

Mundschleimhauterkrankungen in der Alterszahnheilkunde

Bereits jetzt ist aufgrund der demographischen Entwicklung zu erkennen, dass die Patientengruppe der älteren Menschen vermehrt nicht nur medizinische, sondern auch zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Somit sollte sich der Zahnarzt in zunehmendem Maße auf die Besonderheiten der Senioren-generation in der Praxis einstellen. Neben der Behandlung von Karies und Parodontitis nehmen Mundschleimhauterkrankungen bei älteren Patienten einen hohen Stellenwert ein.

Ältere Menschen sind generell stärker von chronischen Erkrankungen betroffen, dies gilt gleichermaßen für Erkrankungen der Mundhöhle. Dazu zählen neben Karies und Parodontitis auch Mundschleimhauterkrankungen. Diese zu erkennen und entsprechend zu therapieren ist Bestandteil der täglichen zahnärztlichen Arbeit. Sie können die Lebensqualität beeinträchtigen, eine prä-maligne Veränderung darstellen oder Hinweis auf eine systematische Erkrankung geben. Gründe dafür sind neben unerwünschter Arzneimittelwirkung die Verringerung der Speichelproduktion, die altersbedingte Einschränkung einer adäquaten Mundhygiene, aber auch das schwächer werdende Immunsystem. Die besondere Aufgabe des Zahnarztes liegt darin, physiologische Alterungsprozesse von pathologischen Veränderungen unterscheiden zu können. Häufige Krankheitsbilder in der Alterszahnmedizin sind z. B. die Hyposalivation, die medikamenteninduzierte Gingivahyperplasie, die orale Candidiasis sowie die Prothesenstomatitis^{1,2}.

Abb. 1 Faktoren, die eine Hyposalivation begünstigen.

Risikofaktoren
Radiatio im Kopf-Hals-Bereich
Sjögren-Syndrom
Nikotinabusus
Speicheldrüsentumoren
Sialadenitis/Sialadenose
Medikamenteneinnahme: <ul style="list-style-type: none"> • ACE-Hemmer • Calciumkanalantagonisten • Antidepressiva • Histamin-Rezeptorantagonisten • Beta-Blocker • Diuretika • Anticholinergika
Diabetes mellitus
Progressive systemische Sklerose (Sklerodermie)
Dehydratation

Xerostomie und Hyposalivation

Der Begriff Xerostomie beschreibt das subjektive Gefühl der Mundtrockenheit, wohingegen die Hyposalivation eine objektive Minderung der Speichelproduktion darstellt. Etwa 30–60 % der über 65-Jährigen leiden unter einer chronischen Mundtrockenheit. Entgegen früherer Annahmen, dass die Speichelsekretion im Alter generell abnimmt, handelt es sich erwiesenermaßen um eine pathologische Veränderung der Speicheldrüsen. Gründe dafür sind eine reduzierte Flüssigkeitsaufnahme, Bestrahlung und Autoimmunerkrankungen wie das Sjögren-Syndrom. Hauptursache stellen jedoch Medikamente

dar (Abb. 1). Mit steigendem Alter werden Patienten häufig Medikamente verordnet, deren unerwünschte Nebenwirkung für eine reduzierte Speichelproduktion verantwortlich ist, wie z. B. Antihypertensiva, Antidepressiva und Diuretika. Insbesondere in der Behandlung älterer Patienten ist eine regelmäßige Medikamentenanamnese daher dringend empfohlen.

Patienten mit Xerostomie leiden ständig unter dem Gefühl, einen trockenen Mund zu haben. Nicht selten wird dieses Gefühl von Flüssigkeitsmangel auch von Brennen der Mundschleimhaut und der Zunge begleitet. Das Sprechen kann infolge der reduzierten Speichelmenge erschwert sein und das Tragen einer Prothese als unangenehm empfunden werden oder ein Prothesenhalt erst gar nicht möglich sein^{1,3}. Auffällige klinische Symptome einer Hyposalivation sind trockene Lippen und Cheilitis angularis (Synonym: Mundwinkelrhagade, Perlèche, Angulus infectiosus; Abb. 2). Die Mundschleimhaut erscheint glanzlos und pergamentartig. Der Speichel wirkt zäh und ist eher weißlich trüb.

