

Nikotinbedingte Symptommaskierung als Herausforderung:

Rauchen ist Risikofaktor Nummer 1 für Parodontitis.

Rauchen verursacht weltweit rund 40 Millionen Parodontitis-Erkrankungen und ist damit der Risikofaktor Nummer 1 für die Entstehung der Volkskrankheit Parodontitis. In der entsprechenden Multicenterstudie um Schwendicke mit Daten aus 186 Ländern konnten die Universitäts-Arbeitsgruppen den Prädilektionsfaktor „Rauchen“ erneut bestätigen und nachweisen, dass Parodontitis nach dem 50. Lebensjahr die häufigste Ursache für Zahnverlust ist¹. Aber auch andere Gewebe und physiologische Prozesse im Mundraum sind durch Nikotin bzw. Tabakrauch einem hohen Risiko ausgesetzt. Beispielsweise wird die Speichelbildung vor allem in den zahlreichen kleinen Speicheldrüsen gestört und es kann zu Mundtrockenheit kommen. Zusammen mit der Beeinflussung der Geschmackspapillen ist die geschmackliche Sensorik verändert. Nikotin ist der Inhaltsstoff, der hauptsächlich für die „angenehme Gefühlslage“ und die suchtmachende Wirkung verantwortlich ist. Wie herkömmliche Zigaretten können auch Liquids, die in eZigaretten „verdampft“ werden, überwiegend Nikotin enthalten, dessen Wirkung dieselbe ist wie bei herkömmlichen Tabakzigaretten.

Maskierung des Symptoms „Blutung“.

Nikotin führt bei Konsum über einen längeren Zeitraum zwangsläufig zu einer Vasokonstriktion, die eine adäquate Immun- und Regenerationsantwort des Gewebes erschwert. Der Tabakkonsum maskiert zudem durch die Nikotinwirkung das Kardinalsymptom einer möglichen Parodontitis, nämlich die Blutung auf Sondierung oder vorab beim Zähneputzen, und erschwert es dem Patienten, eine mögliche Erkrankung festzustellen. Dies wird auch durch die Tatsache begünstigt, dass Parodontitiden häufig schmerzfrei expandieren. Wird dann eine Lockerung des betroffenen Zahns vom Patienten festgestellt, kann die Prognose schon schlecht sein. Im Folgenden wird auch eine Parodontitis-Therapie durch gleichzeitigen Tabakkonsum (Rauchen) erschwert, da die Heilung des Zahnhalteapparates durch die vom Nikotin konstringierten Gefäßkomplexe stark erschwert wird. Andere orale Läsionen, die mit Tabakkonsum (auch Kautabak) einhergehen können, sind unter anderem: Nikotinstomatitis, rauchlose Tabakkeratose (durch ‚Snooze‘, also Kautabak, ausgelöst), Haarzunge, Leukoplakie, Plattenepithelkarzinom oder das Schleimhaut-Melanom. Hier kommt dem Zahnarzt oder dem zahnärztlichen Team in der Praxis hinsichtlich der Früherkennung von oralen Präkanzerosen eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen der idealerweise halbjährlichen Untersuchungen hat der Zahnarzt die Möglichkeit, kleine Läsionen oder etwaig etablierte Präkanzerosen zu erkennen und selbst zu intervenieren oder zum chirurgischen

THEMENANGEBOT (KURZVERSION) RAUCHEN & PARODONTITIS

(Stand: 04.11.2020)

Kollegen zu überweisen. Diese Früherkennung ist bei oralen Präkanzerosen extrem wichtig und eine echte Chance, da sie die Fünf-Jahre-Überlebensrate stark verbessert, die Neoplasie in der Folge gänzlich therapiert wird und der Patient wieder vollständig genesen kann².

Herausforderung der Therapie – Umstellung der Mundhygiene-Gewohnheiten.

Diagnose und Therapie einer Parodontitis sind zu Recht zahnärztliches Hoheitsgebiet. Die sichere Diagnose ist nur in der zahnärztlichen Praxis möglich. Für eine erste Information und ein erstes Bewusstwerden eines möglichen Problems gibt es jedoch online verfügbare Tests wie zum Beispiel den Parodontitis-Risiko-Test (www.aminomed.de/parodontitis-risiko-test). Dieser kann auf eine mögliche Zahnfleischerkrankung hinweisen, die dann zahnärztlich abgeklärt und gegebenenfalls therapiert werden muss. Regelmäßiges Monitoring der relevanten parodontalen Indizes hilft, den Patienten weiter zu motivieren. Verbesserte Plaque- und Blutungsindizes zeigen dem Patienten, dass er auf dem richtigen Weg ist. Beim anspruchsvollsten Bereich der Therapie, der Umstellung der Mundhygiene, zeigen die verbesserten Werte, dass sich der Einsatz des Patienten für eine bessere Mundhygiene lohnt.

Parodontitis – Verbreitung und Bewusstsein.

