

Diabetes mellitus und Parodontitis – eine Herausforderung für die Zahnarztpraxis

Ein Großteil der erwachsenen Bevölkerung leiden unter Diabetes mellitus und Parodontitis. Aktuelle Zahlen bestätigen uns, dass ein erheblicher Teil der Patienten in jeder Zahnarztpraxis mindestens von einer dieser Erkrankungen betroffen ist und zeigt uns somit die dringende Notwendigkeit auf, das in der Behandlung unserer Patienten mit zu berücksichtigen.

Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.

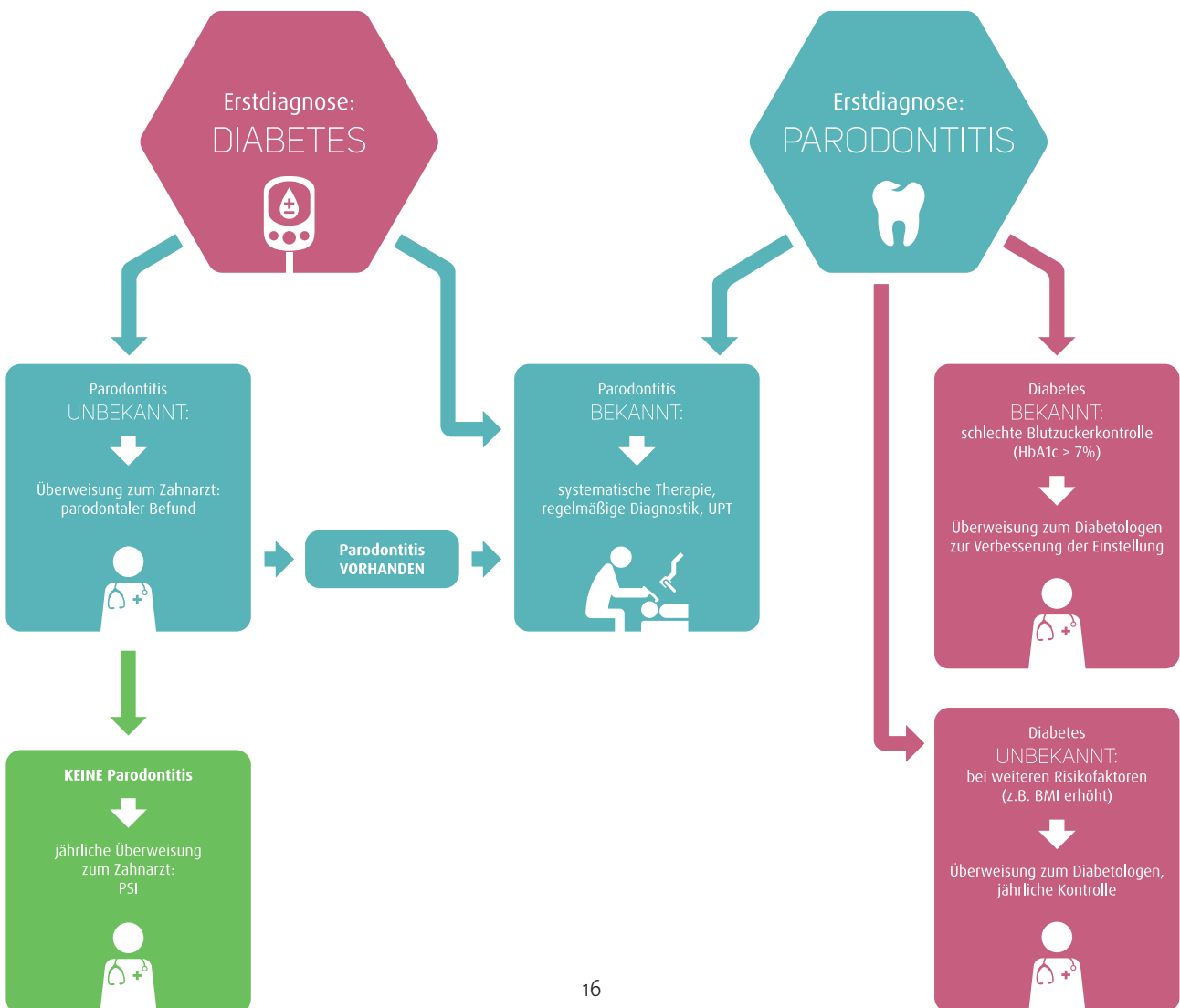


■ Diabetes mellitus und Parodontitis sind komplexe chronische Erkrankungen, die einen erheblichen Teil der erwachsenen Bevölkerung betreffen. Etwa sechs Millionen Menschen in Deutschland ist ihre Diabetesdiagnose bekannt, eine Dunkelziffer an bisher nicht diagnostizierten Erkrankungsfällen von zwei bis fünf Millionen Menschen wird vermutet (Rathmann und Tamayo, 2013). Für Deutschland nimmt man ungefähr 31 Millionen Parodontitiserkrankte an (Holftreter et al., 2010). Aus diesen Zahlen ist leicht abzulesen, dass ein erheblicher Teil der Patienten in jeder Zahnarztpraxis an mindestens einer dieser Erkrankungen leidet. Mit der weiteren Alterung unserer Bevölkerung, dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen auch im fortgeschrittenen Alter noch einen großen Teil ihrer natürlichen

Zähne haben und der Tatsache, dass auch zunehmend jüngere Menschen an einem Diabetes erkranken, wird daraus eine gewaltige Herausforderung an das Disease Management in der ambulanten Versorgung.

Publikationen und Studien geben (noch) keine Auskunft

In den letzten Jahren wurden in einer Vielzahl von Publikationen wechselseitige Interaktionen zwischen beiden Erkrankungsbildern beschrieben. Leider sind diese fundierten theoretischen Grundlagen noch längst nicht ausreichend bei Internisten und Zahnärzten bekannt



