

Patienten mit Mundtrockenheit kompetent helfen

Xerostomie erkennen und betreuen

Die Diagnosestellung und kausale Therapie der Mundtrockenheit fordern dem Zahnarzt zusätzlich zu seinem zahnmedizinischen Fachwissen auch medizinische Kenntnisse ab. Das Ziel des Artikels ist es, den Blick für die Diagnose Xerostomie zu schulen, Zusammenhänge zu allgemeinen Erkrankungen und deren Medikation darzustellen und dem Zahnarzt Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen.

Dr. Sabine Jaschinski/Gütersloh, Maria Hoffmann/Borken, Prof. Dr. Peter Cichon/Borken

■ **Die Xerostomie** ist definiert als eine starke Reduktion des Ruhespeichelflusses unter 0,1 ml/min und der Gesamtspeichelfließrate von weniger als 0,5 ml/min. Betroffene Patienten stehen unter einem starken Leidensdruck und fühlen sich in ihrer Lebensqualität erheblich beeinträchtigt.

Das Symptom der Mundtrockenheit wird von Ärzten und Zahnärzten häufig vernachlässigt oder bagatellisiert. Eine frühzeitige Diagnose durch den Zahnarzt ist wichtig und kann nicht nur die verheerenden Schädigungen an der Zahnhartsubstanz, sondern auch die Progredienz an gingivalen, resp. parodontalen Entzündungen und Schleimhautinfektionen aufhalten.

Mundtrockenheit kann bei Menschen jeden Alters auftreten, die Häufigkeit der Erkrankung nimmt jedoch mit zuneh-

mender Lebenszeit zu. Daher ist die Tendenz aufgrund der sich wandelnden Altersstruktur der Bevölkerung steigend. Bei 20-Jährigen beträgt der Anteil der Patienten mit Xerostomie in etwa 13 %, bei den 40-Jährigen sind ca. 23 % betroffen und bei den 60-Jährigen leiden ungefähr 40 % an Mundtrockenheit.

Physiologische Speichelsekretion

Die großen paarigen Kopfspeicheldrüsen produzieren zusammen mit den vielen kleinen Speicheldrüsen in der Lippen-, Wangen- und Gaumenschleimhaut täglich 0,7–1,5 l Speichel.

Die Aktivität der Speicheldrüsen wird ausschließlich über das vegetative Nervensystem gesteuert. Im entspannten Zustand ist die Speichelproduktion hö-

her als unter gesteigerter Sympathikusaktivität (Stress, Angst). Über Chemo- und Mechanorezeptoren kann der Speichelfluss bei der Nahrungsaufnahme, beim Kauen und Schlucken, zusätzlich stimuliert werden. Während des Schlafens ist die Speichelproduktion dagegen deutlich reduziert.

Symptome der Xerostomie

Xerostomie-Patienten beklagen häufig trockene Lippen, Rhagarden, Geschmacksstörungen, ein verstärktes Durstgefühl, Schleimhaut- und Zungenbrennen. Die Konsistenz des Speichels ist zähflüssig. Die Schleimhäute tragen bedingt durch die trockene Oberfläche nicht mehr den üblichen Glanz. Zudem stellt man Strukturveränderungen an den



Abb. 1



Abb. 2

▲ **Abb. 1:** Bei Xerostomie-Patienten findet man meist zahlreiche Beläge aus Nahrungsrückständen und Plaque an den Schleimhaut- und Zahnoberflächen sowie am Zahnersatz. ▲ **Abb. 2:** Die Remineralisationsfähigkeit lässt bei Mundtrockenheit und gleichzeitig steigenden Plaqueansammlungen nach, sodass Demineralisationen an sonst kariesresistenten Glattflächen entstehen können.

Schleimhautoberflächen in Form von Rissbildungen an der Epitheldecke fest. Diese können sich ausweiten zu erosiven Verletzungen der Mukosa. Schmerzhaft lokale Erkrankungen an der Mundschleimhaut und an den Zähnen führen zu einer Verminderung der Kau-tätigkeit. Außerdem findet man meist zahlreiche Beläge aus Nahrungsrückständen und Plaque an den Schleimhaut- und Zahnoberflächen sowie am Zahnersatz (Abb. 1).