Karies und Parodontitis sind als Volkskrankheiten anerkannt. Während die Karieserkrankung in den weitesten Teilen der Bevölkerung bekannt ist und auch, wie man sie vermeiden kann, ist dies bei der entzündlichen Volkskrankheit Parodontitis noch nicht weitreichend der Fall. Für Betroffene ist eine Selbstdiagnose oder das Monitoring einer Parodontitis-Erkrankung, wie beispielsweise bei einer Hypertonie, eigentlich nicht möglich. Eine sichere Diagnose kann hier nur der behandelnde Zahnarzt stellen. Wie wichtig diese zahnärztliche Früherkennung ist, zeigt die fünfte Deutsche Mundgesundheits-Studie von 2016, die beschreibt, dass ab einem Alter von 35 Jahren bereits 52 Prozent der Bevölkerung von Parodontitis betroffen sind³. Zahnfleischbluten ist ein relativ sicheres Zeichen für zumindest eine Zahnfleischentzündung. Blutendes Zahnfleisch sollte zahnärztlich abgeklärt und ggf. behandelt werden. Vor allem bei rauchenden Patienten ist durch die bereits beschriebene Kaschierung des Kardinalsymptoms „Zahnfleischblutung“ besonders sorgfältig vorzugehen. Die reduzierte Durchblutung der gingivalen Gewebe kann eine Diagnose der Blutung auf Sondierung oder „Zahnfleischbluten beim Zähneputzen“ erschweren. Diese wichtigen Teilaspekte zum Tabakkonsum im Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung zu verankern bleibt Herausforderung der zahnärztlichen Aufklärung.

Fazit

THEMENANGEBOT (KURZVERSION) RAUCHEN & PARODONTITIS

(Stand: 04.11.2020)

Ein Rauchstopp führt immer zu einer verbesserten Mundgesundheit. Der Verzicht auf Tabakprodukte oder Liquids lohnt sich also in jedem Fall. Bei einer Parodontiserkrankung schlägt ein Faktor besonders zu Buche: Raucher haben ein höheres Risiko, eine Parodontitis zu entwickeln. Rauchen kann die Erkrankung durch verschlechterte Blutungswerte kaschieren und eine Parodontistherapie wird erschwert, da die Heilung durch die Noxen des Tabakrauches verzögert wird. Dementsprechend kann professionell ein (gegebenfalls unterstützter) Rauchstopp, flankiert von einer motivierten Mundhygiene mit Hilfe einer guten Zahnbürste und einer schonenden Zahncreme für die Zahnfleischpflege, die Parodontitis-Prognose erheblich verbessern. So optimieren die Patienten ihre Mundgesundheit und können zusammen mit dem zahnärztlichen Team wieder entzündungsfreie Verhältnisse herstellen. Sanfte, gründliche Reinigung mit einer speziell für die Zahnfleischpflege entwickelten Zahncreme wie etwa der medizinische Kamillenblüten-Zahncreme Aminomed sind die Voraussetzung für entzündungsfreie und zahnfleischgesunde Verhältnisse in der Mundhöhle. Vor allem bei rauchenden Patienten ist eine besonders sorgfältige Zahnfleisch- und Zahnpflege sehr sinnvoll. Schonende Zahncremes, die bei niedrigem Scheuerwert (RDA) eine sehr gute Reinigung (Pellicle Cleaning Ratio, PCR) vereinen sind in diesem Zusammenhang zu empfehlen. All jenen, die keinen kompletten Rauchstopp „einlegen“, sei umso dringender empfohlen, mindestens zwei Mal pro Jahr vom Zahnarzt den Parodontitis-Status abklären zu lassen.

Aminomed: Kamillenblüten-Zahncreme für gesundes Zahnfleisch.

Die medizinische Kamillenblüten-Zahncreme mit sehr wertvollen Eigenschaften für die tägliche Zahnpflege, ist besonders geeignet bei ersten Zahnfleischproblemen und für Sensitiv-Patienten. Natürliche Parodontitis-Prophylaxe leisten antibakterielle Inhaltsstoffe wie Bisabolol, Panthenol und der Blütenextrakt der Echten Kamille. Sie helfen, das Zahnfleisch zu pflegen und zu kräftigen und bestehende Entzündungen abklingen zu lassen. Ein spezielles Doppel-Fluorid-System aus Aminfluorid (800ppm) und Natriumfluorid (400ppm) zusammen mit Xylit härtet den Zahnschmelz und beugt Karies nachhaltig vor. Aminomed schützt vor Schmerzempfindlichkeit*. Der RDA-Wert liegt bei sanften 50. (UVP seitens Dr. Liebe: 2,49 €/75ml-Tube.)

Quellen:

¹ Schwendicke F, Dörfer CE, Meier T. Global smoking-attributable burden of periodontal disease in 186 countries in the year 2015. *J Clin Periodontol.* 2017.

² Taybos G. Oral changes associated with tobacco use. *Am J Med Sci.* 2003;326(4):179-182.

³ DMS V: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, Jordan A. R., Micheelis W., 2016.