

Therapieempfehlung: Zahnmedizinische Probleme in Schwangerschaft und Stillzeit

Unter Berücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK, [1-3]), der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (OEZMK, [3]) und der Schweizerischen Gesellschaft für Zahnmedizin (SSO, [3-5]).

1. Indikationen

Die hormonellen Veränderungen während der Schwangerschaft begünstigen Veränderungen der mikrobiellen Mundflora und des Immunsystems und können so zu Erkrankungen der Zahnhartsubstanz (Karies) oder des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis) führen. Unter bestimmten Umständen kann dies das Ergebnis der Schwangerschaft (untergewichtige Frühgeburt) negativ beeinflussen [6,7]. Die Indikationen betreffen daher einerseits die Vermeidung bzw. Behandlung von Plaque bzw. einer Gingivitis/Parodontitis als auch einfachere konservierende Behandlungen der Zähne. Grundsätzlich sind eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine kritische Risikoabwägung vorzunehmen.

2. Kontraindikationen

- Elektive grössere Eingriffe; sie sind wenn möglich auf die Zeit **nach** der Entbindung und nach der Stillphase zu verlegen.

3. Therapieempfehlungen

- **Optimierung der Mundhygiene zur Vermeidung bakterieller Beläge (Plaque)**
Aufklärung und Instruktion der Frau im gebärfähigen Alter bzw. Frau mit Kinderwunsch, der Schwangeren und Stillenden
- Umfangreiche zahnärztliche/ parodontale Behandlungen werden idealerweise **vor Beginn der Schwangerschaft** durchgeführt.
- Wahl der idealen Zahnbürste
- Konsequentes Reinigen der Zähne mit einer Fluorid-haltigen Zahnpasta
- Reinigen der Zahnzwischenräume mit geeigneten Hilfsmitteln (Interdentalraumbürstchen)
- Evtl. zusätzliche Plaque-Kontrolle mit antimikrobieller/ Fluorid-haltiger Mundspülung
- Evtl. regelmässiges Auftragen eines Fluorid-haltigen Zahngels (z.B. Elmex® Gel)
- Evtl. unterstützende Betreuung durch eine Prophylaxe-Assistentin oder eine Dentalhygienikerin
- Zuckerfreie Kaugummis
- Vermeidung von zucker- und säurehaltigen Getränken
- Cave: Nach Erbrechen und nach Genuss von sauren Getränken und Speisen (Früchte): Mund sofort mit Wasser ausspülen, Mund mit einer Fluorid-haltigen Spülung nachspülen. Zahnreinigung erst 10 Minuten später.

© 2014 SAPP. Es können keine Haftungsansprüche an den Herausgeber gestellt werden.

Die SAPP hat gemäss URG Art.10 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk verwendet wird und gemäss URG Art.11 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk geändert werden darf.

Zahnmedizinische Behandlungen und radiologische Untersuchungen

Sie sollen sich auf nicht vermeidbare, unkomplizierte, konservierende Eingriffe beschränken. Die in diesem Zusammenhang notwendigen Medikamente sollen ein bekanntes Nutzen /Risiko Profil aufweisen (siehe 4.).

4. Substanzen: Wirksamkeit, Sicherheit

Analgetika

- Paracetamol wird in der Schwangerschaft als unbedenklich eingestuft [8,9]. In einer aktuellen Fall-Kontroll-Studie mit 11610 Kindern (Fallgruppe) vs. 4500 Kontrollen war die Inzidenz von Fehlbildungen (Anenzephalie, Enzephalozele, Anotie, Mikrotie, Gastroschisis, Kraniorhachischisis) nach mütterlicher oraler Einnahme von Paracetamol im ersten Trimenon nicht erhöht, was die Ergebnisse vorangegangener Arbeiten bestätigt [10]. Eine erhöhte Prädisposition für kindliches Asthma nach mütterlicher Paracetamol-Therapie im dritten Trimenon konnte nicht bestätigt werden [11,12]. Auch in der Stillphase gilt Paracetamol als sicher; die geschätzte maximale Dosis bei einer Milchmahlzeit beträgt je nach Milchvolumen 3-4.8% der gewichtsangepassten maternalen mütterlichen Dosis [13].
- Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
Diclofenac, Ibuprofen [14], Indometacin, Mefenaminsäure [15] und Naproxen haben eine stärkere inhibitorische Wirkung auf die Zykllooxygenase 2 und eine stärkere antiinflammatorische Wirkung als Paracetamol. Sie bewirken eine Dilatation des Ductus arteriosus Botalli und der pulmonalen Blutgefässe. Es kann entsprechend zu einem vorzeitigen Verschluss dieser Gefässe kommen, weswegen NSAR nach der 30. Schwangerschaftswoche kontraindiziert sind. Für die Stillzeit liegen sehr wenig Daten vor; diese zeigen, dass sich die Konzentration der Stoffe in der Muttermilch im Bereich von weniger als 10% der im mütterlichen Plasma bewegen [14,15].

