

„Menopause im Mund – Gibt es das überhaupt?“

Sowohl bei Laien als auch in zahnärztlichen Teams ist die Tatsache, dass klimakterisch bedingte orale Probleme häufiger auftreten, noch zu wenig bekannt. Hormonrezeptoren in der oralen Mukosa bewirken bei menopausalen Hormonumstellungen Mundtrockenheit und Schleimhautschmerzen. Einige Krankheitsbilder, wie z. B. der orale Lichen planus oder das „Burning-Mouth-Syndrom“, treten ebenfalls in den Wechseljahren signifikant häufiger auf und stellen für Betroffene und Behandler ein Problem dar.

Autorin: Dr. Corinna Bruckmann, M.Sc.

Praktische Ärzte, Gynäkologen und Zahnärzte sollten diese Probleme kennen und offen kommunizieren, insbesondere angesichts einer immer älter werdenden weiblichen Bevölkerung.

Begriffsbestimmungen und biologische Grundlagen

Klimakterium (umgangssprachlich „Wechseljahre“) bezeichnet die Jahre der hormonellen Umstellung vor und nach der Menopause. Menopause bezeichnet den Zeitpunkt der letzten spontanen Menstruation (meist zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr), womit die Phase der Fruchtbarkeit der Frau beendet ist. Zugrunde liegt dieser Änderung im Hormonhaushalt eine sogenannte Ovarialinsuffizienz. Im angelsächsischen Raum werden die auf die letzte Blutung folgenden zwölf Monate auch als „Menopause“ bezeichnet; im deutschen Sprachraum heißt diese Postmenopause.¹

Das Klimakterium geht für viele Frauen mit Hitzewallungen und nächtlichen Schweißausbrüchen einher. Diese führen manchmal zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität^{2,3} bis hin zu depressiven Verstimmungen.⁴ Trockenheit der Vaginalschleimhaut durch vulvovaginale Atrophie bewirkt neben möglicher Dyspareunie ebenfalls eine Verschlechterung der Lebensqualität.⁵

Eine Auswirkung menopausaler Probleme auf den oralen Bereich erscheint aus mehreren Gründen plausibel: Wangenschleimhaut und Vaginalepithel weisen in Hinsicht auf Keratinisierung und Lipidverteilung große histologische Ähnlichkeit auf.⁶ Auch Sexualhormonrezeptoren wurden in den oralen Schleimhäuten und den Speicheldrüsen nachgewiesen.⁷ Sowohl die Empfindung von Schmerz⁸ als auch Besiedelung mit Mikroorganismen⁹ unterliegen hormonellen Einflüssen. Pathogene finden in der Mundschleimhaut eine potenzielle Eintrittspforte (v.a. auch über den gingivalen Sulkus) vor. Zwar besteht bei intakter Immunabwehr eine Homöostase, aber bei Störung kann es leicht zu entzündlichen Reaktionen kommen. Rezente Reviews beschreiben besonders häufig klinische Manifestationen wie Reduktion des Speichelflusses, Mundtrockenheit, Reduktion der epithelialen Keratinisierung, Rötung oder Blutung beim Zähneputzen oder Sondieren bei peri- und postmenopausalen Frauen.^{6,11,13} Postmenopausale Hormonimbilanzen haben aber auch Einfluss auf die mundbezogene Lebensqualität: Eine ganz rezente Querschnittstudie an 97 weiblichen Dentalhygienikern im Alter von 40 bis 59 Jahren validierte persönliches Empfinden und setzte dieses in Relation zu oralen und systemischen Parametern: Es zeigte sich, dass Östrogenmangel im Serum die Speichelfließrate verringerte und mit höheren Depressionsscores korreliert war.¹⁰