Aus der fehlenden protektiven Wirkung des Speichels resultieren Störungen des ökologischen Gleichgewichts in der Mundhöhle. Sekundär entwickeln sich oft bakterielle, virale und mykotische Schleimhautinfektionen. Die Prävalenz für Gingivitiden und Parodontitiden steigt. Man beobachtet des Weiteren eine progrediente Zunahme kariöser Läsionen. Die rasche Progredienz ist durch die fehlende Pufferkapazität des Speichels zu erklären. Die Remineralisationsfähigkeit lässt nach bei gleichzeitig steigenden Plaqueansammlungen. Es können Demineralisationen an sonst kariesresistenten Glattflächen entstehen (Abb. 2).

Oft entwickelt sich ein starker Foetor ex ore. Bei Prothesenträgern haftet der Zahnersatz aufgrund des fehlenden Speichelfilms nicht mehr richtig am Prothesenlager. Daraus entwickeln sich neben zunehmender Unzufriedenheit des Patienten Druckstellen und Prothesen-unverträglichkeiten. Dies führt zu Beschwerden beim Kauen, Sprechen, Schlucken und Essen.

Da diese Beschwerden für viele Patienten Tabuthemen sind und sie diese nicht von sich aus thematisieren, sollten Ärzte und Zahnärzte ihren Blick umso mehr schulen.

Ursachen der Xerostomie

Die Ursachen der Mundtrockenheit sind vielfältig. So können eine unterschiedlich bedingte Speicheldrüsenunterfunktion, aber auch allgemeine Erkrankungen die Gründe für Xerostomie sein. Die bei Weitem häufigste Ursache sind jedoch die unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Es zeigt sich eine Korrelation zu den systemischen Erkrankungen und den eingenommenen Medikamenten. Dies erklärt, warum gehäuft ältere Patienten betroffen sind. Der Einfluss der altersbedingten Funktionseinschränkung der Speichel-

drüsen hat dagegen keine klinische Relevanz.

1. Direkte Ursachen

a) Speicheldrüsenunterfunktion infolge einer vorausgegangenen Schädigung der Speicheldrüsen, z. B. nach Speicheldrüsenenerkrankungen wie der Sialadenitis, nach Speicheldrüsenoperationen (Tumoroperationen), nach Radiatio oder durch Speichelsteine;

b) Allgemeinerkrankungen (Sjögren-Syndrom, welches eine Autoimmunkrankheit ist und dem rheumatischen Formenkreis angehört, Sialadenose, akute fieberhafte Allgemeinerkrankungen)

2. Indirekte Ursachen

Einige Erkrankungen beeinflussen die Speichelsekretion indirekt (sekundäre Xerostomie) aufgrund von Störungen des Wasserhaushaltes:

- ▶ Diabetes mellitus (Störung des Wasserhaushalts durch osmotische Diurese wegen Glukosurie)
- ▶ Nierenerkrankungen (Polyurie durch Salz- und Wasserrückresorptionsstörungen)
- ▶ Neurologische Erkrankungen, wie Depressionen und Psychosen, bei denen es zu zentralnervösen Störungen der Drüseninnervation kommen kann
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ▶ Größere Flüssigkeitsverluste (Blutverluste, chronische Diarrhöe, Dehydrierung durch Hitzeexposition)
- ▶ Stress („mir bleibt die Spucke weg“) kann über eine zentralnervöse Steuerung ebenso die Mundtrockenheit begünstigen

3. Medikamente

Bei über 400 Medikamenten kann als unerwünschte Nebenwirkung Mundtrockenheit auftreten. Nach Absetzen des Präparates ist sie reversibel. Die medikamentös induzierte Xerostomie ist in den Industrienationen in den älteren Bevölkerungsschichten die häufigste Form der Mundtrockenheit.

