhaltende Infektionen der oberen Luft- und Speisewege durch den humanen Papillomavirus (HPV). Da dieser Virus die Hauptursache für Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses und der männlichen und weiblichen Sexualorgane ist, können Oralkrebs und das Oropharyngealkarzinom auch sexuell übertragbare Krankheiten sein. Die Vorsorge sollte sich auf angemessene Hygiene, Kontrolle der wichtigsten Risikofaktoren und die weitgehend verfügbaren HPV-Impfstoffe konzentrieren. Potenziell maligne Läsionen wie Erythroleukoplakien und Erythroplakien haben ähnliche Ursachen und können das Oralkrebsrisiko bedeutend erhöhen.

GELTUNGSBEREICH

Diese Stellungnahme liefert wichtige Informationen über die weltweite Prävalenz

von Oralkrebs, dessen Ursachen und die wichtige Rolle der Angehörigen der Mundgesundheitsberufe bei der Bekämpfung dieser ernsten lebensbedrohenden Krankheit.

DEFINITIONEN

Diese Stellungnahme betrifft alle Krankheiten des Weichgewebes der Lippen, Zunge und sonstigen Mundschleimhaut. Es wird Bezug genommen auf Neoplasien in den Mandeln und an anderen Stellen des Oropharynx. Nasopharynx und Hypopharynx werden ausgeschlossen, da diese Regionen nicht leicht in einem zahnmedizinischen Zusammenhang untersucht werden. Regionen differieren je nach Haupt-Risikofaktor und zeigen unterschiedliche Progression der Erkrankung.

GRUNDSÄTZE

Die Vorsorge, die Früherkennung und die Behandlung von Oralkrebs sind für die Reduzierung der Mortalität und Morbidität dieser ernsten Munderkrankung unerlässlich. Da Oralkrebs gemeinsame Risikofaktoren wie zum Beispiel Tabakrauchen mit vielen nicht-übertragbaren Krankheiten aufweist, ist die enge Zusammenarbeit und gemeinsame Arbeit mit anderen Medizinern/Behörden für eine wirksame primäre und sekundäre Prävention und Patientenversorgung unerlässlich. Diese Stellungnahme trägt zu den Zielen der FDI bei, „die Mundgesundheit in allen Politiken“ mit einzuschließen und den „Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung zu verbessern“.

STELLUNGNAHME

Die Mitglieder zahnmedizinischer Berufe spielen eine entscheidende Rolle in der Prävention, Früherkennung und Behandlung von Oralkrebs. Jeder Zahnarzt sollte gründlich und regelmäßig eine Routineuntersuchung seiner gesamten Patienten vornehmen, da es sich um eine wirksame Methode zur Feststellung und Diagnose von Oralkrebs handelt, insbesondere bei Risikopatienten. Angepasste Früherkennung von Oralkrebs mit entsprechender Dokumentation ist deshalb ein integrierter Bestandteil der ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübung. Bürsten-Biopsie kann als Zusatzmaßnahme zur Bestimmung von Oralkrebs im Frühstadium dienen. Zurzeit bleibt die Skalpellbiopsie die beste Diagnosemethode für Oralkrebs.

Die FDI erkennt an, dass Angehörige der zahnmedizinischen Berufe bei der Bekämpfung von Oralkrebs durch folgende Aktionen bedeutende Rollen spielen:

- Patienten und Öffentlichkeit über die wichtigsten Risikofaktoren und Risikoverhalten aufklären.
- Alle Patienten bei der Minimierung ihrer Exposition gegenüber krebserregenden Risikofaktoren unterstützen.
- Gezielte Beratung zur Raucherentwöhnung und Beratung über mäßigen Alkoholkonsum und gesunde Ernährung als Teil der routinemäßigen Mundgesundheitsaufklärung und Praxis anbieten.
- Gründliche Untersuchung der intraoralen und extraoralen Hart- und Weichgewebe zur Früherkennung von Oralkrebs für alle Patienten anbieten.
- Mit zuverlässigen und validen Diagnosetechniken auf dem neuesten Stand bleiben.
- Überweisungsprotokolle für Patienten mit verdächtigen Läsionen oder Oralkrebsdiagnose erstellen sowie effektive interdisziplinäre Behandlungsstrategien, einschließlich Sensibilisierung für psychosoziale

Netzwerke zur Patientenunterstützung, erarbeiten.

Die FDI spricht folgende Empfehlungen aus:

- Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik für Strategien zur Prävention von Oralkrebs über Integration mit besserer Gesundheitskompetenz und Mitteilungen in interdisziplinären Schulungsprogrammen.
- Spezielle Schulungsprogramme zur Früherkennung, korrekten Einschätzung und rechtzeitigen Überweisung von Patienten für eine definitive Diagnose und wirksame Behandlung sowie Nachbehandlung von Mundkrebs anbieten.
- Nationale Gesundheitspolitik sollten hinsichtlich der Empfehlungen von HPV-Impfungen die Tendenzen zum verstärkten Auftreten von Oropharyngealkarzinom durch HPV berücksichtigen.

LITERATURHINWEISE

1. Centers for Disease Control and Prevention. HPV Vaccination. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpdvac/hpv/>. Accessed 1 September 2015.
2. Ferlay J et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site_prev.asp?selection. Accessed 29 March 2015.
3. Johnson NW, Amarasinghe AAHK, Gupta B, Ariyawardana A. Epidemiology of Oral Cancer. Volume 1, Chapter 5. In Oral Cancer: a Comprehensive Approach Principles | Prevention | Treatment | Rehabilitation. Editor In Chief: Moni Abraham Kuriakose, Roswell Park Cancer Institute, Buffalo, New York. In press 2015.
4. Johnson NW et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. Adv Dent Res. 2011 May;23(2):237-46.
5. Poh C et al. Squamous cell carcinoma and precursor lesions: Diagnosis and screening in a technical era. Periodontol 2000, 2011, 57(1): 73–88.
6. Sankaranarayanan R, Amarasinghe H, Ramadas K, Johnson N, Subramanian S. Prevention, Early Detection, and Treatment of Oral Cancer. Available from: <http://www.dcp-3.org/node/1138>. Accessed 29 March 2015.
7. Shepherd S, Glenny A. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. Cochrane, 2013. Available from: http://www.cochrane.org/CD004150/ORAL_screening-programmes-for-the-earlydetection-and-prevention-of-oral-cancer. Accessed 29 March 2015.