Häufig unspezifische Beschwerden

Die Zuweisung von Patientinnen in die „Mundschleimhautsprechstunde“ der Universitätszahnklinik Wien erfolgt häufig wegen unspezifischer Beschwerdebilder: am häufigsten sicher „Brennen im Mund“, aber auch manchmal als Rötung oder Schleimhauterosionen imponierend. Sehr oft ist anamnestisch eine Vielzahl an Therapieversuchen erhebbar (diverse antiseptische Mundspüllungen [MSP], Antibiotika, Antimykotika), denen gemeinsam ist, dass sie erfolglos geblieben waren. Peri- und postmenopausale Patientinnen berichten dabei signifikant häufiger über orale Missempfindungen als prämenopausale. Eine strukturierte Befragung und Untersuchung, obwohl bislang von keiner Fachgesellschaft vorgeschlagen, scheint notwendig, um die Probleme dieser Patientengruppe besser zu erfassen (Tab. 2, nach^{11,12}). Einige typische Probleme seien hier näher beschrieben.

Xerostomie

Speichel: Dem Zahnarzt ist er meist lästig, aber er stellt den wichtigsten Faktor zur Aufrechterhaltung der Mundgesundheit dar. Hormonstatus bzw. Hormonersatztherapie (HET)¹³, Flüssigkeitsaufnahme, Rauchen, Stress und Medikamente verändern den Speichel in Qualität und Quantität. Verminderte Speichelmenge

I AM CARING



NEUTRON

**Zahnerhalt dank perfekter
Ultraschallschwingungen
und qualitativ hoch-
wertigen Stahlspitzen**

- Die spezielle Härte entspricht nahezu dem Zahnschmelz
- Automatische Leistungseinstellung und perfekt kontrollierte Vibrationen dank der Newtron®-Technologie
- Der Anwender profitiert vom verbesserten Tastsinn
- Größtes Spitzensortiment mit höherer Wirksamkeit selbst bei niedriger Leistung – für die verschiedensten klinischen Anwendungen





Abb. 1: Xerostomie, atrophe Zunge, Rhagaden. – Abb. 2: Erosiver OLP linke Wangeninnenseite. (Bilder: ©BGZMK)

und -fließrate haben bekanntermaßen negative Auswirkungen auf die Zähne (mangelnde Remineralisierung, Kariesrisiko). Durch die Austrocknung der Schleimhäute und Veränderung der Speichelzusammensetzung kann es zu verminderter Abwehr, Überwuchern von Candida und Mundgeruch kommen.

Von Xerostomie spricht man bei Speichelmengen von < 0,5ml/min stimulierter Speichel (Abb.1). Therapeutisch ist – nach einer genauen Anamnese – auf ausreichende Befeuchtung der Mundschleimhaut zu achten (Tabelle 1). Nicht immer stimmt jedoch das Gefühl des „trockenen Mundes“ mit der gemessenen

Fließrate überein¹⁴, sodass auch die psychische Komponente beachtet werden muss.

Die Speichelfließrate kann schnell und ohne großen Aufwand ermittelt werden: Es wird während fünf Minuten ein Paraffinpellet gekaut und der dabei produzierte Speichel in einem Gefäß gesammelt. Mit einer 5 ml-Spritze wird der Speichel dann aufgenommen. Lässt sich diese zur Gänze füllen, ist die Speichelfließrate zumindest 1 ml/min und somit normal. Bei gesicherter Xerostomie gilt es, ein strukturiertes Vorgehen einzuhalten (Tab. 1).

