DENTAL TRIBUNE · D-A-CH Edition · Nr. 5/2017

Assoziation zwischen Parodontitis und Diabetes

Zu beachtende Auswirkungen in der Patientenberatung – kompakt vorgestellt von Prof. Dr. Peter Hahner und Prof. Dr. Georg Gaßmann, beide Köln, Deutschland.

Seit Langem wird der Zusammenhang zwischen einer Diabeteserkrankung und dem Fortschreiten der Parodontitis diskutiert. So ist aus zahlreichen Studien bekannt, dass durch einen bestehenden Diabetes mellitus (DM) das Risiko, an einer Parodontitis zu erkranken, um den Faktor 3–4 erhöht ist.[41] In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass bei Diabetikern (Typ 2) mit einem um etwa einen Millimeter höheren Verlust von klinischem Attachment gegenüber vergleichbaren Nichtdiabetikern zu rechnen ist.[5] In dieser Metaanalyse ließ sich keine signifikante Korrelation zwischen der parodontalen Gewebedestruktion und einem Typ-1-Diabetes nachweisen. Dagegen fanden Lalla und Mitarbeiter bei Patienten mit DM Typ 1 eine deutlich früher, teilweise schon im Kindesalter, einsetzende Progression der Parodontitis.[20, 21]



*Abb. 1: Medikamentös bedingte gingivale Vermehrung durch Nifedipin bei einer Patientin mit einer Diabetes-assoziierten Parodontitis. – **Abb. 2:** Intraorale Situation derselben Patientin nach systematischer PA-Therapie unter Doxycyclin nach Umstellung der Medikation von Nifedipin auf einen ACE-Hemmer, ein Diuretikum und einen Betablocker.*



Korrelation zwischen Diabetes und Parodontitis

Nicht die Diabetesdiagnose an sich, sondern eine länger andauernde Hyperglykämie als Kennzeichen des schlecht kontrollierten Diabetes ist mit zusätzlichen parodontalen Problemen assoziiert. Es besteht eine direkte Korrelation zwischen dem Ausmaß der Hyperglykämie und den Sondierungstiefen[6] und ebenso zum parodontalen Knochenverlust.[41] Dies gilt auch für den Therapieerfolg nach nichtchirurgischer und chirurgischer PA-Therapie. Bei guter metabolischer Einstellung kann hingegen mit ähnlichem Krankheitsverlauf und Therapieresultaten wie bei Nichtdiabetikern gerechnet werden. Die Parodontitis muss also neben den schon lange bekannten Diabetesfolgen Retinopathien, Nephropathien, Neuropathien, Mikro- und Makroangiopathien als typische Komplikation einer länger bestehenden Hyperglykämie angesehen werden.[25] Schon eine prädiabetische Stoffwechsellage scheint Einfluss auf die parodontale Situation zu haben.[23]

Bei übergewichtigen (Body-Mass-Index [BMI] 25–29,99 kg/m²) und adipösen Patienten (BMI > 30 kg/m²) wurden ähnliche Beobachtungen gemacht: Das Parodontitisrisiko war in beiden Gruppen signifikant erhöht.[38] Ebenso scheint eine Adipositas den Therapieerfolg der antiinfektiven PA-Therapie besonders bei fortgeschrittener Parodontitis zu beeinträchtigen.[3] In diesem Zusammenhang ist wahrscheinlich auch das Phänomen zu sehen, dass durch erhöhte körperliche Aktivität das Risiko, an einer Parodontitis zu erkranken und parodontalen Knochenverlust zu erleiden, reduziert werden kann.[26]

Gleichzeitig gibt es vermehrte Evidenz für eine wechselseitige Beeinflussung beider Krankheitsbilder. Aus epidemiologischen Beobachtungen ist bekannt, dass parodontal erkrankte Personen eher ein metabolisches Syndrom entwickeln.[27] Die Existenz tiefer parodontaler Taschen ist signifikant mit der Entwicklung einer eingeschränkten Glukosetoleranz vergesellschaftet: Eine Parodontitis kann der entscheidende Faktor sein, dass sich ein prädiabetischer Zustand zu einem manifesten Diabetes weiterentwickelt.[32] Die parodontale Entzündung ist ein Risikofaktor für einen prädiabetischen Zustand.[2] Eine zunehmende Glukoseintoleranz und ‚ein steigender HbA1c-Wert stehen bei an Parodontitis erkrankten Personen im direkten Zusammenhang mit dem Ausmaß des klinischen Attachmentverlustes.[9, 31] Das Risiko zur Ausbildung eines Diabetes Typ 2 ist abhängig vom Schweregrad der parodontalen Erkrankung.[8]

Weitere Einzelheiten zu den Wechselbeziehungen beider Erkrankungen, zu Besonderheiten der PA-Therapie bei Diabetikern und deren Auswirkungen sowie zu Möglichkeiten der frühzeitigen Diabetesdiagnose in der Zahnarztpraxis werden im ausführlichen CME-Artikel, abrufbar als QR-Code, erläutert.

