Von- und Miteinander lernen: MED DENT-Veranstaltung zu Gynäkologie und Zahnheilkunde

Selten hat ein Referententeam den Gedanken hinter der MED DENT-Fortbildungsreihe der Zahnärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer und dem Pfaff-Institut so gut verstanden und vorgelebt wie im Juni 2012 die beiden Referenten von der Universität Greifswald, Prof. Dr. Thomas Kocher und Prof. Dr. Alexander Mustea. „Das Konzept ist, dass Medizin und Zahnmedizin Schnittstellenbereiche von beiden Seiten beleuchten", sagt Initiator Dr. Helmut Kesler, Mitglied des Vorstandes der Zahnärztekammer Berlin.

„Besonders erfolgreich ist unser Fortbildungsprojekt, wenn schon bei den Vorbereitungen die jeweiligen Referenten zusammenarbeiten und so das interdisziplinäre Denken auch im eigenen Umfeld etablieren - so, wie es diesmal mit den beiden Referenten seitens der Universität Greifswald vorbildlich geschehen ist." Solcherart Zusammenarbeit übertrage sich auf das Auditorium und motiviere ebenfalls zu interdisziplinären Projekten nicht zuletzt für die zahnärztliche Praxis.

Thema der beiden Greifswalder Referenten war die Schnittstelle von Gynäkologie und Zahnheilkunde – ursprünglich angelegt auf den Aspekt „Schwangerschaft", dann aber seitens der Referenten erweitert, weil sich bei den Vorbereitungen zusätzliche interessante Aspekte ergaben. Nach einem Crash-Kurs für die Mediziner zur Relevanz der Parodontitis („Nach dem 40. Lebensjahr geht jeder zweite Zahn aufgrund parodontaler Probleme verloren") gab Professor Kocher Einblicke in das „Geflecht von Risikofaktoren" („Eine Parodontitis ist nie allein mundhygienebedingt“) - und zeigte die klassischen Schwangerschafts-Folgen für das orale System wie beispielsweise Schwangerschafts-Gingivitis. Hier riet er unbedingt zur Vorsicht vor offensichtlich wirkendem Behandlungsbedarf: Es gebe schwellungsbedingt gelegentlich bis zu 6 mm tiefe Taschen – diese zeigten aber keinen wirklichen Attachmentverlust und bildeten sich nach Entbindung und Rückkehr des hormonellen Systems auf den „Normalzustand" auch wieder zurück. Es reiche aus, in diesem Fall zu polieren. Solcherart betroffene Patientinnen sollten sicherheitshalber öfter einbestellt und kontrolliert werden. Auch eine Schwangerschafts-Epulis, die bei rund einem Prozent der Schwangeren beobachtet wird, stelle keine Indikation zu einer Behandlungsmaßnahme, so lange die Patientin unter dieser nicht leide – sie bilde sich nach der Entbindung in der Regel ebenfalls zurück, hier gelte es, die Patientin zu beruhigen.

Medikation: Beachtenswertes für die ZahnarztpraxisDen Fokus sowohl auf risikoarme wie auch risikobehaftete Medikation bei Schwangerschaft legte Professor Mustea, betonte aber auch: Schwangere seien keine Kranke, sondern „gesunde Frauen in einem besonderen Zustand". Da sich eine Schwangerschaft meist erst nach den ersten Wochen bemerkbar mache, erhielten „unerkannt" Schwangere in diesem Frühstadium vielfach ärztlich verordnete Medikamente - je nach Präparat und Intensität der Dosis führe dies hin und wieder zu einem unbemerkten Frühverlust des Kindes. Vor allem bis zur 16. Woche sei das Risiko für unerwünschte Folgen einer Medikation deutlich erhöht, sinke dann wieder, und steige gegen Ende noch einmal an. Der Organismus arbeite mehr, der Blutfluss sei verstärkt und eiweißreicher als sonst. Bei einer Medikation sei zu beachten, dass Schwangere „oft anders, schneller und auch heftiger reagieren. Man weiß nie, wann Medikamente individuell bei Frau oder Kind toxisch wirken." Tetracycline könnten Konsequenzen für die Zahnentwicklung haben, auch Spina Bifida stehe im Zusammenhang mit einer Medikation während der Schwangerschaft. Anomalien allerdings seien öfter Alkohol-Folgen. Professor Mustea: „Seien Sie also sehr zurückhaltend mit der Gabe von Schmerzmitteln!" Unter anderem solle Ibuprofen nicht verordnet werden (siehe Tabelle). Auch Antibiotika seien plazentagängig. Es sei zu beachten, in welcher Phase der Schwangerschaft die Patientin sei, generell sei – außer bei Unverträglichkeit – Penicillin das Mittel der Wahl.

