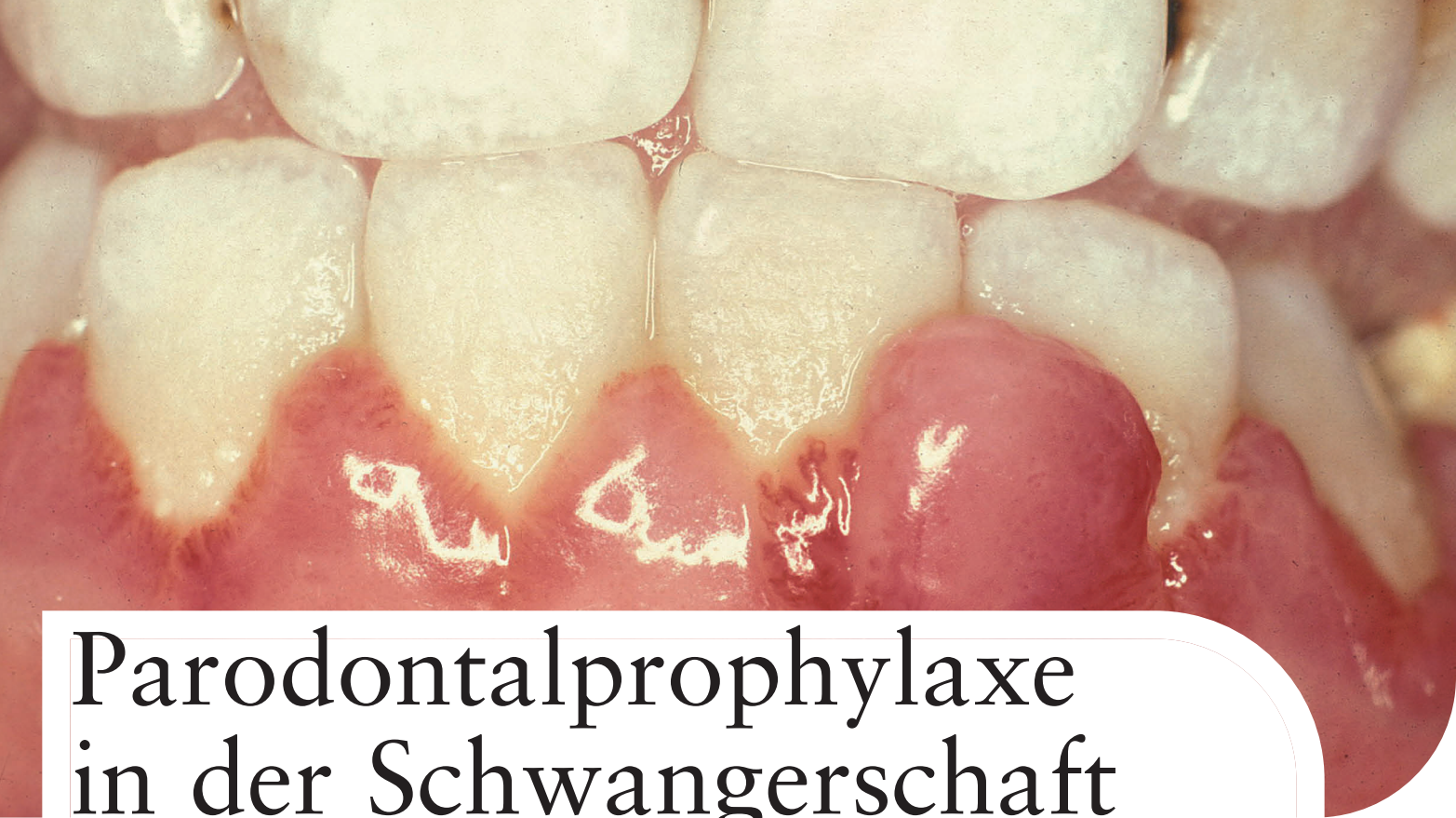




Parodontalprophylaxe in der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft sind regelmäßige orale Prophylaxemaßnahmen empfehlenswert. Eine Parodontitis sollte nicht-chirurgisch im zweiten oder dritten Trimenon therapiert werden. Wichtig ist das Einhalten der Recalls. DR. ANJA KÜRSCHNER, PROFESSOR DR. PETRA RATKA-KRÜGER

Bei der zahnärztlichen Behandlung von Schwangeren ergeben sich immer wieder Unsicherheiten, die teilweise dazu führen, dass Schwangere mit Schmerzen entweder gar nicht oder ohne Anästhesie behandelt werden. In der Regel sind diese Bedenken unbegründet und im Gegenteil, eine zahnärztliche Behandlung ist für Mutter und Kind von gesundheitlichem Nutzen. Da es in der Schwangerschaft zu hormonell bedingten Veränderungen der Gingiva kommt, wird im Folgenden speziell auf die Prophylaxe und Therapie der parodontalen Erkrankungen eingegangen.

