

Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe bei Diabetikern

Der Diabetes mellitus ist charakterisiert durch eine relative oder absolute Abnahme der Insulinausschüttung oder -wirkung mit der Folge eines gestörten Glukosestoffwechsels und einer Hyperglykämie. In der Bundesrepublik Deutschland leiden zwischen 2,5-4,8 % der Gesamtbevölkerung an dieser Erkrankung und eine etwa gleichhohe Dunkelziffer unerkannter Fälle ist anzunehmen. Man unterscheidet bei dieser Erkrankung den

- Typ I = Insulinmangeldiabetes = IDDM / insulin dependent diabetes mellitus - früher: juveniler Diabetes (5-6 % aller Diabetiker)
- Typ II = Insulin-unabhängiger Diabetes = NDDM / non insulin dependent diabetes mellitus - früher: Altersdiabetes (IIa - ohne Übergewicht, IIb - mit Übergewicht)

und daneben noch den Schwangerschaftsdiabetes, die Pathologische Glukosetoleranz und sekundäre Formen. Je nach Art des Diabetes mellitus ist eine diätetische Regulierung möglich oder eine Einstellung durch orale Antidiabetika oder Insulininjektionen notwendig.

Bei längerbestehendem, unzureichend eingestellten Diabetes mellitus kommt es zu Mikro- und Makroangiopathien, die sich als Retinopathie, Glomerulosklerose, Neuropathie und frühzeitige Arteriosklerose manifestieren. Daraus resultiert eine erhöhte Inzidenz für Myokardinfarkte, Apoplex, Nierenversagen, Polyneuritis, Katarakt und den diabetischen Fluß.

Neben diesen allgemeinmedizinischen Folgen sind für die zahnärztliche Chirurgie noch die allgemeine Infektanfälligkeit von Bedeutung und für den oralen Bereich die gehäuften Parodontalabszesse, Wundheilungsstörungen nach Extraktionen, persistierende Ulzerationen, Gingivahyperplasien und Mundwinkelrhagaden hervorzuheben. Eine orale Polyneuropathie kann zur Mundtrockenheit führen und entsprechende Probleme hervorrufen. Über lichenoiden Reaktionen auf Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ wird berichtet.

Da es sich bei den meisten zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen um Wahleingriffe handelt, ist bei der Terminwahl der besonderen Stoffwechselsituation des Diabetikers Rechnung zu tragen. Bei stabiler Blutzucker-Einstellung sind kürzere, zeitlich überschaubare Eingriffe morgens nach dem Frühstück und nach der eventuellen Insulininjektion zu planen. Hierdurch können hypoglykämische Zustände in der Regel vermieden werden. Die Behandlungstermine sollten dabei auch der nachfolgenden, zeitgerechten antidiabetischen Medikation und der geregelten Nahrungsaufnahme Rechnung tragen.

Bei unklarer Stoffwechseleinstellung, nicht eindeutiger Sicherheit der Insulindosierung und -verabreichung und auch vor Langzeitoperationen ist mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen. Zu beachten ist, daß Streß (auch die Belastung unter der Operation), lokale Infektionen, eine Kieferklemme und jegliche Nahrungskarenz die Stabilität des diabetischen Zustandes beeinflussen. Hierdurch kann sehr schnell eine Änderung der Insulindosierung und damit eine engmaschige Blutzuckerkontrolle durch den mitbetreuenden Arzt und den Patienten selbst notwendig werden. Bei manifester Stoffwechselentgleisung sind operative Eingriffe zurückzustellen oder eine Klinikeinweisung vorzunehmen.

Unter stabilen Blutzuckerverhältnissen ist die Verwendung eines Lokalanästhetikums mit einem Adrenalinzusatz von 1:200 000 möglich. Die insulinantagonistische Wirkung des Adrenalins dürfte bei den notwendigen Mengen für umschriebene Eingriffe keine große Bedeutung haben. Wesentlich eher werden sich die diabetischen Folge- und Begleiterkrankungen als Kontraindikationen für eine Adrenalingabe darstellen. In Zweifelsfällen ist einem Lokalanästhetikum ohne Vasokonstriktor der Vorzug zu geben. Noradrenalin ist keine Alternative und sollte heute in der zahnärztlichen Praxis generell nicht mehr eingesetzt werden.

Bei jedem längerbestehenden Diabetes und insbesondere bei instabiler Diabetes-Einstellung ist der Einsatz von Antibiotika bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen sinnvoll. Bereits 24 Stunden vor dem Eingriff beginnend, wird bei oraler Medikation ein ausreichender Gewebespiegel erreicht, wobei gleichzeitig auch der Gefahr einer Bakteriämie vorgebeugt wird. In der Regel ist ein orales Penicillinpräparat ausreichend. Die fortgesetzte Einnahme für weitere 4-6 Tage trägt der allgemeinen Infektanfälligkeit und den bekannt häufigeren Wundheilungsstörungen Rechnung. Eine abschließende Naht zum Wundverschluß oder zumindest zur Annäherung der Wundränder trägt ebenfalls zur Verminderung des Risikos einer Wundinfektion bei.

Obwohl Acetylsalicylsäure generell nicht als Analgetikum nach operativen Eingriffen eingesetzt werden sollte, sei darauf hingewiesen, daß ein synergistischer Effekt mit einigen Antidiabetika eine Hypoglykämie hervorrufen kann.

G. Wahl, Bonn

DZZ 51 (96)

Stellungnahme der DGZMK 4/96 V 2.0, Stand 6/96; diese Fassung ersetzt die frühere Stellungnahme 3/78