Besonderheiten der Betreuung in der Praxis

Aus den vorwiegend klinischen Daten zur Wechselbeziehung zwischen Parodontitis und Diabetes lässt sich ablesen, dass zur optimalen bedarfsgerechten Therapie einige Besonderheiten in Beratung und Behandlung zu berücksichtigen sind sowie eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Internisten angestrebt werden sollte. Ein erster Schritt hierzu wäre, Informationen über die dargestellten Zusammenhänge zwischen den Krankheitsbildern sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten der unterschiedlichen Fachdisziplinen zu verbreiten. Wie Befragungen bei Zahnärzten, Parodontologen[19] und Internisten[34] zeigen, besteht Bedarf zur Optimierung des Kenntnisstandes und der Umsetzung in der täglichen Praxis.

Für die Betreuung in der zahnärztlichen Praxis ergeben sich folgende Konsequenzen:

- Der Erhebung einer detaillierten Anamnese kommt eine große Bedeutung zu: Es sollte nach dem Diabetes-Typ, den aktuellen Stoffwechselwerten, dem Zeitpunkt der Erstdiagnose, evtl. schon eingetretenen Folgekomplikationen und nach der medikamentösen Therapie gefragt werden. Die Anamnese muss regelmäßig aktualisiert werden.
- Bei Patienten mit bekannter Diabeteserkrankung sollte regelmäßig der konsiliarische Kontakt zum Diabetologen oder Internisten gesucht werden. Neben dem wichtigen Austausch von Informationen über parodontale und diabetologische Befunde und laufende Therapien ist auch an das häufige Vorkommen von weiteren internistischen Krankheitsbildern zu denken, die Einfluss auf die zahnärztliche Therapie insgesamt oder auf den parodontalen Befund haben können ***(Abb. 1 und 2)***.
- Patienten mit hohen oder stark schwankenden Blutglukosewerten (HbA1c > 7% oder Blutglukose nüchtern > 100 mg/dl) sollten vor einer umfangreicheren Behandlung zu einem diabetologischen Konsil überwiesen werden.
- Diabetiker müssen intensiv über die bestehenden Zusammenhänge zwischen ihrer Diabeteserkrankung und einer möglichen Parodontitis und den Nutzen einer PA-Therapie informiert werden. Es ist wichtig, dass den Patienten der chronische Charakter beider Krankheitsbilder verdeutlicht wird, um den Bedarf für ständig wiederkehrende therapeutische Interventionen zu begründen. Wünschenswert über die individuelle Beratung in der Praxis hinaus wären ergänzende Aktivitäten des zahnmedizinischen Fachpersonals (Zahnärzte, DHs in der Patientenberatung, z. B. in Selbsthilfegruppen für Diabetiker.
- Der parodontale Zustand von Diabetikern muss zumindest einmal jährlich anhand das Parodontalen Screening Index (PSI) kontrolliert werden, um dem erhöhten Parodontitisrisiko Rechnung zu tragen und eine rechtzeitige Diagnose sicherzustellen. Bei Verdacht auf eine bestehende Parodontitis ist eine vollständige parodontale Befunderhebung notwendig.
- Diabetiker benötigen eine intensive präventive Betreuung mit kürzeren Recallintervallen und, bei Bedarf,
- eine sorgfältige Parodontalbehandlung mit einer engmaschigen Erhaltungstherapie (UPT).[10, 4]
- Bei schlecht eingestelltem Diabetes und schweren parodontalen Befunden ist eine adjuvante antibiotische Therapie in Erwägung zu ziehen.
- Parodontitispatienten, die anamnestisch Risikofaktoren für einen Diabetes zeigen (z. B. erbliche Belastung, erhöhter BMI) oder/und bei denen die indikationsgerechte parodontale Therapie nicht zu den zu erwartenden Verbesserungen der Befunde geführt hat, sollten zur Abklärung eines bestehenden Diabetes an einen Diabetologen überwiesen werden. Dem Screening von bisher unbekannten Diabeteserkrankungen in der Zahnarztpraxis sollte in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Viele Patienten suchen außer einer vielleicht einmal jährlichen zahnärztlichen Untersuchung für das Bonusheft der gesetzlichen Krankenversicherung ohne konkreten Anlass keinen Arzt auf, sodass dem zahnärztlichen Team eine besondere Verantwortung für die Früherkennung nicht nur oraler Erkrankungen zufällt.
- Ergänzend können mit kommerziell verfügbaren Schnelltests für den Blutglukosespiegel oder den HbA1c-Wert auch in der Zahnarztpraxis erste Hinweise auf Diabetes gefunden werden, die zur Unterstützung in der Patientenberatung und -motivation hilfreich sind. Wegen der verfahrensbedingten Messungenauigkeiten ist für die definitive Diagnose eine Überprüfung und Bestätigung dieser Messungen in der diabetologischen Praxis zwingend erforderlich. DT

CME-Fortbildung

2 CME-Punkte

Auswirkungen der Assoziation zwischen Parodontitis und Diabetes in der Patientenberatung

Prof. Dr. Peter Hahner,
Prof. Dr. Georg Gaßmann

Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

Literatur

CME-ID 78204

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter: www.zwp-online.info/cme-fortbildung

Infos zum Autor Prof. Dr. Peter Hahner

Infos zum Autor Prof. Dr. Georg Gaßmann

CME-Artikel

Kontakt

Prof. Dr. Peter Hahner
Prof. Dr. Georg Gaßmann

praxisHochschule
Neusser Straße 99
50670 Köln, Deutschland
p.hahner@praxishochschule.de
g.gassmann@praxishochschule.de
www.praxishochschule.de