



**University of
Zurich** ^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Mundtrockenheit - was kann der Zahnarzt tun?

Imfeld, T

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-6404>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Imfeld, T (2008). Mundtrockenheit - was kann der Zahnarzt tun? *Dentalworld*, 3:5-7.

Mundtrockenheit

Empfehlungen zur Betreuung von Patienten mit Oligosialie oder Xerostomie

T. Imfeld

Einleitung

Die physiologische Mundflüssigkeits- oder Gesamtspeichelmenge beträgt durchschnittlich ca. 750ml pro Tag. Im Ruhezustand produzieren die Submandibulardrüsen mit ca. 70% die Hauptmenge, während bei Stimulation (Nahrungsaufnahme etc.) die Parotisdrüsen mit 60% den grössten Speichelanteil liefern. Die Restmenge nach Schlucken beträgt etwa 0.8 bis 1ml. Mundflüssigkeit ermöglicht die Geschmacksperzeption, dient als Gleitmittel für den Kau- und Schluckakt, hat Verdauungsfunktion (Amylase) und ist an der Wasserhaushaltregulation durch Beeinflussung des Durstempfindens beteiligt. Schutzfunktionen der Mundflüssigkeit sind unter anderem die Lubrifikation der Mukosa, die Remineralisation der Zahnhartsubstanzen, Pufferwirkung auf Säuren, eine antibakterielle und koagulierende Wirkung sowie die Exkretion von Schadstoffen.

Eine verminderte oder fehlende Aktivität einzelner oder mehrerer Speicheldrüsen äussert sich in geringem (Oligosialie) oder in gänzlichem Fehlen von Mundflüssigkeit (Xerostomie). Die Prävalenz der Mundtrockenheit beträgt bei Frauen 20 bis 46%, bei Männern 23-26%. Referenzwerte der Speichelfliessratenbestimmung (Durchschnittsdaten aus der Literatur) für Oligosialie beziehungsweise Xerostomie :

15 Min. unstimuliert:	≥ 0.2 ml/min	physiologisch (normal)
	0.1 - 0.19 ml/min	Oligosialie (etwas wenig)
	< 0.1 ml/min	Xerostomie (viel zu wenig, trocken)
5 Min. stimuliert:	≥ 2.0 ml/min	physiologisch (normal)
	0.5 - 1.9 ml/min	Oligosialie (etwas wenig)
	< 0.5 ml/min	Xerostomie (viel zu wenig, trocken)

Ursachen der Mundtrockenheit

Die Ursachen für Oligosialie oder Xerostomie sind vielfältig. Schon eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme kann den Speichelfluss beeinträchtigen. Abnahme des Durstgefühls und eine damit verbunden geringere Trinkmenge ist oft Ursache für im fortgeschrittenen Lebensalter auftretende Mundtrockenheit. Mundatmung, häufig verursacht durch eine Behinderung der Nasenatmung, kann einen zusätzlichen Faktor darstellen. Im klinischen Alltag ist die Einnahme von Medikamenten mit xerogener Nebenwirkung die häufigste Ursache für Mundtrockenheit. Wichtig ist deshalb eine genaue Anamnese bezüglich der Medikationen der Patienten, um gegebenenfalls auf Alternativen umstellen zu können. Eine Reduktion der Mundflüssigkeitsmenge kann auch durch die Störung der neuralen Steuerung der Speicheldrüsen, bei Erkrankungen oder Traumata der Nervi facialis und glossopharyngeus, der sympathischen Fasern des Ganglion cervicale oder der Chorda tympani verursacht werden. Andere Ursachen sind mechanische Blockierung der Drüsenausführungsgänge sowie Erkrankungen oder Bestrahlung der Drüse. Mundtrockenheit kann auch Folge einer Grunderkrankung

sein. In diesem Zusammenhang tritt sie am häufigsten beim so genannten Sjögren-Syndrom auf. Dieses ist charakterisiert durch die Leitsymptome Xerostomie, Keratokonjunktivitis sicca und bestehende rheumatoide Arthritis. Nicht selten treten zusätzlich rekurrende Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen auf. Die Diagnose wird häufig zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr gestellt, wobei oft schon über viele Jahre Beschwerden bestanden haben. Frauen sind sehr viel häufiger betroffen als Männer (9:1). Zur Diagnosesicherung des Sjögren-Syndroms sind weitergehende Untersuchungen durch den Internisten notwendig

