

THE MOUTH-BODY-CONNECTION: AUS INTERNISTISCHER SICHT – TEIL 2

Prof. Dr. Harald W. Lösger, Arzt für Innere Medizin, Gastro- und Enterologie,
Prodekan der Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universität Witten/Herdecke

4. Diabetologie

Die Mundhöhle ist nicht nur ein Manifestationsort diabetogener Folgeschäden, sondern stellt auch eine Einflussgröße auf den Krankheitsverlauf und die Therapie des Diabetes mellitus dar.

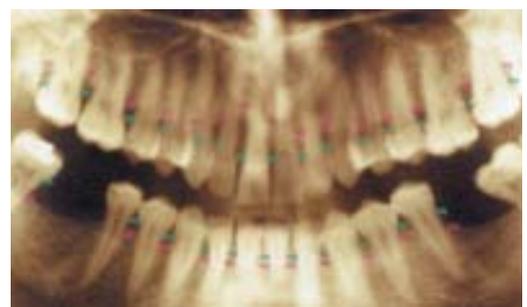
a. Diabetogene Folgeschäden:

Nicht zu unrecht werden Karies, Parodontose und Stomatogingivitis als sechste Komplikation bezeichnet neben den bekannten Folgeerkrankungen an Beinen/Füßen, Augen, Nieren, Gehirn und Herz. So begünstigt der Diabetes mellitus das Vorkommen einer Parodontitis mit einem zwei- bis dreifach erhöhtem Risiko, bei gleichzeitiger Retinopathie sogar mit einem fünffachen; Alveolarknochen- und Attachmentverluste finden deutlich früher statt; mit Zunahmeder Diabetesdauer treten nachweislich häufiger

Zahnverluste auf, ein totaler Zahnverlust sogar mit einer Rate bis fünffach. Als pathogenetische Zusammenhänge werden diskutiert eine Mikroangiopathie der Gingiva und Alveolarmukosa, eine verminderte Chemotaxis der neutrophilen Granulozyten, eine verminderte Regeneration des gingivalen Bindegewebes oder eine gesteigerte Entzündungsaktivität. Bei Untersuchungen an einem Indianerstamm (PIMA-Indianer) mit Typ-II-Diabetes korrelierte der Schweregrad einer Parodontopathie signifikant mit einer kardiovaskulär und nephropathisch bedingten Mortalität, bei schwerer Parodontie bestand ein dreifach erhöhtes relatives Risiko.

b. Diabetestherapie bei zahnärztlichen Eingriffen:

Bei zahnärztlichen Behandlungen muss eine bestehende Diabetestherapie bekannt sein. Orale Antidiabetika sollten im Falle einer erforderlichen Nah-



Diabetes mellitus und Parodontopathien