

Piercing

Piercing ist das dauerhafte Durchbohren von Gewebe. Diese aus religiösen oder ästhetischen Gründen praktizierte Selbstverletzung hat bei vielen Naturvölkern (als Ohrschmuck auch in Europa) eine sehr lange Geschichte. Erst in den letzten 20-30 Jahren ist es auch in westlichen Industrieländern zu einer größeren Verbreitung dieser intentionellen Verletzungen besonders bei Jugendlichen gekommen. Piercings werden praktisch auf der ganzen Körperoberfläche vorgenommen, bevorzugte Regionen sind die Mamillen, das Genitale sowie Gesicht und Ohrmuscheln. So ist auch der Zahnarzt mit dieser Modeerscheinung und ihren möglichen Folgen konfrontiert.

Im und um den Mund finden sich hauptsächlich seitliche und mittige Lippenpiercings, sog. Labretpiercings und Zungenpiercings.

Lippenpiercings durchdringen als Ring das Gewebe am Übergang des Lippenrots zur Epidermis.

Labretpiercings finden sich meist in der Mitte der Kinnlippenfurche, manchmal auch in der Höhe der unteren mittleren Inzisivi. Diese Piercingform besteht aus einem Stab, der sich innen mit einer T-förmigen Platte verankert, während von extraoral verschiedene Aufsätze aufschraubbar sind.

Zungenpiercings werden als Ringe oder Stäbe unterschiedlicher Länge und Dicke vorwiegend in der medianen Zungenfurche gestochen. Auf die Enden werden meist kugelförmige Kappen aufgeschraubt.

Komplikationen können durch den Vorgang des Piercens selbst wie auch durch die Anwesenheit eines Metallfremdkörpers im Gewebe (Abgabe von Ionen) oder durch mangelhafte Sterilität hervorgerufen werden. Während bei den systemischen Komplikationen am häufigsten und gefährlichsten virale und bakterielle Komplikationen durch Piercing nachgewiesen wurden, überwiegen bei den lokalen Komplikationen mechanisch/traumatische Ursachen. Von den vielen in der Literatur beschriebenen Komplikationen sind insbesondere zu nennen:

Systemische Komplikationen	Lokale Komplikationen
Allergien	Beschädigung zahnärztlicher Arbeiten
Endokarditis	Fremdkörpergranulome
Hepatitis-B-Infektionen	Funktionsstörungen
Hepatitis-C-Infektionen	Hämatombildungen
HIV-Infektionen	Hämorrhagien
Infektiöse Leberabszesse	Korrosionen
Kontaktallergie	Lückenbildungen der Zähne
Ludwig-Angina	Narbenkeloide
Obstruktive Atemwegbehinderung	Nervenschäden
Osteomyelitiden	Ödeme
Poststreptokokken-Glomerulonephritis	Parodontale Rezessionen
Sepsis	Schmelzabrasionen
Tetanus	Sprachbehinderung
Toxisches Schocksyndrom	Schmelz-Dentin-Frakturen
Weitere Virusinfektionen	Traumatisieren der lingualen Schleimhaut
	Wundinfektionen

Die Hauptursache der Infektionen sind Verstöße gegen Hygieneregeln während des Piercens, weil die bestehenden Hygienevorschriften für das Durchführen von Piercing und Tätowieren völlig unzureichend sind. Hinzu kommt, dass Piercing und schon gar die Verwendung von Lokalanästhetika juristisch unter den Begriff der Heilkunde fallen und somit nur von Personen mit ärztlicher oder heilkundlicher Fachausbildung durchgeführt werden dürfen. Andererseits hat die Bundesärztekammer das Piercen eindeutig als eine nicht ärztliche Tätigkeit klassifiziert. Auch dem Bekenntnis des Weltärztebundes zum „Primum nihil nocere“ widerspricht die willentliche Verletzung der Körperintegrität.

Die Bundesärztekammer sieht Piercen als nicht ärztliche Tätigkeit an. Da die Hauptursache der Infektionen nach Piercing auf Verstößen gegen die Hygieneregeln beruhen, übernehmen immer mehr Ärzte im Interesse des einzelnen Patienten die Durchführung des Piercens.

Der Deutschsprachige Arbeitskreis für Krankenhaushygiene hat deshalb eine Empfehlung über „Anforderungen der Hygiene beim Tätowieren und Piercen“ vorgelegt, die im Journal DGPW N. 21, Mai 2000 publiziert und auch im Internet abrufbar ist (<http://www.hygiene-klinik-praxis.de>). Hier werden in Anlehnung an allgemeine ärztliche Hygienevorschriften konkrete Anweisungen zur Verminderung von Hygieneproblemen gegeben.

Um nur die wichtigsten zu nennen:

- alle an der Haut oder Schleimhaut eingesetzten Geräte und Instrumente sollen steril sein;
- die Haut- oder Schleimhautoberflächen sind vor dem Eingriff zu desinfizieren;
- es sollten möglichst sterile Handschuhe getragen werden, die Ablageflächen sind nach Ende des Eingriffs zu desinfizieren;
- die verwendeten Zangen müssen zunächst desinfiziert und später sterilisiert werden;
- alle Abfälle wie Braunülen und Plastikgefäße sind zu entsorgen.