Parodontale Veränderungen

Während der Schwangerschaft wird eine bestehende plaquebedingte Gingivitis verstärkt und zeigt die stärkste Ausprägung im achten Schwangerschaftsmonat [Literatur 1] (Abb. 1 und 2).

Bei etwa fünf Prozent der Schwangeren kann sich daraus lokalisiert oder generalisiert eine entzündliche Gingivavergrößerung entwickeln, ein sogenanntes pyogenes Granulom (Abb. 3) [Literatur 2]. Schwangerschaftsbedingte gingivale Veränderungen bilden sich in der Regel nach der Geburt zurück [Literatur 3]. Ursache für diese gingivalen Veränderungen sind u. a. die stimulierende Wirkung von Östrogen auf die Fibroblastenproliferation

und die immunsupprimierende Wirkung des Progesterons [Literatur 4]. Die entstandenen Pseudotaschen erleichtern eine weitere Anlagerung von Bakterien und erschweren eine adäquate Mundhygiene.

Die Bakterienflora unterscheidet sich bei schwangeren von nicht-schwangeren Frauen. Bei Schwangeren werden bis zu 55-fache Werte für *Bacteroides Spezies* [Literatur 1, 5] und verstärkt *Campylobacter rectus* nachgewiesen. Eine erhöhte Inzidenz von Parodontitis in der Schwangerschaft ist nicht bekannt.

Parodontitis und Frühgeburt

Zwischen einer schweren Parodontitis und einer Frühgeburt vor der 32. Schwangerschaftswoche (SSW) konnte ein Zusammenhang mit einer Risikoerhöhung um den Faktor 7 festgestellt werden [Literatur 6 und 7]. Bei Einschluss leichter Parodontitisformen werden die Zusammenhänge mit einer Frühgeburt vor der 37. SSW kontrovers diskutiert. In einer Metaanalyse hatten schwangere Frauen mit parodontaler Erkrankung ein 4,3-fach höheres Risiko für eine Frühgeburt [Literatur 8]. Eine deutsche Studie zeigte dagegen keinen Zusammenhang [Literatur 9]. Zudem konnte zwischen einer Parodontitis der Mutter und einer Wachstumsretardierung des Fötus in einigen Studien ein Zusammenhang



Abb. 1: Schwangerschaftsgingivitis. [Foto: Ratka-Krüger, Uniklinikum Freiburg]



Abb. 2: Schwangerschaftsgingivitis mit Schwellung und Retraktion. [Foto: Kürschner]

nachgewiesen werden. Mütter von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht zeigten oral vermehrt die parodontalpathogenen Keime *P. micros*, *C. rectus* und *P. gingivalis* [Literatur 10].

Das Risiko einer Präeklampsie (Vorstufe der lebensbedrohlichen Eklampsie/Schwangerschaftsintoxikation) ist bei Vorliegen einer Parodontitis um etwa 76 Prozent erhöht und in dem Zusammenhang auch das Risiko einer Frühgeburt sowie späten Fehlgeburt [Literatur 11].

Die Studien, die einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Frühgeburt nachweisen konnten, wurden größtenteils in niederen sozialen Schichten durchgeführt.

Prophylaxe und Gingivitistherapie

Da gerade in der Schwangerschaft häufig eine ausgeprägte Gingivitis vorliegt, ist ein systematisches Prophylaxeprogramm in dieser Patientengruppe von großer Bedeutung.

Prophylaxemaßnahmen während der Schwangerschaft unterscheiden sich nicht wesentlich von einer „normalen“ Prophylaxesitzung. Sie umfassen eine professionelle Zahnreinigung und eine Mundhygieneinstruktion (Abb. 4). Die Prophylaxehelferin sollte jedoch zusätzlich eine Aufklärung über schwangerschaftsbedingte Veränderungen vornehmen, damit die Patientin für eine Verbesserung der Mundhygienemaßnahmen sensibilisiert wird. In diesem Zusammenhang sollte auch schon an das zukünftige Kind gedacht werden und eine Aufklärung zur Primär-Primär-Phylyaxe (d.h. Vermeidung von Keimübertragungen auf das Kind) erfolgen. Eine Verängstigung im Hinblick auf ein Frühgeburtenrisiko sollte vermieden werden.

Es ist immer wieder festzustellen, dass Schwangere bei Zahnfleischbluten aus Angst vor weiterer Blutung die Interdentalraumpflege einstellen oder gar das Zähneputzen reduzieren. Dies führt in einen Teufelskreis, den es zu durchbre-

chen gilt. Sowohl dem Zahnarzt als auch der Prophylaxehelferin kommen hierbei wichtige Aufgaben zu.

Im zahnärztlichen Kinderpass der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg wurden diese Erkenntnisse bereits aufgegriffen und die zahnärztliche Betreuung von Schwangeren im dritten und achten Monat empfohlen.

