

**Referenz:** Bouquot JE. Wenn systematische Übersichtsarbeiten NICHT von Experten durchgeführt werden. *Oral Diseases*, 2021; (in press)

## Wenn systematische Reviews *nicht* von Experten durchgeführt werden

Jerry E. Bouquot DDS, MSD, DABOMP, DABOM  
Professor Emeritus & Past Chair, University of Texas School of Dentistry, Houston, Texas, USA

Systematische Übersichten unterliegen ähnlichen Verzerrungen und Unzulänglichkeiten wie die Papiere, die sie überprüfen. Die aktuelle Übersichtsarbeit zu NICO von Sekundo *et al.* bietet Buchhaltungsdaten, um ohne Erklärung und ohne ein offensichtliches Verständnis der untersuchten Krankheit zu dem Schluss zu kommen, dass "die Evidenz bezüglich der Ätiologie, Diagnose und Behandlung von NICO schlecht ist" (Sekundo, Wiltfang, Schliephake, Al-Nawas, Rückschloß, Moratin, Hoffmann, Ristow, 2021).

### **Seltsam, das.**

Diese Autoren ignorieren völlig die Tatsache, dass NICO ein klinischer Begriff für eine schmerzverursachende Ischämie und/oder Entzündung des Knochenmarkstromas ist, eine Entität, die *eine* mikroskopische Bestätigung *erfordert*, eine regionale Variante einer Erkrankung ist, die *jeden* Knochen im Skelett betrifft und eigentlich eine *Sammlung* von mikroskopischen medullären Entitäten ist, die für subtile röntgenologische Erscheinungen und das Fehlen von darüber liegenden Weichteilveränderungen *bekannt sind*. Sie wurde unter mehr als 75 verschiedenen Namen in *Tausenden* von orthopädischen und zahnmedizinischen Arbeiten beschrieben, von denen die meisten in dieser Übersichtsarbeit ignoriert wurden (Ficat, Arlet, 1980, Urbaniak, Jones, 1997, Bouquot, McMahon, 2000, Bouquot, McMahon, 2010, Bouquot, McMahon, 2010). Könnte dies die Studienergebnisse verfälschen?

Ich habe mit vielen weltweiten Autoritäten auf dem Gebiet der Histopathologie der Hüftosteonekrose kommuniziert und sie besucht, um Kiefer- und Hüftläsionen zu vergleichen, um meine Diagnosen zu sichern. Sie stimmten einheitlich darin überein, dass diese ähnlich/identisch sind, aber Sekundo *et al.* erwähnen die Histologie kaum und kommen zu dem Schluss, dass "kein diagnostischer Goldstandard identifiziert werden konnte." Abbildung 1 bietet die Histopathologie für *Knochenmarködeme*, nur eine Variante von Stromaerkrankungen, die seit langem als richtiger "Goldstandard" für die Diagnose bekannt

sind.

### **Abbildung 1 (siehe letzte Seite).**

Die Ablehnung von Nachuntersuchungen zu Gesichtsschmerzen wegen fehlender Kontrollen ist verwirrend. Studien zu chirurgisch behandelten Gesicht neuralgien sind *nie* fallkontrolliert, weil es so *völlig und offensichtlich unethisch* ist, normale Probanden als Kontrollen zu "behandeln". Die Ergebnisse werden mit früheren Veröffentlichungen über therapeutische Konsequenzen oder mit der Krankengeschichte der Patienten verglichen. Für meine eigene NICO-Follow-up-Untersuchung habe ich Hunderte von Neuralgie-/Schmerz-Papieren durchgesehen, um zu wissen, was erforderlich ist, um die *tatsächlichen* Verzerrungen in solchen Studien zu reduzieren. Meine Probanden mit 297 Behandlungsstellen litten vor der chirurgischen Kürettage durchschnittlich 6,1 Jahre (bis zu 32) an schweren, unaufhörlichen Schmerzen (Bouquot, Christian, 1995). Durchschnittlich 4,8 Jahre (bis zu 18) nach der Kieferoperation betrachteten sich 74% als "geheilt". " Dies bestätigte frühere anekdotische Ergebnisse, aber Sekundo *et al.* schlussfolgerten, dass "die Evidenz bezüglich der...Behandlung von NICO schlecht ist. " **Seltsam, das.**

Hyperkoagulationszustände werden bei bis zu 80 % der Personen mit ischämisch geschädigtem Knochenmark gefunden, unabhängig davon, welcher Knochen betroffen ist, sie unterscheiden sich statistisch von Kontrollen, und es wurde gezeigt, dass die damit verbundenen Schmerzen bei vielen betroffenen Personen mit einer Antikoagulationstherapie signifikant abnehmen, aber die **"Beweise bezüglich der...Ätiologie von NICO sind dürftig ?"** (Urbaniak, Jones, 1997; Glueck, C. J. , McMahon, R. A. , Bouquot, J. E. , Tracy, T. , Sieve-Smith, L. , Wang, P, 1998). Szintigraphie und quantitative Ultraschalluntersuchungen wurden wegen fehlender Kontrollen abgelehnt (erinnern Sie sich an das ethische Problem?), obwohl es sich bei diesen *Technologien* um **Standardtechnologien mit FDA-Zulassung handelt**. Ihre Hilfe bei der Lokalisierung von Kieferknochenläsionen *wurde* untersucht und durch histopathologische Diagnosen bestätigt, nicht durch Kontrollen (Bouquot, Spolnik, Adams, Deardorf, 2012).

