

Burning Mouth Syndrom

Ein Leitfaden für die zahnärztliche Praxis

Immer häufiger beobachtet man im zahnmedizinischen Alltag Patienten, die sich mit einem Zungen- oder Schleimhautbrennen in der Praxis vorstellen. Die vielfältigen möglichen Ursachen für dieses als Burning Mouth bekannte Syndrom reichen dabei von lokalen dentooralen Veränderungen oder Auslösern, über systemische Stoffwechselerkrankungen bis hin zu psychischen Einflüssen. Der vorliegende Artikel will bei der zahnärztlichen Untersuchung der BMS-Patienten auf verschiedene Gesichtspunkte hinweisen und Hinweise für eine interdisziplinäre Betreuung des Patienten geben.

ZA Marcel Zöllner/Nürnberg

■ Wenn man sich in der Literatur die Beiträge zum Burning Mouth Syndrom (BMS) anschaut, fällt auf, dass es im Grunde keine einheitliche Definition des BMS gibt. Ein Konsens hinsichtlich Diagnostik und Therapie existiert ebenfalls nicht. Es sind jeweils unterschiedliche Beschreibungen, die die Sichtweise des jeweiligen medizinischen Fachbereichs (Psychologie, Allgemeinmedizin, HNO ect.) darlegen und daraus eine Behandlungsmethode entwickeln (Souza et al. 2003). Allen Definitionen gemeinsam ist, dass das Burning Mouth Syndrom (BMS) keine eigenständige Krankheit ist, sondern eine Gruppe von Symptomen, die das Beschwerdebild „Zungen- und Mundschleimhautbrennen“ charakterisiert. Das Hauptsymptom für das Burning Mouth Syndrom ist ein brennender oder kribbelnder Schmerz an Zunge, Lippen oder Mundschleimhaut, wobei keine sichtbaren klinisch-pathologischen Veränderungen auszumachen sind. Weitere begleitende Symptome wie Xerostomie, Dysgeusie oder Dysphagie kommen ebenfalls häufig vor (Reis und Reis 2004, Buchanan 2006).

Das BMS gilt als ein chronisches Schmerzsyndrom, das als Unterform dem atypischen Gesichtsschmerz zugeordnet wird. Man geht davon aus, dass es multifaktoriell auftritt, oft ist aber auch keine Ursache oder Auslöser zu bestimmen. Die Ätiopathologie ist bis heute nicht geklärt (Merskey und Bogduk 1994). Vor allem bei Frauen in der Postmenopause und zwischen dem 45.–60. Lebensjahr ist ein verstärktes Vorkommen des BMS zu beobachten (Forabosco und Negro 2003).

Die möglichen Ursachen sind vielfältig und reichen von lokalen Einflüssen aus der Mundhöhle (Prothesensto-

matitis, Lichen planus), über Stoffwechselveränderungen (Diabetes), Gastroenterale Erkrankungen (Gastritis), Mangelerscheinungen (Vitaminmangel), Allergien, immunologische oder neurologische Veränderungen bis hin zu psychischen Überbelastungen (Stress) (Barker und Savage 2005, Witt und Palla 2002).

Die Rolle des Zahnarztes in der BMS-Therapie

Der Zahnarzt ist meistens der erste Therapeut, der von Patienten mit BMS aufgesucht wird. Daher obliegt ihm eine verantwortungsvolle Aufgabe im Rahmen der BMS-Behandlung. Er muss den Patienten über die Diagnose und das Krankheitsgeschehen aufklären und ihn über die weiteren Schritte zur Ursachenforschung und Behandlung informieren. Es ist eine umfangreiche zahnmedizinische Untersuchung notwendig und ggf. müssen weitere Behandler anderer Fachbereiche hinzugezogen werden (Tab. 1). Der zahnärztliche Behandler sollte auch dem Patienten von Anfang an die Möglichkeit erklären, dass die Beschwerden nicht nur physische Ursachen, sondern auch psychische Einflüsse haben könnten. Es besteht sonst die Gefahr, dass bei einem erfolglosen Behandeln der somatischen Erkrankung der enttäuschte Patient den nächsten Arzt aufsucht und es so zu einer „Patientenkarriere“ mit zahlreichen Konsultationen und vielen unterschiedlichen Diagnosen und Therapieansätzen führen könnte (Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK: Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, komplementäre Verfahren in der Zahnheilkunde, psychosomatisch bedingte Prothesenunverträglichkeit und Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich).

Zahnärztliche Untersuchung beim BMS

Die Aufgabe des Zahnmediziners bei der Behandlung des BMS besteht darin, auszuschließen, dass es in der

Aufgaben des Zahnarztes bei der BMS-Therapie
1. Aufbau eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses
2. Aufklärung des Patienten über das BMS
3. Ausschließen von dentooralen Ursachen für das BMS
4. Festlegung, ob ein echtes oder falsches BMS vorliegt
5. Koordinieren der interdisziplinären Therapie

Tabelle 1