Antibiotika

- First line: β -Lactam-Antibiotika (Aminopenicilline und Cephalosporine) auch in Kombination mit einem β -Lactamase-Hemmstoff (z.B. Clavulansäure kombiniert mit Ampicillin) sind für die Schwangerschaft am besten untersucht. Cave: Allergie. Die Dosierung sollte möglichst hoch gewählt werden, da diese Antibiotika zu den unverändert über die Nieren ausgeschiedenen Medikamenten zählen, die in der Schwangerschaft häufig eine Clearancezunahme zeigen.
Mittel der ersten Wahl bei Allergie. Makrolide (z.B. Erythromycin) [16,17].
- Metronidazol: Gängig in der Parodontologie; Anwendung in der Schwangerschaft kurzzeitig bei entsprechend strenger Indikation; in der Stillzeit Milch während und bis 24 Std. nach der Therapie verwerfen, da ungesicherte Daten unerwünschte Wirkungen beim Säugling (Durchfall) zeigen [18].
- Kontraindiziert: Tetracycline aufgrund von irreversiblen Zahnschmelzverfärbungen sowie Knochenwachstumsverzögerungen [19].

Lokalanästhetika

- First line: Präparate mit einer hohen Plasmaeiweissbindung (≥ 90 % an Albumin) wie z.B. Articain und Bupivacain sind zu bevorzugen, um eine systemische Wirkung möglichst gering zu halten. Lidocain, Mepivacain und Prilocain haben eine Plasmaeiweissbindung von weniger als 70% [20,21].

© 2014 SAPP. Es können keine Haftungsansprüche an den Herausgeber gestellt werden.

Die SAPP hat gemäss URG Art.10 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk verwendet wird und gemäss URG Art.11 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk geändert werden darf.

- Vasokonstriktorische Zusätze wie Adrenalin und Noradrenalin können über eine Stimulation von α -Adrenozeptoren zu Minderdurchblutung der Plazenta führen und über eine Stimulation der β_1 -Adrenozeptoren eine Tachykardie des Feten auslösen. Klinisch relevant kann dies im dritten Trimenon bei einer bestehenden Plazentainsuffizienz werden; weshalb Adrenalin in höherer Verdünnung (z.B. 1:200'000) bevorzugt wird [22].

Wundspülungen

- First line: Chlorhexidin gilt bei der Schwangeren und Stillenden bis heute als unproblematisch [23].
- Alternative: PVP Iod (Betadine®): Gute und oft wirksamere Alternative zu Chlorhexidin, da Iod nicht nur bakterizid sondern u.a. auch viruzid und fungizid wirkt. Einzelapplikationen in der Schwangerschaft / Stillzeit sind unproblematisch
Kontraindikation: Cave: allergische Reaktionen, Abklärung. Bei Langzeitanwendung: Kontrolle der Schilddrüsenfunktion beim Neugeborenen bzw. Säugling!

Mundspülungen

Zur täglichen Mundhygiene:

- Mundspülung mit der Wirkstoffkombination Aminfluorid/Zinnfluorid, Meridol®, enthält keinen Alkohol. Die regelmäßige Anwendung in der Schwangerschaft ist unbedenklich [24].

Zur akuten und langzeitigen Plaquekontrolle:

- Chlorhexidin üblicherweise in einer Konzentration von 0.2% [25]. Die monatelange Verwendung von Chlorhexidin bei der Schwangeren und Stillenden gilt als unproblematisch [23].

Salben und Pasten

- Zur Behandlung von Zahnkavitäten: Demeclocyclinhydrochlorid, Triamcinolonacetonid in Ledermix®. Wegen des Tetrazyklins nicht empfohlen.
- Zur Wundadhäsion: Solcoseryl® mit dem Wirkstoff Kälberblutdialysat darf zurückhaltend appliziert werden; Reproduktionsstudien bei Tieren keine Risiken für den Feten gezeigt haben[19].