Parodontitistherapie

Bei Vorliegen einer Parodontitis wird eine nicht-chirurgische systematische Parodontitistherapie, bestehend aus einer Vorbehandlung zur Verbesserung der Mundhygiene und Mundhygienefähigkeit und einem anschließenden Scaling und Wurzelglätten, durchgeführt. Eine Behandlung sollte bei Schwangeren möglichst im zweiten oder Anfang des dritten Trimenons stattfinden [Literatur 19].

■ Eine **Schmerztherapie** sollte unabhängig vom Zeitpunkt in jedem Fall durchgeführt werden [Literatur 20], da die Stresssymptomatik unter Schmerzen einen ungünstigeren Einfluss auf Mutter und ungeborenes Kind nehmen kann,

Dr. Anja Kürschner



studierte Zahnmedizin an der Universität Ulm und anschließend arbeitete sie als Ausbildungsassistentin in allgemein zahnärztlicher Praxis in Friedrichshafen. Seit 2004 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der Universität Freiburg und seit 2006 als Referentin im Curriculum Parodontologie am Fortbildungsinstitut für Zahnärzte in Freiburg (FFZ) aktiv. Seit 2008 leitet Kürschner Studentenurse mit dem Behandlungsschwerpunkt Parodontologie. Kontakt: anja.kuerschner@uniklinik-freiburg.de www.uniklinik-freiburg.de



Abb. 3: Pyogenes Granulom im achten Schwangerschaftsmonat. [Foto: Ratka-Krüger]



Abb. 4: Durchführung einer Mundhygieneinstruktion bei einer Schwangeren im achten Schwangerschaftsmonat. [Foto: Kürschner]

als die negativen Folgen einer Behandlung. Aus diesem Grund sollte bei schmerzhaften Behandlungen auch eine **Anästhesie** verabreicht werden. Aufgrund der hohen Proteinbindung und raschen Metabolisierung ist Articain das Anästhetikum der Wahl und sollte mit einer maximalen Adrenalin-Konzentration von 1:200.000 kombiniert werden.

■ Eine **Röntgendiagnostik** sollte nur in Einzelfällen unter Abwägung einer kritischen Nutzen-Risiko-Analyse frühestens ab dem 2. Trimenon durchgeführt werden. Durch das Tragen einer Bleischürze wird die fetale Exposition auf ein Minimum reduziert, das sich gegen Null bewegt [Literatur 21].

■ **Chirurgische Parodontalbehandlungen** sollten auf die Zeit nach der Geburt verschoben werden. Ein pyogenes Granulom, das die Nahrungsaufnahme behindert, Schmerzen verursacht oder stark blutet, sollte auch schon während der Schwangerschaft entfernt werden. Nach der Geburt kommt es jedoch in den meisten Fällen zu einer Spontanremission [Literatur 20].

Bei Patientinnen mit erhöhtem Frühgeburtenrisiko sollte eine Absprache mit dem behandelnden Gynäkologen erfolgen und ggf. eine Antibiotikaphylaxe überdacht werden.

Fazit

Während der Schwangerschaft sind regelmäßige orale Prophylaxemaßnahmen empfehlenswert. Bei Vorliegen einer Parodontitis sollte eine nicht-chirurgische Therapie im zweiten oder dritten Trimenon durchgeführt und auf einen regelmäßigen Recall geachtet werden. □

Wissenschaftlicher Hintergrund

- Bei einer Parodontitis werden bakterielle Virulenzfaktoren wie z. B. Lipopolysaccharide (LPS) gram-negativer Bakterien freigesetzt. Makrophagen können nach Kontakt mit LPS verschiedene proinflammatorische Zytokine, wie Interleukine und Prostaglandin, freisetzen, die in der Sulkusflüssigkeit nachgewiesen werden. Im Fruchtwasser wurden diese Zytokine vermehrt bei Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit und Frühgeburt gefunden [Literatur 12].
- Mikrobiologisch betrachtet werden bei Entzündungen in der Fruchtblase häufig Fusobakterien gefunden [Literatur 13, 14]. Für den häufig vorkommenden Parodontalkeim *Fusobacterium nucleatum* konnte bei Mäusen eine Verbreitung über die Blutgefäße, endotheliale Invasion sowie Eindringen in die Fruchtblase nachgewiesen werden. Die venöse Injektion von *F. nucleatum* führte bei Mäusen zu Frühgeburten bzw. Totgeburten [Literatur 15].
- Der orale Nachweis von parodontalpathogenen Keimen zeigte eine 2,9-fach höhere Prävalenz bei Müttern mit Frühgeburt [Literatur 16]. In tierexperimentellen Studien konnte *P. gingivalis* von Föten aufgenommen werden und führte zu einer konzentrationsabhängigen Abnahme des fetalen Gewichts um 11,4 bis 24 Prozent [Literatur 17, 18].
- In zwei Interventionsstudien konnte eine signifikante Reduktion der Frühgeburten um 10 bis 20 Prozent nach einer nicht-chirurgischen Parodontistherapie festgestellt werden. Eine zusätzliche Antibiotikagabe hatte keinen Benefit [Literatur 22, 23].