

Parodontitis behandeln, HbA_{1c} senken

PRAXISTIPP ■ Obwohl Diabetiker besonders häufig unter Entzündungen des Zahnhalteapparats leiden, wird diese Komorbidität nicht selten vernachlässigt. Dabei verbessert eine parodontale Therapie nicht nur die Zahngesundheit, sondern auch die Stoffwechselkontrolle.

DR. RÜDIGER HÖFLECHNER

Parodontitis ist weltweit die sechshäufigste chronische Erkrankung. Aber so richtig ernst genommen werden Zahnfleischbluten und Zahnfleischschwund von den meisten Menschen nicht: sicher lästig und unangenehm, aber doch nicht gefährlich? Ein Blick in die Literatur belehrt eines Besseren: Parodontitis ist nicht nur die häufigste Ursache für Zahnverlust ab dem 35. Lebensjahr, sondern erhöht unter anderem auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Frühgeburtlichkeit und Typ-2-Diabetes.

Gefährliches Duo

Welche dramatischen Auswirkungen die Koinzidenz von Diabetes und Parodontitis hat, zeigte eine Studie an 628 Pima-Indianern mit Diabetes mellitus: „Wenn die Betroffenen zusätzlich noch eine schwere Parodontitis hatten, stieg ihr Risiko, an einer ischämischen Herzkrankheit zu versterben, um das 2,3-Fache“, berichtet Dr. Corinna Bruckmann, Leiterin des Prophylaxecenters der Universitätszahnklinik Wien. „Todesfälle durch diabetische Nephropathien waren in der Parodontitisgruppe sogar 8,5-mal häufiger.“

Dass Diabetiker häufiger unter einer Parodontitis leiden, bestätigte 2011 eine Metaanalyse von 49 Studien: Sowohl die Prävalenz als auch der Schweregrad und die Progression der Parodontitis waren mit dem Vorliegen eines Diabetes und der Qualität der Blutzucker-Einstellung assoziiert. Verantwortlich dafür dürfte das

Zusammenspiel verschiedener pathogenetischer Mechanismen sein: Zum einen führen erhöhte Spiegel von Advanced-Glycation-Endproducts (AGEs) zu einer verstärkten Chemotaxis und Rekrutierung von Entzündungszellen im parodontalen Gewebe. Neben einer generell erhöhten Entzündungsneigung weisen Diabetiker aber auch eine verzögerte Heilung auf. Zudem trägt das bei vielen Diabetikern vermehrte Bauchfett als endokrines Organ durch die Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen zum chronischen Entzündungsprozess bei.

Die Beziehung zwischen Diabetes und Parodontitis ist übrigens keine einseitige: Nicht-Diabetiker mit schwerer Parodontitis haben im Schnitt höhere Blutzuckerspiegel und ein erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken. In der japanischen Hisayama-Studie entwickelten normoglykämische Personen mit tiefen parodontalen Taschen innerhalb von zehn Jahren signifikant häufiger eine gestörte Glukosetoleranz als die Kontrollgruppe mit gesundem Zahnfleisch.

Parodontale Therapie

Bei einer ausgeprägten Parodontitis ist die Wundfläche etwa so groß wie die Handinnenfläche des Patienten. Durch Ausräumen der Zahnfleischtaschen und Reinigen der Zahnwurzeloberfläche versucht man zu erreichen, dass sich das Zahnfleisch wieder an den Zahn anlegt und die Wundfläche möglichst klein wird oder im Idealfall sogar verschwindet. Parodontale Therapie hat nichts mit professioneller Zahnreinigung zu tun: „Das sind zwei



Tiefe parodontale Taschen sind unbedingt behandlungsbedürftig.

völlig verschiedene Paar Schuhe“, betont die Expertin. „Parodontale Therapie ist eine Therapie in der tiefen Tasche. Da fließt bei einer starken Entzündung auch mächtig Blut!“ Durch die Behandlung erhöht sich nicht nur die Chance, die Zähne länger zu erhalten, sondern es verbessert sich auch die Stoffwechselkontrolle. In sieben Interventionsstudien mit insgesamt über 500 diabetischen Patienten konnte durch die parodontale Therapie eine mittlere Senkung des HbA_{1c}-Spiegels um 0,4 Prozent erreicht werden. Um zu verdeutlichen, was dieser Effekt für die Prognose des Diabetes bedeutet, zog Bruckmann den Vergleich mit zwei bekannten Studien: „In der UK

Prospective Diabetes Study führte die Senkung des HbA_{1c} um ein Prozent zu einer 35-prozentigen Verminderung diabetischer Komplikationen. In der Norfolk Diabetes Prevention Study konnte durch eine Verbesserung des HbA_{1c} um 0,2 Prozent eine Verringerung der kardiovaskulären Mortalität um 10 Prozent erreicht werden.“

