

Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen

Ein Beitrag von Isabel Becker

GANZHEITLICHE ZAHNMEDIZIN /// Zwischen 25 und 38 Prozent der Menschen in Deutschland leiden unter einer psychischen bzw. psychosomatischen Störung. Die Coronapandemie trägt ihren Teil dazu bei. Die Bundeszahnärztekammer geht davon aus, dass dies im zahnärztlichen Bereich 20 Prozent der Patienten betrifft.¹ Der folgende Beitrag bietet einen Überblick über stomatognathe Folgen und Auswirkungen der Medikation, die Zahnärzte bei der Behandlung berücksichtigen sollten.



Aus dem Positionspapier, das die BZÄK im März 2021 veröffentlichte, geht hervor, dass 20 Prozent der Patienten in Zahnarztpraxen Beschwerden haben, bei denen psychosoziale Faktoren zur Auslösung oder dem Verlauf beigetragen haben; beziehungsweise 20 Prozent der Patienten, die in die Praxis kommen, psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Von großer Bedeutung für die zahnärztliche Behandlung sei die ganzheitliche Betrachtung des Patienten, welche nicht nur die organischen und körperlichen, sondern auch das soziale Umfeld und psychische Faktoren mit einschließe.¹

Krankheitsbilder

Zahnärzte können psychische Störungen und orale Auswirkungen aufgrund der regelmäßigen Vorsorge oftmals als erste erkennen und entsprechende Maßnahmen empfehlen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dabei besonders wichtig.³ Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und solchen des Mund-Kiefer-Gesichts-Bereichs zeigen sich zum Beispiel bei Depression und Schmerz, Stress und

Hyperaktivität der Kaumuskulatur oder Essstörungen und Zahnschmelzschäden.³

Die Schlussfolgerung der Bundeszahnärztekammer: „Gerade Krankheitsbilder, bei denen eine deutliche Diskrepanz zwischen Befund und Befinden der Patienten festzustellen ist oder die eine lange und komplizierte Krankheitsdauer ohne Therapieerfolge aufweisen, müssen eine besondere Beachtung erfahren.“¹

Somatoforme Schmerzstörungen: Patienten betreiben „Ärzte-Hopping“, um trotz wiederholt negativer körperlicher Befunde den Grund ihrer Beschwerden herauszufinden.

Chronischer Gesichtsschmerz: Der atypische Gesichtsschmerz ist das neurologische Pendant zur psychosomatischen somatoformen Schmerzstörung. Er muss interdisziplinär abgeklärt werden.

Depressionen: Sie können Gesichtsschmerz, Zungen- und Schleimhautbrennen sowie das Burning-Mouth-Syndrom auslösen bzw. verstärken.

Somatopsychische Erkrankungen: Diese betreffen zum Beispiel schwer kranke Patienten, die Probleme bei der Krankheitsbewältigung haben und die Therapie häufig gänzlich vermeiden.

Essstörungen: Bulimie oder Anorexie führen insbesondere durch Erbrechen zu massiven Erosionen und starkem Untergewicht.^{2,4}

Zahnbehandlungsangst: Allein an einer Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert leiden in Deutschland ca. fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung, die zur Vermeidung von Zahnarztbesuchen und dadurch oftmals schlechtem Zahnstatus führt.⁵

Psychogene Zahnersatzunverträglichkeit: Meist ist nicht die vermutete Materialunverträglichkeit die Ursache, sondern die mangelnde Akzeptanz des Patienten für seine Prothese. Patienten beschreiben ausstrahlende Schmerzen, Zungen- und Schleimhautbrennen, Geschmacksirritationen, Schluckbeschwerden und Probleme beim Speichelfluss, die Zahnärzte jedoch nur bei bestätigtem Befund behandeln können.