Diagnostik

Diagnostiziert der Zahnarzt neben den trockenen Schleimhäuten und dem zähflüssigen Speichel auf einmal unerklärliche kariöse Läsionen oder gingivale, resp. parodontale Entzündungen oder entzündliche therapieresistente Schleimhautveränderungen unter dem Zahnersatz, die eigentlich untypisch sind für den Patienten, kann die Verdachtsdiagnose Xerostomie geäußert werden.

Der Patient wird daraufhin gezielt intra- und extraoral inspiziert: Intra- und extraoral sollten neben dem zahnärztlichen Befund die Glandula parotis, Glandula submandibularis und Glandula sublingualis untersucht werden. Durch eine gleichzeitige extra- und intraorale Palpation und im Seitenvergleich lassen sich Druckdolenz, Verhärtungen und Schwellungen ertasten. Bei einem positiven Befund oder bei einem Verdacht auf einen Speichelstein sollte der Patient zu einer Sonografie-Untersuchung überwiesen werden.

Die extraorale Untersuchung umfasst u.a. auch die Inspektion der Hornhaut und Bindehaut am Auge: stellt man tro-

ANZEIGE

Scharf bis zum Rand!

opt-on 2.7 TTL

Neu!



>> Die Lupe mit der größten Tiefen- und Randschärfe und dem höchsten Tragekomfort.

orangedental

+

IDS, Halle 11.2, Stand 49+51

premium innovations

ckene Augen fest, kann die Verdachtsdiagnose Sjögren-Syndrom gestellt werden.

Die extraorale Inspektion schließt außerdem eine Lymphknotenpalpation der Weichteilregionen am Hals ein zum Ausschluss von Tumoren und entzündlichen Schwellungen.

Therapie

Das Behandlungsziel ist im Allgemeinen die Verbesserung der eingeschränkten Lebensqualität eines Xerostomie-Patienten. Beim jüngeren Patienten geht es aus zahnmedizinischer Sicht in der Regel um den Schutz der Zahnhartsubstanz und darum, die entstandene Gingivitis möglichst dann zu behandeln, bevor sich daraus unter Umständen eine Parodontitis entwickeln kann. Beim älteren Patienten geht es natürlich um den Schutz der Zahnhartgewebe der Restbeziehung, aber auch um die Ausheilung und besser noch um die Prävention von Schleimhautinfektionen, die aufgrund des veränderten Milieus gehäuft auftreten. Eine kausale Therapie der medikamentös bedingten Xerostomie kann – natürlich nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt – ein Austausch des verursachenden Medikaments sein. Hilfreich kann es auch sein, xerogene Medikamente mor-

gens statt abends zu verabreichen, damit die nachts in der Regel ausgeprägtere Speichelknappheit nicht unnötig verstärkt wird.

Bei all diesen engagierten Therapieüberlegungen sollte jedoch bedacht werden, dass bei manchen Patienten an der optimalen medikamentösen Einstellung schon jahrelang gefeilt wurde, sodass sicherlich kein Patient und kein Arzt bereit und in der Lage sein wird, die medikamentöse Therapie „nur“ wegen einer Mundtrockenheit wieder umzustellen.

In einigen Fällen ist daher nur eine symptomatische Therapie, also das Einleiten von Maßnahmen, die die Folgen der Mundtrockenheit mildern, durchführbar.

Zahnmedizinische Betreuung der Xerostomie-Patienten

Generelles Ziel der zahnärztlichen Betreuung ist die engmaschige Durchführung und Überwachung von karies- und parodontalprophylaktischen Maßnahmen.

Die häuslichen Mundhygienemaßnahmen sind für Xerostomie-Patienten häufig mit Schmerzen verbunden (Schleimhautverletzungen, Gingivitiden, resp. Parodontitiden). Daher werden sie meist arg vernachlässigt. Diese Patienten sollten mithilfe einer profes-

sionellen Zahnreinigung (ggf. unter Lokalanästhesie) unterstützt werden.

Im Rahmen der professionellen Zahnreinigung erfolgt immer auch eine Beratung des Patienten durch das zahnmedizinische Personal über die schonende, aber gründliche häusliche Zahnpflege, die Ernährung, die Trinkmenge, Speichelstimulierende Maßnahmen, allgemeine zusätzliche Maßnahmen und ggf. über Speichelersatzmittel.