Wie verhält sich der Zahnarzt bei Piercing-Patienten?

Gelegentlich wird an den Zahnarzt die Frage herangetragen, wie er die Risiken eines Piercings einschätzt. In diesem Falle sollte rückhaltlos über die lokalen und systemischen Risiken eines Piercings informiert werden.

Stellt sich ein Patient mit vorhandenen Piercings vor, sollten die Fremdkörper vor elektiven Eingriffen und vor Röntgenuntersuchungen vorbeugend entfernt werden. Außerdem sind besonders pünktliche Mundkontrollen durch den Zahnarzt zu empfehlen, um lokale Komplikationen nach Piercing zeitgerecht diagnostizieren und therapieren zu können.

Besteht bei einem gepiercten Patienten der Verdacht auf systemische Gesundheitsschäden, ist sofort der behandelnde Arzt hinzuzuziehen. Bei lokalen Schäden bietet sich die ganze Palette zahnärztlicher Therapiemöglichkeiten zur Behebung an. Das Tragen der Piercings sollte aber sofort eingestellt werden.

S. Peters, Leichlingen

DZZ 56 (01)

Literatur

1. Bethke G, Reichart PA. Risk of oral piercing].
Mund Kiefer Gesichtschir. 1999 Mar;3(2):98-101. German.
PMID: 10234960; UI: 99251268
2. Boardman R, Smith RA. Dental implications of oral piercing.
J Calif Dent Assoc. 1997 Mar;25(3):200-7.
PMID: 9452660; UI: 98114731
3. Botchway C, Kuc I. Tongue piercing and associated tooth fracture.
J Can Dent Assoc. 1998 Dec;64(11):803-5. Review.
PMID: 9879145; UI: 99095218
4. Botha PJ. Lingual piercing.
SADJ. 1998 Sep;53(8):453-4. No abstract available.
PMID: 10518908; UI: 99448353
5. Christensen OB. Nickel dermatitis. An update.
Dermatol Clin. 1990 Jan;8(1):37-40. Review.
PMID: 2406062; UI: 90150821
6. Farah CS, Harmon DM. Tongue piercing: case report and review of current practice.
Aust Dent J. 1998 Dec;43(6):387-9.
PMID: 9973706; UI: 99139109
7. Fehrenbach MJ. Tongue piercing and potential oral complications.
J Dent Hyg. 1998 Winter;72(1):23-5. Review.
PMID: 9495191; UI: 98156311
8. Krause H, Bremerich A, Sztraka M.
Complications following piercing in the oral and facial region].
Mund Kiefer Gesichtschir. 2000 Jan;4(1):21-4. German.
PMID: 10662915; UI: 20131015
9. Kraytem A, Uldry PY, Lopez-Liuchi JV.
Tattoos, body piercing and thrush: a lesson on the harmful effects of lost objectivity.
Mayo Clin Proc. 1999 Aug;74(8):844. No abstract available.
PMID: 10473366; UI: 99400345
10. Logan BK, Gullberg RG. Lack of effect of tongue piercing on an evidential breath alcohol test.
J Forensic Sci. 1998 Jan;43(1):239-40.
PMID: 9456556; UI: 98117672
11. Maibaum WW, Margherita VA.
Tongue piercing: a concern for the dentist.
Gen Dent. 1997 Sep-Oct;45(5):495-7.
PMID: 9515419; UI: 98176399
12. Nakagawa H, Kimura H, Junicho M, Watanabe Y.
Unusual parotid gland foreign body.
Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999 Dec 15;51(3):191-4.
PMID: 10628547; UI: 20092128
13. Ng KH, Siar CH, Ganesapillai T.
Sarcoid-like foreign body reaction in body piercing: a report of two cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Jul;84(1):28-31. Review.
PMID: 9247945; UI: 97391138
14. Perkins CS, Meisner J, Harrison JM.
A complication of tongue piercing.
Br Dent J. 1997 Feb 22;182(4):147-8.
PMID: 9062002; UI: 97215672
15. Price SS, Lewis MW. Body piercing involving oral sites.
J Am Dent Assoc. 1997 Jul;128(7):1017-20.
PMID: 9231608; UI: 97375278
16. Scully C, Chen M. Tongue piercing (oral body art).

Br J Oral Maxillofac Surg. 1994 Feb;32(1):37-8.

PMID: 8136338; UI: 94183802

17. Todd DJ, Burrows D. Nickel allergy in relationship to previous oral and cutaneous nickel contact.

Ulster Med J. 1989 Oct;58(2):168-71.

PMID: 2603268; UI: 90101189

18. Vamnes JS, Morken T, Helland S, Gjerdet NR.

Dental gold alloys and contact hypersensitivity.

Contact Dermatitis. 2000 Mar;42(3):128-33. PMID: 10727162; UI: 20189696

19. Van Hoogstraten IM,

Andersen KE, Von Blomberg

BM, Boden D, Bruynzeel

DP, Burrows D, Camarasa

JG, Dooms-Goossens A, Kraal

G, Lahti A, et al.

Reduced frequency of nickel allergy upon oral nickel contact at an early age.

Clin Exp Immunol. 1991 Sep;85(3):441-5.

PMID: 1893625; UI: 91371689