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD): Die alleinige Ursache für eine CMD ist häufig schwer auszumachen, neben Rücken- und Nackenschmerzen sowie einer Trigeminusneuralgie kann Stress, insbesondere am Arbeitsplatz oder durch familiäre und finanzielle Probleme ein Auslöser sein. Eine interdisziplinäre Behandlung ist auch hier erforderlich.⁴

Stressinduzierte Parodontitis: Stress (kritisches Lebensereignis) führt durch gegebenenfalls verändertes Ernährungsverhalten und Vernachlässigung der Mundhygiene in Kombination mit vermehrter Plaque-Ansammlung unter Umständen zu Parodontitis. Dazu trägt auch das unter Stress vermehrt ausgeschüttete Interleukin-1 bei, das zur Zerstörung des Knochens beiträgt. Auch reduziert sich durch die gesteigerte Sympathikusaktivität der Speichelfluss.⁶

Bruxismus: Klinische Beobachtungen in Deutschland und den USA weisen darauf hin, dass die Coronapandemie stressbedingten Bruxismus verstärkt hat.¹

Einfluss von Antidepressiva

Etwa 20 Prozent der Patienten mit psychischen Komorbiditäten nehmen Antidepressiva ein. Neben Depressionen und Angststörungen werden sie zum Teil auch Off-Label zur Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt.⁷ Sie haben mitunter direkte orale Symptome zur Folge. Die gängigsten Antidepressiva sind:

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI):

Am häufigsten werden SSRI eingesetzt, unter anderem bei leichten bis mittelschweren Depressionen, Zwangs- oder Panikstörungen sowie Phobien.⁸ Sie verhindern die Wiederaufnahme von Serotonin in die Präsynapse und sorgen so für eine erhöhte Serotoninkonzentration im präsynaptischen Spalt.⁹ Neben Erschöpfung sind beispielsweise Xerostomie, Tremor, sexuelle Dysfunk-

tion, Unruhe und Übelkeit als Nebenwirkungen zu nennen. Da diese im Vergleich zu TZA und MAO-Hemmern geringer ausfallen, sind sie gemeinsam mit SNRI in der Regel die Erstlinientherapie.^{7,8} Auch Bruxismus wird mit Antidepressiva wie SSRI in Verbindung gebracht.^{10,11}

Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI):

Sie hemmen ebenso wie SSRI den „reuptake“ in präsynaptische Neurone, hier von Serotonin und Noradrenalin. Dies erhöht den Gehalt von Serotonin und Adrenalin außerhalb der Zelle.¹² Das Nebenwirkungsspektrum ähnelt dem von SSRI, hinzu kommen Tachykardie und Hypertonie durch die Inhibierung des Noradrenalins. Sie haben wie TZA einen analgetischen Effekt.^{7,8} Trotz dieser Eigenschaften könnten SSRI und SSNRI einen Risikofaktor für parodontale Gewebe darstellen, sprich: tiefere Taschen, mehr Taschen und mehr Attachmentverlust.^{13,14}

Trizyklische Antidepressiva (TZA):

TZA kommen in der Regel wie MAO-Inhibitoren als zweite Wahl zum Einsatz, wenn die SSRI oder SNRI-Therapie z. B. von Depressionen nicht erfolgreich war. Die einzelnen Wirkstoffe haben sehr unterschiedliche Wirkmechanismen. Imipramin ist eher antriebssteigernd, während Amitriptylin dämpfend wirkt. Sie inhibieren die neuronale Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin und erhöhen so die zentrale serotonerge und noradrenerge Neurotransmission. Sie blockieren außerdem Rezeptoren wie z. B. zentrale und periphere cholinerge, histaminerge oder α_1 -Adrenerge. Daher kann es zu Symptomen wie Blutdruckabfall, Mundtrockenheit, Sedierung und Verstopfung kommen.⁸

Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI):