Mehr Zusammenarbeit

Trotz dieser schon länger bekannten Zusammenhänge zwischen Glukosestoffwechsel und Parodontitis wird der Gesundheit des Zahnfleisches in der Diabetestherapie nach wie vor viel zu selten Beachtung geschenkt. „Im Österreichischen Di-

abetesbericht 2013 finden sich kein einziges Mal die Worte Zahn, Zahnfleisch, Zahnfleiscentzündung oder Zahnarzt“, kritisiert Bruckmann. Die Generalsekretärin der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie erklärt, wie eine ideale Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Internisten und Allgemeinmedizinern aussehen könnte: Bei der Erstdiagnose eines Diabetes mellitus sollten die Patienten vom behandelnden Arzt auch über den Zusammenhang von schlecht eingestelltem Diabetes und Parodontitis und die Bedeutung der täglichen häuslichen Mundhygiene aufgeklärt werden. Ebenso wichtig ist es, neudiagnostizierte Diabetiker zum Zahnarzt zu schicken, um einen parodontalen Befund erheben zu lassen. Findet sich eine Parodontitis, sollte diese bei Diabetikern unbedingt behandelt und regelmäßig kontrolliert werden. Ist das Zahnfleisch unauffällig, reichen jährliche Kontrollen beim Zahnarzt. Bruckmann nimmt aber auch ihre Fachkollegen in die Pflicht: Diagnostiziert der Zahnarzt eine Parodontitis, sollte er umgekehrt auch an der Zuckerstoffwechsel denken. Hat der Patient bereits einen bekannten Diabetes und ein HbA_{1c} > 7 Prozent, wird empfohlen, ihn mit dem Ziel einer Verbesserung der Einstellung an einen Diabetologen überweisen. Auch wenn kein Diabetes bekannt ist, jedoch zusätzliche Risikofaktoren vorhanden sind, sollte eine Überprüfung der Blutzuckerwerte veranlasst werden.

ÖDG-Jahrestagung; Salzburg, November 2016

ASS schützt Diabetiker-Herz nicht

FACHLITERATUR ■ Diabetiker ohne kardiovaskuläre Erkrankung profitieren nicht von einer prophylaktischen ASS-Einnahme. Das ist das ernüchternde Ergebnis einer japanischen Langzeitstudie.

2539 Typ-2-Diabetiker ohne Herzkreislauf-Erkrankungen nahmen daran teil und erhielten randomisiert ASS in niedriger Dosierung (81 bzw. 100 mg) oder blieben ohne den Plättchenhemmer. Primärer Endpunkt war das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse (z.B. KHK, Schlaganfall, pAVK, plötzlicher Tod). Nach median 10,3 Jahren fand sich zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied (Hazard Ratio, HR, für ASS 1,14). Adjustierte und Sensitivitätsanalysen änderten nichts an diesem Ergebnis. Dafür erlitten mehr Probanden aus der ASS-Gruppe gastrointestinale Blutungen (2 vs. 0,9 %).

Warum Diabetiker nicht auf diese Prophylaxe ansprechen, die in der



ASS brachte mehr GI-Blutungen, aber keinen Nutzen fürs Herz.

Allgemeinbevölkerung durchaus schon Erfolge zeigte, ist bislang unklar. Möglicherweise haben Zuckerkrankte eine Plättchendysfunktion bzw. einen erhöhten Turnover der Thrombozyten oder es besteht bei ihnen eine ASS-Resistenz. **ABR**

DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025760

BZ-Ziele im Heim überschätzt

STUDIE ■ Altersheim-Bewohner dürften von strenger Blutzucker-Einstellung offenbar nicht profitieren. Das konnte eine US-Studie zeigen.

US-Forscher gingen der Frage nach, ob eine strenge Blutzuckerkontrolle sich bei betagten Diabetikern auf die Hilfsbedürftigkeit im Alltag und die Mortalität auswirkt. Dazu untersuchten sie 7459 Bewohner von Altersheimen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes.

Zu Beginn der Studie wurde die Hilfsbedürftigkeit der Probanden mithilfe des MDS-ADL*-Scores eingeschätzt. Zusätzlich wurde der HbA_{1c}-Wert jeweils vor und nach dieser Evaluation gemessen und daraus der HbA_{1c}-Ausgangswert berechnet. Eine Verschlechterung des MDS-ADL-Scores um mindestens zwei Punkte gegenüber dem Ausgangswert und bei zwei aufeinanderfolgenden Messungen wurde in der Studie als anhaltender Funktionsabfall gewertet.

Da es sich um Altersheime für Veteranen handelte, waren über 98 Prozent der Studienteilnehmer männlichen Geschlechts; das Durchschnittsalter der Probanden betrug 76 Jahre.

Probanden unterschiedlich hilfsbedürftig

Bei knapp der Hälfte von ihnen lag der HbA_{1c}-Wert bei Aufnahme in die Studie zwischen 6 und 6,9 Prozent. Etwa jeder sechste Teilnehmer hatte einen ADL-Score von 17 Punkten oder mehr, was auf einen Bedarf an umfangreicher Hilfe bei den meisten täglichen Aktivitäten hinweist (0 = völlig unabhängig; 28 = vollständig auf Hilfe angewiesen). Mehr als zwei Drittel der Patienten blieben nur vorübergehend in den Einrichtungen.

Die Wissenschaftler teilten die Teilnehmer gemäß ihres HbA_{1c}-Ausgangswertes in vier Gruppen ein (6 bis 6,9 %; 7 bis 7,9 %; 8 bis 8,9 % und mehr als 9 %). Anschließend beurteilten sie ihre körperliche Funktionsfähigkeit über die folgenden zwei Jahre. Das Ergebnis: Der HbA_{1c}-Ausgangswert hatte keine Auswirkung auf eine anhaltende funktionelle Verschlechterung. Auch zu Todesfällen kam es in allen Gruppen gleich häufig. Die Autoren schließen daraus, dass eine konsequente glykämische Kontrolle für diese Patienten keinen Vorteil bringt. **BE**

* Activities of daily living

DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.6949