Literatur

- [1] DGZMK: Wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Parodontale Erkrankungen in der Schwangerschaft: Besteht Handlungsbedarf?
http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgmzmkdocuments/Parodontale_Erkrankungen_waehrend_der_Schwangerschaft_Besteht_Behandlungsbedarf.pdf
- [2] DGZMK: Wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Zahnärztliche Behandlung in der Schwangerschaft.
<http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien/details/document/zahnaerztliche-behandlung-in-der-schwangerschaft-1.html>
- [3] DGZMK; OEGZMK und SSO: Pertl C, Lorenzoni M, Pieber D, Eskici A, Amman R. Die schwangere Patientin in zahnärztlicher Behandlung. Umfrageergebnisse und therapeutische Richtlinien. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2000;110:37-41.
http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=88264B47D9D9424C470F05B0EDB5F57B und
<http://www.oegzmk.at/pdfs/thema01.pdf>

© 2014 SAPP. Es können keine Haftungsansprüche an den Herausgeber gestellt werden.

Die SAPP hat gemäss URG Art.10 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk verwendet wird und gemäss URG Art.11 das ausschliessliche Recht zu bestimmen, ob, wann und wie das Werk geändert werden darf.

- [4] SSO: Patcas R, Schmidlin PR, Zimmermann R, Gnoinski W. Die zahnärztliche Betreuung von Schwangeren. Zehn Fragen und Antworten. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;122:729-34. http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfm?uid=E828947ACB77C48BC5C6A6BA7D6F15DF
- [5] SSO: http://www.sso-shop.ch/uploads/tx_gishop/1311_Gesunde_Zaehne_fuer_die_Schwangere_und_das_Kind.pdf
- [6] Michalowicz BS1, Gustafsson A, Thumbigere-Math V, Buhlin K. The effects of periodontal treatment on pregnancy outcomes. J Clin Periodontol 2013;40:S195-208.
- [7] Sanz M1, Kornman K; working group 3 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol. 2013;84:S164-9.
- [8] Kennedy D: Analgetics and pain relief in pregnancy and breastfeeding. Aust Prescr 2011;34:8-10.
- [9] Monographie SAPP: Paracetamol
- [10] Feldkamp ML, Meyer RE, Krikov S, Bottol LD. Acetaminophen use in pregnancy and risk of birth defects: findings from the National Birth Defects Prevention Study. Obstet Gynecol 2010;115:109-15.
- [11] Shaheen SO, Newson RB, Henderson AJ. Prenatal Paracetamol exposure and risk of asthma and elevated immunoglobulin E in Childhood. Clin Exp Allergy 2005;35:18-25.
- [12] Kang ME, Lundsberg LS, Illuzzi JL, Bracken MB. Prenatal exposure to acetaminophen and asthma in children. Obstet Gynecol 2009;114:1295-306.
- [13] Bar-Oz B, Bulkowstein M, Benyamini L, Greenberg R, Soriano I, Zimmermann D, Bortnik O, Berkovitch M. Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation. Drug Safety 2003;26:925-35.
- [14] Monographie SAPP: Ibuprofen
- [15] Monographie SAPP: Mefenamensäure
- [16] Balligan FJ, Hale TM: Analgesic and antibiotic administration during pregnancy. Gen Dent 1993;41:220-5. qui 233-4.
- [17] Monographie SAPP: Erythromycin
- [18] Monographie SAPP: Metronidazol
- [19] www.swissmedicinfo.ch
- [20] Malamed SF: Local anesthetics: dentistry's most important drugs. J Am Dent Assoc 1994;125:1571-6.
- [21] Malamed SF, Sykes P, Kubota Y, Matsuura H, Lipp M: Local anesthesia: a review. Anesth Pain Control Dent 1992;1:11-24.
- [22] Tupputi M, Di Martino MR, Mostarda A, Piras V: [Anesthesia and pregnancy in oral medicine]. Minerva Anestesiol 1992;58:1051-6.
- [23] Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-Godoy F, Strohenger L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. J Am Dent Assoc 1998;29:871-7.
- [24] Mengel R, Wissing E, Schmitz-Habben A, Flores-De-Jacoby L. Comparative study of plaque and gingivitis prevention by AmF/SnF2 and NaF. A clinical and microbiological 9-month study. J Clin Periodontol 1006;23:372-8.
- [25] Jones CG: Chlorhexidine: is it still the gold standard? Periodontol 2000 1997;15 55-62.