1. Schonende, aber gründliche häusliche Mundhygienemaßnahmen

Wenig traumatisierend für das empfindliche Gewebe sind extra weiche Zahnbürsten. Eine sehr wichtige Maßnahme zur Kariesprophylaxe ist die lokale Bioverfügbarkeit von Fluorid (Details s. Tab. 1).

2. Ernährung

Empfehlenswert ist feste, möglichst faserreiche Nahrung, die zum Kauen zwingt, sodass der Kauvorgang ein Stimulans für die Speichelproduktion ist. Viele Patienten können dieser Empfehlung jedoch kaum nachkommen. Erleichterung verschafft es, wenn der Patient kleine Bissen zu sich nimmt und zu jedem Biss gleichzeitig einen Schluck Wasser trinkt oder vor der Nahrungsaufnahme einige Tropfen Speiseöl (Oliven-, Son-

| Maßnahme | Häufigkeit |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Maßnahmen in der zahnärztlichen Praxis | |
| Professionelle Zahnreinigung: supra- ggf. subgingivale Belagskontrolle | Alle 3 Monate |
| Entfernung von Plaqueretentionsnischen (Entfernung überhängender Restaurationsränder/ Füllungsaustausch) | Nach Bedarf |
| Maßnahmen im Rahmen der häuslichen Mundhygiene | |
| Fluoridhaltige, alkoholfreie Mundspülungen | Täglich; zwischen den Mahlzeiten |
| Hochfluoridhaltige Zahnpasta (Duraphat 5.000 ppm) | Bei erhöhtem Kariesrisiko nach den Mahlzeiten (3 x täglich) |
| Fluoridhaltige Zahnpasta (Elmex sensitive 1.450 ppm) | Nach den Mahlzeiten (3 x täglich) |
| Extra weiche Zahnbürste | z.B. Meridol sensitive |
| Mundspülungen mit Salbei | Nach Bedarf |
| Benetzen der Mundhöhle mit neutralen Ölen | Nach Bedarf |
| Pflege des herausnehmbaren Zahnersatzes | ein- bis zweimal täglich mit einem desinfizierenden Prothesenreiniger |
| Lippenpflege | Nach Bedarf mit Panthenol-Creme oder fetthaltiger Lippenpomade |

▲ **Tabelle 1:** Zahnmedizinische Betreuung von Xerostomie-Patienten.

nenblumen- oder Kürbiskernöl) in der Mundhöhle verteilt. Gut akzeptiert wird feuchte und kühle Nahrung, wie Joghurt beispielsweise. Obst und Gemüse können gut im Mixer zerkleinert, bzw. weich gekocht werden. Gewarnt werden sollte der Patient vor zuckerhaltigen Nahrungsmitteln bzw. Lebensmitteln mit sog. versteckten Zuckern aufgrund seines erhöhten Kariesrisikos. Der betroffene Patient sollte außerdem sowohl heiße als auch scharfe Nahrungsmittel meiden, um potenzielle Irritationen der Gingiva zu verhindern.

3. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr

Wichtig ist täglich eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr von 1,5–2 Liter. Getränke mit kariesprophylaktischer Wirkung sind Milch, ungesüßte Kräuter- und Früchtetees und fluoridhaltiges Mineralwasser. Xerostomie-Patienten sollten unbedingt auf Getränke, die Alkohol enthalten oder die einen scharfen Geschmack haben, verzichten, um Irritationen an der dünnen empfindlichen Mukosa zu vermeiden. Vorsicht geboten ist sowohl bei xerogenen (Kaffee, schwarzer Tee) als auch bei säurehaltigen Getränken (Cola, sodahaltige Getränke).