Neben der Befeuchtung und Benetzung der Mundschleimhaut mit Glykoproteinen dient der Speichel der Reinigung, der Nahrungsverdauung und der Regulierung des pH-Wertes. Der Speichel verfügt außerdem über Abwehrmechanismen gegenüber pathogenen Keimen⁴⁻⁶. Tritt die Hyposalivation aufgrund einer Strahlen- oder Chemotherapie bzw. bei Autoimmunerkrankungen wie dem Sjögren-Syndrom auf, ist die Symptomatik nahezu nicht zu lindern. Bei Patienten, die infolge einer Grunderkrankung (z. B. Diabetes mellitus) unter Mundtrockenheit leiden, kann die richtige Therapie (z. B. Blutzuckerein-



Abb. 2 Angulus infectiosus/Perleche bei einem unbezahnten Patienten mit Kieferkammatrophy und insuffizientem Zahnersatz. (Foto: Sarah Schneider)



Abb. 3 Gingivahyperplasie bei täglicher Einnahme des Medikaments Vocado (40 mg/10 mg, Olmesartan/Amlodipin, Fa. Berlin-Chemie, Berlin). (Foto: Sarah Schneider)

stellung) bereits zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden führen^{1,7}. Beruht die Mundtrockenheit auf der Einnahme von Medikamenten, sollte im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt gegebenenfalls eine Dosisreduktion oder idealerweise eine Umstellung der Medikation erfolgen. Alternativ ist die Gabe eines Speicheleratzmittels indiziert. Bei bezahnten Patienten ist ein Speicheleratzmittel mit Fluorid zu bevorzugen^{1,3,6}.

Medikamentös induzierte Hyperplasie der Gingiva

Die medikamentös induzierte Gingivahyperplasie gilt als unerwünschte Nebenwirkung bei der Einnahme bestimmter Medikamente. Dazu zählen Antiepileptika, Immunsuppressiva und Calciumkanalblocker. Die Ciclosporin-induzierte Gingivahyperplasie beruht auf einer Wachstumsstimulation gingivaler Fibroblasten. Die häufigste Manifestation findet sich im Bereich der Interdentalpapillen der Frontzähne (Abb. 3)^{8,9}.

Die medikamentös induzierte Gingivahyperplasie wird häufig durch eine bakterielle Infektion verstärkt. Ur-

sächlich hierfür ist oftmals die erhöhte Plaqueretention durch eine reduzierte Mundhygiene in diesem Bereich. Aufgrund einer Pseudotaschenbildung ist neben der beeinträchtigten Kau- und Hygienefähigkeit besonders die Ästhetik im Frontzahnbereich stark eingeschränkt.

Die Therapie besteht nach interdisziplinärer Rücksprache aus der medikamentösen Umstellung, einer Unterweisung in der Mundhygiene und letztlich der chirurgischen Intervention im Sinne einer Gingivektomie⁹.

Orale Candidiasis

Einige Candida-Arten sind Teil der kommensalen Flora der Mundhöhle und ihr alleiniger Nachweis stellt noch keine Pathogenität dar. Bestimmte Risikofaktoren begünstigen eine Candida-Infektion, dazu zählt die Einnahme bestimmter Arzneistoffe. Beispielhaft hierfür sind Steroid-Aerosole bei Allergikern oder Asthmatikern. Auch eine Xerostomie kann infolge sinkender lokaler Abwehr zu einer Candidiasis führen. Infektionskrankheiten im Mundbereich können durch das Tragen eines herausnehmbaren Zahnersatzes begünstigt werden, da dieser als Keimreservoir wirkt^{2,10,11}.

Das klinische Bild der Candidiasis unterscheidet eine akute oder chronische Form. Das typische Erscheinungsbild der akuten (auch pseudomembranösen) Candidiasis ist der weiße, abwischbare Belag auf erythematösem Grund. Das klinische Bild einer chronisch-atrophischen (auch erythematösen) Candidose ist die glatte, intensiv gerötete Mundschleimhaut ohne abwischbaren, weißen Belag. Diese Form wird häufig bei Prothesenträgern diagnostiziert^{2,12}. Ein weiteres Symptom der oralen Candida-Infektion ist die Perleche (Angulus infectiosus). Risikofaktoren sind schlechtsitzender Zahnersatz und Hyposalivation.

Die Diagnostik der Candida-Infektion erfolgt mithilfe eines Abstrichs der Mundschleimhaut. Bei einer bestätigten Candida-Infektion sollten zunächst prädisponierende Faktoren untersucht und wenn möglich beseitigt werden^{2,12}.

Candida-Infektionen sind in erster Linie durch die lokale Anwendung eines Antimykotikums therapierbar. Nach Abklingen der Symptome sollte die Antimykotikagabe zwei Wochen lang fortgesetzt werden. Eine adäquate Mundhygiene bildet die Grundlage für eine effiziente Therapie. Sie kann durch regelmäßige Chlorhexidin-Mundspülungen unterstützt



Tab. 1 Gängige Medikation bei einer oralen Candida-Infektion (für die genaue Dosierung siehe Beipackzettel).