und werden daher viel zu selten in der täglichen Behandlungsroutine berücksichtigt.

Auch wenn der bakterielle Biofilm mit seinen zahlreichen parodontopathogenen Mikroorganismen immer die notwendige Ursache für die Entstehung der Parodontitis bleibt, so hat ein bestehender Diabetes mellitus in erheblichem Maß Einfluss auf die Krankheitsentwicklung: Bei Diabetikern mit unzureichender Einstellung des Blutglukosespiegels ist mit einer verstärkten parodontalen Gewebedestruktion zu rechnen, der durchschnittliche klinische Attachmentverlust ist signifikant erhöht. Ebenso ist die Regenerationsfähigkeit des Gewebes reduziert (Grossi und Genco, 1998). Die Parodontitis muss also zu den typischen Folgeschäden einer länger bestehenden Hyperglykämie gerechnet werden.

Gleichzeitig gewinnt aber auch die Erkenntnis an Bedeutung, dass der glykämische Status abhängig von chronischen parodontalen Entzündungen ist. In mehreren systematischen Reviews von randomisierten klinischen Studien wird eine Senkung des HbA_{1c}-Wertes, der den langfristigen Blutzuckerspiegel abbildet, allein durch nichtchirurgische Parodontaltherapie um etwa 0,4 % angegeben (Engelbreton und Kocher, 2013; Teeuw et al., 2010; Simpson et al., 2010). Damit erreicht die Parodontitistherapie fast den Effekt einer ergänzenden antihyperglykämischen Medikation, ohne allerdings die Inzidenz von zum Teil schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkungen zu steigern (Nathan et al., 2008). In den bisherigen Studien ist in der Regel nur der kurzfristige positive Effekt der Parodontaltherapie über wenige Monate dokumentiert, Beobachtungen über einen längeren Zeitraum in der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) sind selten. Im Rahmen der 1. Kölner Mundgesundheitsstudie soll nun an der *praxis* Hochschule der langfristige Einfluss eines systematischen parodontalen Betreuungskonzeptes auf die Kontrolle des Diabetes mellitus überprüft werden.