Am extremsten zeigen sich mukosale Missempfindungen beim „Burning-Mouth-Syndrom“ (BMS):

Das primäre BMS: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung^{15,16}

Hierbei wird über chronisch brennendes, wund- des Gefühl vor allem in den vorderen zwei Dritteln der Zunge und der umgebenden Schleimhäute geklagt, das täglich, mehr als zwei Stunden pro Tag auftritt und mehr als drei Monate andauert. Es fehlt jedoch ein klinisches Korrelat, was zu häufigem Missmanagement führt. Das Geschlechterverhältnis beträgt 7:1 für Frauen, das mittlere Alter des Auftretens 50 bis 60 Jahre, was einen Zusammenhang mit der Menopause nahelegt. Es lassen sich signifikant höhere Spiegel von follikelstimulierendem Hormon, mehr „adverse life events“, mehr Tendenz zur Somatisierung und höhere „Anxiety scores“ feststellen.⁸ Die Symptome reichen von leichtem Prickeln bis zu starken Schmerzen. Auch Mundtrockenheit, Pelzigkeit und Störungen des Geschmacks- sinns werden berichtet. Aktuelle Theorien beschreiben eine neuropathische Ätiologie des primären (idiopathischen) BMS. Differenzialdiagnostisch muss ein sekundäres BMS ausgeschlossen werden bzw. lokale und systemische infektiöse, entzündliche, traumatische, neoplastische Prozesse, Eisen-, Zink-, Vitamin B12- oder Folsäuremangel, Diabetes, Hypothyreose, Allergien, Autoimmunerkrankungen, Angststörungen/ Depressionen sowie alle Ursachen für Xerostomie. Die Therapie ist dementsprechend herausfordernd, notabene es keine Guidelines gibt. Die Diagnose, selbst wenn endlich richtig gestellt, ist wenig greifbar für die Patienten. Diese sind in

ausreichende Flüssigkeitsaufnahme	> 1,5 l/Tag Wasser, ungesüßter Tee, evtl. Eiswürfel lutschen
kein Tabak, Alkohol, Koffein	Mundtrockenheit
keine Softdrinks	hoher Zuckergehalt
kein zu süßes/salziges/gewürztes Essen	osmotische Wirkung von Salz/ Zucker
Kaugummi/Drops unbedingt zuckerfrei	Zuckeraustauschstoff: Xylitol
Luftbefeuchter	
Speichelersatz (auf Hyaluronsäure- oder Methylzellulosebasis)	GUM® HYDRAL™, bioXtra®, dentaid xeros®, o.Ä.
in schweren Fällen Pilocarpin	4–5 x 5 mg/d

Tab. 1: Interventionen bei Xerostomie.

der Regel ängstlich, depressiv und frustriert aufgrund früherer erfolgloser, oft teurer Behandlungen und nicht erfüllter Heilungsversprechen. Besonders wichtig ist es daher, Verständnis zu signalisieren, obwohl keine klinischen Veränderungen sichtbar sind, psychologischer Support, topische Applikation von Clonazepam oder systemische Antikonvulsiva in Kooperation mit dem Neurologen.¹⁷

Wund im Mund und genital? OLP!

Oraler Lichen planus (OLP) befällt ebenfalls vorwiegend Frauen und manifestiert sich häufig in der 4.–6. Lebensdekade. Ein T-Zell-medierter Autoimmunmechanismus wird angenommen. Mit einer Prävalenz von bis zu 4 % ist OLP eine der häufigsten Mundschleimhauterkrankungen. Der Verlauf ist chronisch oder subakut, am häufigsten sind die Wangenschleimhäute symmetrisch betroffen. Retikuläre Verlaufsformen sind meist Zufallsbefunde und bedürfen häufig keiner Therapie. Patientinnen mit erosiven (Abb. 2), atrophischen oder bullösen Formen leiden jedoch an erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität durch starke Schmerzen, die häufig zu Vermeidungsverhalten beim Essen oder der Mundhygiene führen. Psychologische Analysen von Patienten mit OLP ergaben tendenziell erhöhte Neigung zu Depressionen und übermäßigem Angstgefühl.¹⁸

Neben dem Befall oraler Schleimhäute entwickeln sich bei ca. 15 % der Patienten mit OLP auch kutane und bei 20 % Läsionen der extraoralen Mukosa („vulvovaginal-gingivales bzw. „penogingivales Syndrom“, ösophagealer LP).¹⁹ Die Diagnose sollte histologisch und mittels direkter Immunfluoreszenz abgesichert werden. Um unnötige Biopsien zu vermeiden, ist eine auch gynäkologische Vorbefunde berücksichtigende Anamnese wichtig bzw. bei positiver Biopsie die entsprechende Kommunikation mit dem Gynäkologen.