Präparat	Dosierung
Ampho-Moronal Lutschtabletten (Dermapharm AG, Grünwald, Germany)	4 x täglich eine Lutschtablette nach den Mahlzeiten bis 48 h nach Symptombfreiheit
Ampho-Moronal Suspension (Dermapharm AG, Grünwald, Germany)	4 x täglich 1 ml Suspension nach den Mahlzeiten bis 48 h nach Symptombfreiheit
Nystaderm Mundgel (Dermapharm AG, Grünwald, Germany)	mehrmals täglich auf die betroffene Stelle bis zur Symptombfreiheit

werden. Im klinischen Alltag hat sich eine lokale Therapie in Form von Lutschtabletten, Gels oder Suspensionen bewährt (Tab. 1)^{2,12}.

Prothesenstomatitis

In der Seniorenzahnheilkunde tritt die Prothesenstomatitis als häufige Mundschleimhauterkrankung auf. Klinisch zeigt sich ein Erythem, das für gewöhnlich ausschließlich auf den Bereich des harten Gaumens begrenzt ist, welcher von der Prothese bedeckt ist. Begünstigende Risikofaktoren sind das dauerhafte (auch nächtliche) Tragen eines gewebebedeckenden Zahnersatzes und Rauchen. Die Ätiologie ist vermutlich multifaktoriell, die häufigste Ursache besteht aber in einer Candida-Infektion. Beim Nachweis der Infektion sollte dem Patienten zusätzlich zur lokalen antimykotischen Therapie die nächtliche Prothesenkarenz und die Prothesenreinigung mit Chlorhexidin empfohlen werden^{2,13}.

Fazit für die Praxis

- Zu den häufigsten Mundschleimhauterkrankungen in der Alterszahnheilkunde zählen die Xerostomie und Hyposalivation, die medikamenteninduzierte Gingivahyperplasie, die orale Candidose sowie die Prothesenstomatitis.

- Die Hyposalivation ist stets Folge einer pathologischen Veränderung der Speicheldrüsen.
- Die medikamenteninduzierte Gingivahyperplasie gilt als unerwünschte Nebenwirkung einiger Medikamente.
- Bei einer bestätigten Candida-Infektion sollten prädisponierende Risikofaktoren eruiert und wenn möglich beseitigt werden.
- Die Prothesenstomatitis tritt insbesondere beim dauerhaften Tragen von Zahnersatz auf.

Literatur

1. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician* 2008;78:845–852.
2. Ewan V, Staines K. Diagnosis and management of oral mucosal lesions in older people: A review. *Reviews in Clinical Gerontology* 2008;18:115–128.
3. Astrom AN, Lie SA, Ekback G, Gulcan F, Ordell S. Self-reported dry mouth among ageing people: a longitudinal, cross-national study. *Eur J Oral Sci* 2019;127:130–138.
4. Meyer-Lueckel H, Kielbassa AM. Use of saliva substitutes in patients with xerostomia. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2002;112:1037–1058.
5. MacDonald DE. Principles of geriatric dentistry and their application to the older adult with a physical disability. *Clin Geriatr Med* 2006;22:413–434.
6. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003;134:61–69; 118–119.

7. Cartee DL, Maker S, Dalonges D, Manski MC. Sjogren's Syndrome: Oral Manifestations and Treatment, a Dental Perspective. *J Dent Hyg* 2015;89:365–371.
8. Willershausen-Zonnchen B, Lemmen C, Hamm G. The effect of cyclosporin A (CyA) on the growth and metabolic activity of gingival fibroblasts. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1991;101:18–23.
9. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. *J Indian Soc Periodontol* 2013;17:182–187.
10. Zaremba ML, Daniluk T, Rozkiewicz D et al. Incidence rate of Candida species in the oral cavity of middle-aged and elderly subjects. *Adv Med Sci* 2006;51(Suppl 1):233–236.
11. Hebecker B, Naglik JR, Hube B, Jacobsen ID. Pathogenicity mechanisms and host response during oral Candida albicans infections. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2014;12:867–879.
12. AWMF. Orale Candidose. Leitlinie Nr. 013/006. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/082-005.html>
13. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology* 2005;22:168–176.



Dr. Sarah Schneider

Praxisklinik für Mund-, Kiefer-, Gesicht- und Halschirurgie, Rostock
E-Mail: info@implantate-sievershagen.de