Folgen der Mundtrockenheit

Das Fehlen von Speichel wirkt sich direkt auf die orale Schleimhaut und die Zähne aus. Die Schleimhäute werden schmerzempfindlich, gerötet, atroph, bluten schon bei leichten Irritationen und sind viel anfälliger auf bakterielle, virale und mykotische Infektionen. Mundtrockenheit führt zu Durstgefühl, Dysphonie (Sprechschwierigkeiten) und Dysgeusie (Schluckschwierigkeiten). Die auftretenden Kau- und Schluckbeschwerden verleiten die Patienten oft zu einer Schonkost, welche Karies verursacht. Aufgrund der schmerzenden Schleimhaut wird die Mundhygiene meist nur eingeschränkt oder mangelhaft durchgeführt, was wiederum das Kariesrisiko erhöht und Mundgeruch verursacht. Klinisch imponiert die Karies bei mundtrockenen Patienten durch generalisiertes Auftreten von grossflächigen Demineralisationen. Der Schmelz wird kroidig und brüchig, das Dentin gummiartig weich. Die Progredienz ist schnell. Bei einer ausgeprägten Mundtrockenheit können bis zu zwei neue kariöse Läsionen pro Monat entstehen.

Diagnose der Mundtrockenheit

Allgemeinanamnestisch kann man bei Patienten mit Mundtrockenheit häufig folgende Beschwerden finden: Durstgefühl, Kau- und Sprechschwierigkeiten, Stress, Dauermedikationen, Radiotherapie, schneller Karieszuwachs und Erkrankungen der Mundschleimhaut. Bei der oralen Inspektion ist das Fehlen eines Mundflüssigkeitssees im Mundboden des Patienten charakteristisch. Wird der für eine zahnärztliche Untersuchung üblicherweise notwendige Speichelzieher nicht benötigt, so ist dies bereits ein klares Indiz für verminderten Speichelfluss. Ebenso offensichtliche Hinweise sind überdurchschnittlich viel Zahnbeläge und Zahnhalskaries sowie Schmelzverluste an Höckern und Inzisalkanten. Die intraorale Untersuchung zur Verifizierung einer Xerostomie umfasst zusätzlich das Ausstreichen der großen Kopfspeicheldrüsen und die stumpfe Sondierung der entsprechenden Ausführungsgänge. Ist kein klares Sekret ausmelkbar und sind die Speicheldrüsenausführungsgänge nicht sondierbar, ist dies zusammen mit einer „positiven Fingergleitbremse“ (Handschuhe „kleben“ beim Ausstreichen/Austasten des Vestibulums an der Mundschleimhaut) ein Zeichen für verminderten Speichelfluss. Weiterführend wird eine Speichelfliessratenbestimmung durchgeführt. Für die unstimulierte Speichelfliessratenmessung erhält der Patient einen vorher gewogenen Messbecher, in den er über 15 Minuten sämtliche anfallende Mundflüssigkeit entleert. Für die stimulierte Messung erhält der Proband wiederum einen gewogenen Messbecher, dazu einen geschmackfreien Paraffinkaugummi. Er wird angewiesen, auf diesem zu kauen und im Zeitraum von 5 Minuten sämtliche anfallende Mundflüssigkeit in den Messbecher zu entleeren. Anschliessend wird der Messbecher wieder gewogen (1g = 1ml).

Zahnärztliche Betreuung und Medikation von Xerostomie- und Oligosialiepatienten

Bei Patienten mit erniedrigtem Speichelfluss beziehungsweise Xerostomie besteht ein hohes Kariesrisiko, da die Spül- sowie die Remineralisations- und Pufferfunktion des Speichels gänzlich fehlen. Der xerostome Patient benötigt eine intensive oralprophylaktische Therapie und Betreuung sowie eine perfekte individuelle Heimpflege. Die Instruktion und Motivation zur optimalen Mundhygiene erfolgt im Rahmen der professionellen Zahnreinigung. Auf der Homepage des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich, im Downloadbereich der Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Epidemiologie stehen zwei Merkblätter mit Empfehlung zur Verfügung („Kariesrisikoeinteilungen & Empfehlungen“; „Xerostomie- und Oligosialiepatienten“

www.dent.uzh.ch/ppk/patienten/leistung/praeventivzahnmedizin.html).