**Dieser Review listet veröffentlichte Ergebnisse auf und zieht dann negative Schlussfolgerungen, die nicht auf diesen Ergebnissen basieren.** Andere Mängel sind vorhanden, aber, mit allem Respekt, kann ich diese Überprüfung nur als fatal fehlerhaft betrachten und am besten verwendet, um zu veranschaulichen, wie weit in die Irre eine systematische Überprüfung gehen kann, wenn die Minuten zu

Papier werden.

### Referenzen:

1. Bouquot, J. E., Christian, J. (1995). Langfristige Auswirkungen der Kieferknochenkürettage auf den Schmerz der Gesichtsneuralgie. *J Oral Maxillofac Surg* 53:387-397.
2. Bouquot, J. E., McMahon, R. E. (2000). Neuropathischer Schmerz bei maxillofazialer Osteonekrose. *J Oral Maxillofac Surg* 58:1005-1022.
3. Bouquot, J. E., McMahon, R. A. (2010). Die Histopathologie der chronischen ischämischen Knochenerkrankung (CIBD) - Parameter und Krankheitsklassifizierung. Proceedings, annual meeting, American Association of Oral & Maxillofacial Pathology, Tucson, Arizona.
4. Bouquot, J. E., McMahon, R. A. (2010). Primäre chronische Osteomyelitis (PCO) - klinisch-pathologische Parameter und vorgeschlagene Klassifizierung von niedriggradigen Kieferknochenentzündungen. Proceedings, 14th Biennial Congress, International Association of Oral Pathologists, Seoul, Südkorea.
5. Bouquot JE, Spolnik K, Adams W, Deardorf K. Szintigraphy of 293 quadrants of idiopathic facial pain: 79% show increased radioisotope uptake. *Oral Med Oral Surg Oral Pathol* 2012; 112:82-89.
6. Ficat, P. R., Arlet, J. (1980). Ischämie und Nekrosen des Knochens. Baltimore; Williams & Wilkins, 1980.
7. Glueck CJ, McMahon R, Bouquot J, Tracy T, Sieve-Smith L, Wang P. Eine vorläufige Pilotstudie zur Behandlung von Thrombophilie und Hypofibrinolyse und zur Besserung der Schmerzen bei Osteonekrose des Kiefers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85:64-73.
8. Sekundo, C., Wiltfang, J., Schliephake, H., Al-Nawas, B., Rückschloß, T., Moratin, J., Hoffmann, J., Ristow, O. Neuralgia- induced cavitation osteonecrosis - A systematic review. *Oral Dis*. 2021 Apr 24. doi: 10.1111/odi.13886. Epub ahead of print. PMID: 33893686.
9. Urbaniak, J. R., Jones, J. P. Jr (Hrsg.). Osteonekrose: Ätiologie, Diagnose und Behandlung. American Academy of Orthopaedic Surgeons; Chicago, Illinois; 1997.

**Abbildung 1**

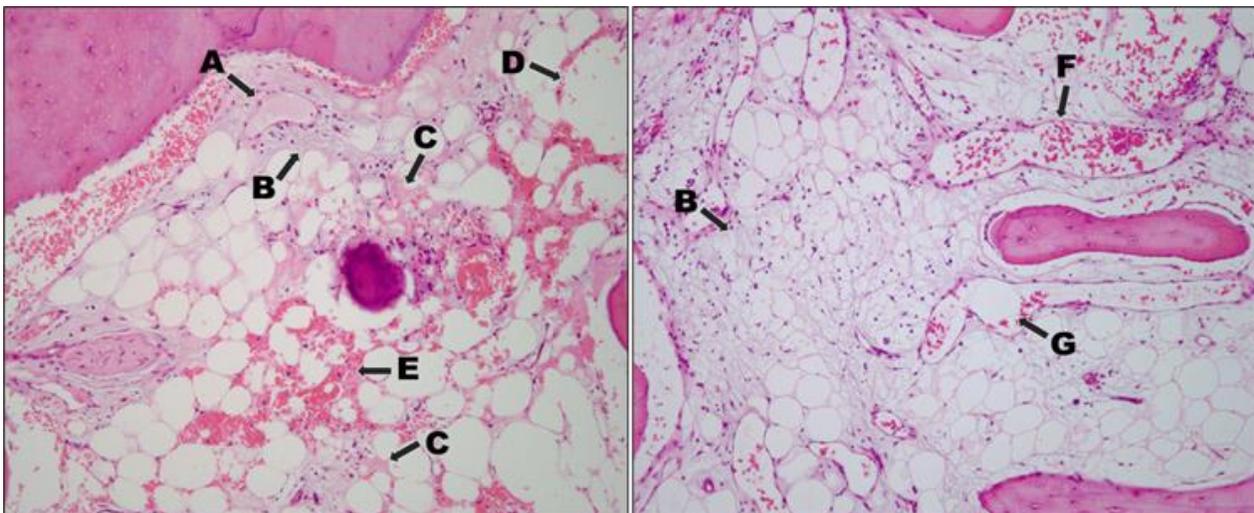


Abbildung 1: Mikroskopische Merkmale eines Knochenmarködems bei zwei Patienten, bei denen eine Gesichtsneuralgie diagnostiziert wurde. A) Aggregiertes Fibrin, das eine dilatierte Kapillare verstopft; B) ischämische Myelofibrose, mit geringer Anzahl von Lymphozyten und Mastzellen; C) Plasmostase (seröser Schleim); D) Ölzyste (Blase aus verflüssigtem Fett von vorheriger Fettnekrose); E) fokale Blutung (konsistent mit Mikroinfarkt); F) stark erweiterte Markkapillare (Markstauung); G) Fettembolus, der eine erweiterte Kapillare verstopft.