Stillphase: Hinweise zu MedikamentenAchtsamkeit gelte auch in der Zeit des Stillens, da fast alle Medikamente in der Muttermilch nachgewiesen werden konnten. Notfalls solle die stillende Mutter abpumpen und bis zum Abschluss der möglichst kurzen Antibiose das Kind künstlich ernähren. Monopräparate seien generell sinnvoller als Kombinationsmedikamente. Gemeinsam mit Professor Kocher wies Professor Mustea auf mögliche, wenn auch letztlich nicht bestätigte Zusammenhänge von Parodontitis und Frühgeburt hin. Unabhängig von der letzten Klärung möglicher direkter Verbindungen sei Prophylaxe und damit die Reduzierung von Oralkeimen auf jeden Fall sinnvoll. „Frühchen sind sehr teuer", sagte Professor Kocher. Sei es tatsächlich möglich, durch PA-Behandlung die Anzahl der Frühgeburten zu senken, habe dies eine enorme Auswirkung auf die Versorgungskosten. Die Studienlage zeige, dass „die Wissenschaft hier eher schwimmt". Eine Parodontalbehandlung gelte zwar nicht als kausales Risiko für Fehlgeburten, solle dennoch möglichst vermieden werden und im Notfall im zweiten Trimester einer Schwangerschaft erfolgen. Auf die Rückfrage aus dem Teilnehmerkreis, wie es mit der Chlorhexidin-Gabe aussehe, empfahl Professor Kocher deutliche Zurückhaltung im ersten Trimester, im zweiten und dritten könnten Spülungen möglich sein, ebenso in der Stillphase.

Abschließend stellte er ergänzend schlaglichtartig weitere Aspekte der Verbindung Gynäkologie und Mundgesundheit vor und machte deutlich, dass die interdisziplinäre ZahnMedizin noch viele Fragen klären müsse.

Zusammenstellung auf der Grundlage der Präsentationsfolien:

Lokalanästhetika in der Schwangerschaft• placentagängig

• bisher keine teratogenen Effekte beobachtet

• dürfen auch in SS zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie eingesetzt werden (gilt auch für Präparate mit Adrenalinzusatz)

• zu bevorzugen:

- Präparate, die rasch inaktiviert werden: z. B. Procain

- Präparate mit hoher Proteinbindung: z. B. Bupivacain, Etidocain oder Articain

• zu meiden:

- Prilocain (wegen vergleichsweise höherem Risiko der Methämoglobinbildung)

Lokalanästhetika in der Stillzeit• treten in Muttermilch über (bei hoher Eiweißbindung in geringerem Ausmaß)

• möglich bei üblicher Anwendung, z. B. im Rahmen einer Zahnarztbehandlung (gilt auch für Präparate mit Adrenalinzusatz)

• die meisten Erfahrungen bestehen mit: Lidocain, Bupivacain, Articain

• zu meiden: Prilocain (Methämoglobinbildner in stärkerem Ausmaß als andere Lokalanästhetika)

NSAR in der Schwangerschaft• Empfohlene Medikamente: Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin.

• Bis 28. SSW: Verwendung der o. g. Medikamente.

• Ab 28. SSW: relativ kontraindiziert, da Tokolyse und vorzeitiger Verschluss des Ductus arteriosus (pulmonale Hypertonie) möglich.

• Bei Behandlung in dieser Zeit: regelmäßige sonographische Kontrolle des fetalen Kreislaufs, Ausschluss eines Oligohydramnion.

• Behandlung mit anderen Mitteln dieser Gruppe: keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

• Alternativen für letztes Schwangerschaftsdrittel?

- gründliche Nutzen-Risiko-Abwägung,

  schwere RA erfordert weiteren Einsatz der Substanzen

- reine Schmerztherapie: Paracetamol

NSAR in der Stillzeit• Entscheidungsgrundlagen: M/P-Quotient, Plasmaeiweißbindung, Halbwertszeit, Erfahrungen mit dem Präparat.

• Mittel der Wahl: Ibuprofen, Flubiprofen.

• Bei gelegentlicher Einnahme zulässig: Azapropazon, Dicolfenac Flufenaminsäure.

• Nicht zu empfehlen: Acemetacin, Etofenamat, Indometacin, Ketoprofen, Lonazolac, Mefenaminsäure, Meloxicam, Nabumeton, Naproxen, Nifluminsäure, Piroxicam, Proglumetacin, Tenoxicam, Tiaprofen.

• Versehentliche Einnahme der nicht empfohlenen Mittel erfordert kein Abstillen, Medikation sollte aber umgestellt werden.