Die vorrangig symptomatische Therapie besteht in Ausschaltung von Reizfaktoren (raue Füllungen, scharfe Speisen, schlechte Mundhygiene, Zahnpasta mit Natriumlaurylsulfat), lokaler Anwendung von Hyaluronsäure und Kortikosteroiden bei Azeption. Aufgrund des vor allem bei erosiven und bullösen Formen beschriebenen (geringen) Malignitätspotenzials ist eine regelmäßige Kontrolle (alle drei bis sechs Monate) anzuraten. Auch hier ist die gute Beratung der Patienten im Vordergrund, die auf das „Leben mit der Erkrankung“ eingeht.

Vorschlag für ein strukturiertes Vorgehen in der Praxis

Anamnese

- Zyklus? Klimakterische Symptome?
- Depression?
- Rauchen?
- Essstörungen?
- Medikamente (v.a. mit Wirkung auf Speichelfluss)?
- HET/Bisphosphonate/Denosumab®/Kalzium/Vitamin D?
- Mundtrockenheit? Zungenbrennen? Vaginale Probleme?
- Fluoride? Mundspülungen mit Alkohol?

Intraorale Untersuchung

- Schleimhäute
- Speichel: Menge, Qualität
- parodontaler/dentaler Zustand

Prophylaxe/Therapie

- Regelmäßige PZR: mechanische/chemische Plaquekontrolle
- Fluoride
- Vermeidung von NLS
- Speichelersatz: Hyaluronsäure, Methylcellulose etc.

Counseling

- Rauchstopp
- Ausreichende Flüssigkeitsaufnahme
- Kalzium- und Vitamin D-Aufnahme

Tab. 2: Entsprechende Aufbereitungsprozesse.

In schweren Fällen erfolgt die Immunsuppression systemisch durch den Dermatologen.

Bitte nicht zu vergessen: Osteoporose!

Neben den Weichgeweben sind aber u. U. auch die Zähne bzw. das Parodont betroffen: Osteopenie/Osteoporose verschlechtert eine unbehandelte parodontale Erkrankung, verminderte Knochenmasse und Vitamin D-Mangel erhöhen das Risiko für Zahnverlust. Die Inzidenz der gefürchteten Osteonekrose bei Patienten unter oraler Osteoporosetherapie mit Antiresorptiva (Bisphosphonate, Denosumab) wird auf 0,001 % bis 0,01 % geschätzt.²⁰ Dies mag auf den ersten Blick selten erscheinen, angesichts der häufigen Verschreibung und der sehr mühsamen Therapie ist auch hier der Wert einer genauen Anamnese extrem zu betonen.

Fazit

Ohne entsprechende Betreuung muss diese Herabsetzung der Lebensqualität durch die o. a. klinischen Erscheinungen für eine immer länger werdende Lebensspanne (durchschnittliche Lebenserwartung der Frau in BRD, 2016:

83 Jahre) angenommen werden.¹¹ Obwohl noch nicht alle Aspekte des hormonellen Einflusses oder der HET auf den Mund geklärt sind, könnte eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits jetzt die umfassendere Betreuung von Patientinnen sicherstellen und sinnlose sowie teure Polypragmasie vermeiden helfen.



Literatur



Dr. C. Bruckmann
[Infos zur Autorin]

KONTAKT

Dr. Corinna Bruckmann, M.Sc.

Fachbereich Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie
Universitätszahnklinik Wien
Sensengasse 2a
1090 Wien, Österreich
Tel.: +43 1 40070-4785
corinna.bruckmann@meduniwien.ac.at