Sie kommen bei Depressionen oder auch Morbus Parkinson zum Einsatz. Die Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase verlangsamt den Abbau von Neurotransmittern wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin sowie Hormonen wie Adrenalin. MAO-A-Hemmer können in Zusammenhang mit tyraminhaltigen Lebensmitteln wie Käse oder Wein bedrohliche Hypertonien auslösen. MAO-B-Inhibitoren führen bei Überdosierungen zu sympathischen Symptomen wie Pupillenweitstellung, Bluthochdruck, Tachykardie, Hyperthermie, Krampfanfällen bis hin zum Koma und Exitus letalis.^{7,8}

Johanniskraut:

Bei leichten oder mittelschweren depressiven Episoden kann Johanniskraut als pflanzliche, nebenwirkungsärmere Alternative angewendet werden.⁸

Wechselwirkungen von Antidepressiva mit zahnärztlichen Arzneimitteln

Antidepressiva können mit verschiedenen Medikamenten der zahnärztlichen Anwendung interagieren. So können insbesondere adrenalinhaltige Lokalanästhetika zu gefährlichen Blutdrucksteigerungen führen. Der Einsatz sollte demnach generell be-

schränkt werden, bei SSRI und atypischen Antidepressiva scheint es keine Interaktionen zu geben. Eine langsame und gegebenenfalls fraktionierte Injektion kann helfen, die systemische Aufnahme zu reduzieren. Da sie die Adrenalinwirkung potenzieren und verlängern, ist die blutdruck- und pulssteigernde Wirkung bei TZA und SSNRI möglich.¹⁵ Die Einnahme von TZA wird daher in Fachinformationen als Kontraindikation für einen Epinephrinzusatz aufgeführt. Die Gegenanzeige bezüglich Adrenalin gilt auch für MAO-Inhibitoren und zwar bis zu 14 Tage nach Beendigung der Einnahme.¹⁶ Sie interagieren zwar pharmakologisch nicht direkt mit adrenergen Agonisten, jedoch scheint die endogene Adrenalinausschüttung bei diesen Patienten, z. B. durch Angst oder Schmerzen, eine entscheidende Rolle zu spielen. Auch könnten adrenerge Rezeptoren gegenüber Sympathomimetika sensibilisiert sein. Bei Patienten mit dieser Medikation empfiehlt sich ein kardiovaskuläres Monitoring¹⁵ und der Einsatz adrenalinfreier Präparate, z. B. Ultracain® D ohne Adrenalin.^{17,18} In Kombination mit Opioiden kann es ebenfalls zu gefährlicher Blutdrucksteigerung oder schweren zentral-nervösen Störungen kommen. Bei den Antibiotika Gatifloxacin und Moxifloxacin können in Zusammenhang mit TZA gefährliche Herzrhythmusstörungen (Torsades des Pointes) ausgelöst werden. Die zentraldämpfende Wirkung der TZA kann durch Hypnotika, Sedativa (auch Lachgas und Benzodiazepine), Tranquilizer, Diphenhydramin und Doxylamin verstärkt werden.^{7,17} Auch Johanniskraut kann zu schweren Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten führen, z. B. mit oralen Kontrazeptiva, Antikoagulanzen, Immunsuppressiva, Zytostatika, Virostatika und Antiepileptika.⁸ Zahnärzte sollten sich des Risikos von Interaktionen, dem lebensbedrohlichen Serotoninsyndrom durch serotonerge Substanzen sowie hämodynamischen Veränderungen und Blutungen bewusst sein.¹⁹ SSRI und gegebenenfalls SSNRI erhöhen womöglich die Blutungsneigung durch die Reduktion von Thrombozyten. Studien zeigen eine mögliche Assoziation mit gastrointestinalen Blutungen. Im oralen Bereich wurden eine verlängerte Blutungszeit, Ekchymose, Petechien und Zahnfleischbluten beobachtet. Bei gemeinsamer Einnahme mit Thrombozytenaggregationshemmern oder Warfarin ist eine Potenzierung zu erwarten; vor allem aber bei nichtsteroidalen Antiphlogistika (NSAID), bei denen Studien eine Erhöhung des Risikos um das 4,25-Fache bis 12,2-Fache fanden.^{20,21}