4. Speichel stimulierende Maßnahmen

Xerostomie-Patienten können die eigene Speichelproduktion durch regelmäßiges Kauen positiv beeinflussen. Zur Stimulierung des Speichelflusses werden empfohlen das Lutschen von zuckerfreien Bonbons und Eiswürfeln oder das Kauen zahnfreundlicher Kaugummis. Viele Patienten bevorzugen diverse Süßigkeiten, saure Getränke und Bonbons. Dies können zwar effektive Speichelstimulantien sein, sollten aber beim bezahnten Patienten auf keinen Fall empfohlen werden, da sie zu Demineralisationen und Erosionen beitragen (Abb. 3). Auch der unbezahnte Patient sollte beim Verzehr dieser Stimulantien vorsichtig sein, da die sauren Nahrungsmittel Schmerzen an der durch den verringerten Speichelfluss sehr empfindlichen Mundschleimhaut hervorrufen.

5. Allgemeine zusätzliche Maßnahmen

Der Patient sollte darauf achten, dass die Wohn- und Schlafräume eine ausrei-



Abb. 3

▲ **Abb. 3:** Süßigkeiten, saure Getränke und Bonbons können zu Demineralisationen und Erosionen beitragen.

chende Luftfeuchtigkeit aufweisen; er sollte trockene Heizungsluft meiden. Die relative Luftfeuchtigkeit sollte bei 60 % liegen. Außerdem kann er die Austrocknung der Mundhöhle minimieren, wenn er konsequent durch die Nase atmet und Mundatmung meidet. Schnarcher sollten idealerweise in einem Schlaflabor auf die Indikation einer Schnarcherschiene oder einer Maskenbeatmung mit angefeuchteter Luft untersucht werden.

Das Rauchen sollte ganz eingestellt werden.

Da die Speichelsekretion durch die Kaustimulation gefördert wird, sollte schlussendlich eine hochwertige prothetische Versorgung angestrebt werden, da mit ein hoher Kaukomfort garantiert ist.

6. Speichelersatzmittel

Liegt keine Restaktivität der Speicheldrüsen mehr vor, besteht also keine Möglichkeit mehr, die Aktivität der Speicheldrüse zu stimulieren, muss man auf Speichelersatzmittel zurückgreifen.

Das ideale Speichelersatzmittel befeuchtet lang andauernd den Mund- und Rachenraum und hat einen remineralisierenden Einfluss auf die Zahnhartsubstanzen. Viele auf dem Markt erhältliche Speichelersatzmittel weisen allerdings ein hohes Demineralisationspotenzial auf.

Bewährt haben sich Präparate, die einen neutralen pH-Wert aufweisen und zur Kariesprophylaxe zusätzlich Fluorid enthalten. Sinnvoll ist es, den Patienten verschiedene Speichelersatzmittel testen zu lassen, damit er sich schließlich für

das für ihn subjektiv angenehmste Mittel entscheiden kann.

Zusammenfassung

Allein schon im Zuge der demografischen Entwicklung der Bevölkerung handelt es sich um eine Erkrankung, die „auf dem Vormarsch“ ist. Bisher hat sie allerdings wenig Beachtung gefunden.

Xerostomie geht mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher und kann außerdem verheerende Schädigungen an der Zahnhartsubstanz, am Zahnhalteapparat und Schleimhäuten nach sich ziehen.

Wünschenswert ist eine möglichst frühzeitige Diagnose durch den Zahnarzt. Möglicherweise ist sogar eine kausale Therapie möglich. Dies muss nach Rücksprache mit den anderen behandelnden Ärzten des Patienten und gemeinsamen sorgfältigem Abwägen der einzelnen Risiken erfolgen.

Theoretisch könnte beispielsweise eine Medikamentenumstellung vielleicht oft einfach sein, praktisch ist dies jedoch bei etlichen Patienten aufgrund einer häufigen Polymorbidität und einer komplizierten Polypharmakotherapie schwierig bis unmöglich.

Symptomatische Therapiemaßnahmen, das Einleiten und konsequente Aufrechterhalten karies- und parodontalprophylaktischer Maßnahmen zählen daher neben dem Erkennen der Erkrankung zu den wichtigen Aufgaben bei der zahnärztlichen Betreuung von Xerostomie-Patienten. ◀◀