Ein ganzheitlicher interdisziplinärer Ansatz ist erforderlich

Als Erklärung für den negativen Einfluss der Parodontitis auf die Stoffwechselregulation werden unter anderem Entzündungsmoleküle genannt, die bei jeder chronischen Entzündung aus dem erkrankten Gewebe in den Blutkreislauf gelangen und z.B. die Insulinwirkung beeinträchtigen. Aus epidemiologischen Beobachtungen ist bekannt, dass eine zunehmende Glukoseintoleranz und ein steigender HbA_{1c}-Wert im direkten Zusammenhang mit dem Ausmaß der parodontalen Erkrankung stehen (Demmer et al., 2010; Saito et al., 2004). Das Risiko zur Ausbildung eines Diabetes Typ 2 ist abhängig vom Schweregrad der parodontalen Erkrankung (Demmer et al., 2008). Eine bestehende Parodontitis kann bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren wertvolle Hinweise auf eine bisher unerkannte Diabeteserkrankung liefern (Lalla et al., 2011).

Schon aus dieser kurzen Einführung wird deutlich, dass es sich beim Diabetes, aber auch bei der Parodontitis

letztlich um Systemerkrankungen handelt, die einen ganzheitlichen interdisziplinären Ansatz zur optimalen Betreuung der Patienten erfordern. Bei bekannter Diabetesdiagnose sollte der Patient schon vom behandelnden Diabetologen genauso über sein erhöhtes Parodontitisrisiko aufgeklärt werden, wie es für andere Spätschäden wie etwa die Retinopathie oder das diabetische Fußsyndrom seit Langem üblich ist. Nach der Erstdiagnose des Diabetes und danach einmal jährlich ist eine Überweisung zur zahnärztlichen Untersuchung angezeigt, wobei hier natürlich der Schwerpunkt auf die parodontale Diagnostik gelegt werden muss.

Betreuung von Diabetikern

Für das zahnärztliche Team gilt:

- Die Patienten müssen intensiv über die bestehenden Zusammenhänge zwischen ihrer Diabeteserkrankung und einer möglichen Parodontitis informiert werden.
- Die parodontalen Parameter müssen zumindest anhand des Parodontalen Screening Index (PSI) einmal jährlich kontrolliert werden, um eine rechtzeitige Diagnose sicherzustellen. Bei Verdacht auf eine bestehende Parodontitis ist eine vollständige Befunderhebung notwendig.
- Diabetiker benötigen eine besonders intensive prophylaktische Betreuung und, bei Bedarf, eine sorgfältige Parodontalbehandlung mit einer funktionierenden Erhaltungstherapie.^{12,13}
- Patienten mit hohen oder stark schwankenden Blutglukosewerten (HbA_{1c} > 7 % oder Blutglukose nüchtern > 100 mg/dl) sollten vor einer umfangreicheren Behandlung zu einem diabetologischen Konsil überwiesen werden.

Dem Screening von bisher unbekanntem Diabeteserkrankungen muss in der Zahnarztpraxis in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden, da viele unserer Patienten, außer einer vielleicht einmal jährlichen zahnärztlichen Untersuchung für das Bonusheft der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne konkreten Anlass keinen Arzt aufsuchen. Bei bestehender Parodontitis und zusätzlich bekanntem Diabetesrisiko (erbliche Belastung, erhöhter BMI) sollte eine Überweisung zur Stoffwechselkontrolle beim Diabetologen erfolgen, die Verdachtsdiagnose „Diabetes“ kann zusätzlich durch einen Schnelltest des Blutzuckerspiegels oder des HbA_{1c}-Wertes beim Zahnarzt untermauert (nicht ersetzt!) werden. ■



■ KONTAKT

Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.

praxis Hochschule
Neusser Str. 99
50670 Köln
p.hahner@praxishochschule.de