Einfluss von Antidepressiva auf das Implantatüberleben

Aktuelle Studien liefern vermehrt Hinweise, dass insbesondere Antidepressiva einen Risikofaktor für Implantationen darstellen. So konnte festgestellt werden, dass Serotonin und Noradrenalin Einfluss auf den Knochenstoffwechsel haben. Während Serotonin die Osteoblastenproliferation induzieren kann, hemmen SSRI im Umkehrschluss die Knochenmineralisierung. Die Inhibition von Noradrenalin kann die Knochenbildung verringern und die Resorption erhöhen. Im Mausmodell (Howie et al. 2018) zeigte sich, dass SSRI die Knochenheilung verlangsamen.²² Eine Studie fand bei Männern unter Langzeit-SSRI-Therapie zudem

ein erhöhtes Osteoporoserisiko.²³ In einer retrospektiven klinischen Fall-Kontrollstudie häuften sich Implantatverluste bei systemischen Erkrankungen, Rauchern und im posterioren Unterkiefer. Die Einnahme von Antidepressiva könnte mit einem 4,3-fach erhöhten Risiko einhergehen. Insbesondere SSNRI stachen hier hervor.²⁴ Eine Metaanalyse fand ein insgesamt 3,73-fach erhöhtes Risiko für das Implantatversagen unter Antidepressiva.²⁵ Laut einer weiteren Studie könnte sich das Risiko nach voriger langfristiger Einnahme von SSRI (Sertralin) um 60 Prozent erhöhen, bei Gabe mehrerer Antidepressiva scheint es sich signifikant zu potenzieren.²⁶

Fazit

Mit schätzungsweise 20 Prozent ist die Zahl der zahnärztlichen Patienten, die unter psychischen Erkrankungen leiden, nicht zu vernachlässigen. Zahnärzte sind häufig die ersten, die Anzeichen wahrnehmen. Die Krankheitsbilder sind vielseitig und umfassen unter anderem diffuse Schmerzen, Depressionen, Zahnbehandlungsangst und Stress, welche sich auf das stomatognathe System auswirken, zum Beispiel als Burning-Mouth-Syndrom, CMD, Bruxismus oder auch Parodontitis. Eine interdisziplinäre Versorgung ist bei diesen Patienten von besonderer Bedeutung. Zudem können Antidepressiva Nebenwirkungen wie Xerostomie zur Folge haben und Wechselwirkungen mit allerlei anderen Medikamenten verursachen. Vorsicht ist insbesondere bei vasokonstriktorhaltigen Lokalanästhetika angebracht, welche die sympathomimetischen Symptome verstärken können. TZA und MAOI stellen daher eine Kontraindikation dar. Zu beachten sind zudem die eventuell erhöhte Blutungsneigung und ein Risiko für das Überleben von Implantaten.

Literatur



Bitte scannen Sie den QR-Code für **wichtige pharmazeutische Informationen!**

INFORMATION

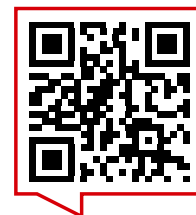
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin
Tel.: 0800 5252010 • www.dental.sanofi.de

BADISCHES FORUM

FÜR INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN

3./4. Dezember 2021
Kongresshaus Baden-Baden

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.badisches-forum.de



Themen:

Update Implantologie
Update Parodontologie

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

Referenten u.a.:

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas/Mainz
Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg
Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau
Prof. Dr. Michael Gahlert/München
apl. Prof. Dr. Christian Gernhardt/Halle (Saale)
Prof. Dr. Dr. Shahram Ghanaati/Frankfurt am Main
Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden
Prof. Dr. Dr. Adrian Kasaj, M.Sc./Mainz
Dr. Tomas Lang/Essen
Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz
Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg

Faxantwort an **+49 341 48474-290**

Bitte senden Sie mir das Programm zum BADISCHEN FORUM FÜR
INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programms.)

Stempel