

Das Problem sind die «stummen» Refluxpatienten

Interview mit dem Berner Gastroenterologen Clive H. Wilder-Smith

ARS MEDICI: Herr Dr. Wilder-Smith, wie erkennt man eine refluxbedingte Zahnerosion?

Dr. med. Clive H. Wilder-Smith: Viele Patienten suchen zuerst aus kosmetischen Gründen den Zahnarzt auf. Die Zähne werden durch den Kontakt mit der Magensäure brüchiger, dünner, sind auf der Zungenseite teilweise fast ausgehöhlt oder werden an den Kanten rund. Manchmal erscheinen sie durchsichtig und glänzen nicht mehr so wie früher, sind also matter. Auch können die Ecken abbrechen, wodurch die Zähne fast sägezahnartig erscheinen. Dazu kommt eine gewisse Übersensibilität. Auch sind die Erosionen bisweilen nur auf einer Seite des Kiefers zu finden, da sich die Magensäure nachts häufig entlang einer bestimmten Kieferseite ansammelt. Bei Zahnschäden, die durch säurehaltige Getränke oder Speisen verursacht werden, sieht man hingegen solche einseitigen Muster nicht. Auch beim trockenen Mund mit verminderter Speichelbildung und bei psychiatrischen Erkrankungen wie Zähneknirschen oder Erbrechen bei Anorexie können Erosionen auftreten, die aber von einem geübten Zahnarzt von refluxbedingten Schäden unterschieden werden können.

ARS MEDICI: Wer bekommt refluxbedingte Erosionen?

Wilder-Smith: In den meisten epidemiologischen Arbeiten werden symptomatische Refluxpatienten beschrieben, die klassische Symptome wie Magenbrennen oder saures Aufstossen zeigen. Wegen dieser Beschwerden gehen sie zum Gastroenterologen oder Hausarzt. Selten werden dabei auch die Zähne angeschaut. Viele Menschen leiden jedoch an nicht symptomatischem Reflux. Bei ihnen weiss man nicht genau, wie häufig dentale Erosionen überhaupt vorkommen. Es gibt nämlich eine grosse Dunkelziffer von Patienten, die zwar Zahnschäden aufweisen, bei denen man jedoch nicht daran denkt, dass der Reflux die Ursache sein könnte.

ARS MEDICI: Das bedeutet, die Patienten haben keine typischen Refluxsymptome, aber bereits Zahnschäden?

Wilder-Smith: Ja, Patienten mit einem solchen «stummen Reflux» sind das eigentliche Problem. Denn wenn sie zum Zahnarzt gehen, ist die Erosion häufig schon weit fortgeschritten. Die meisten Patienten, die vom Zahnarzt zu uns geschickt werden, sind asymptomatisch. Wir endoskopieren diese Patienten, schauen nach den klassischen Refluxzeichen und messen zur Quantifizierung den pH-Wert in der Speiseröhre während 24 Stunden. Etwa ein Viertel der Patienten, die vom Zahnarzt zu uns kommen, haben strukturelle Anomalitäten im Ösophagus, wie etwa eine Ösophagitis oder Hiatushernie.

ARS MEDICI: Das heisst, die meisten dieser Leute wissen gar nichts von ihrem Reflux?

Wilder-Smith: Ohne grosse Kohortenstudien durchgeführt zu haben, würde ich postulieren, dass bei vielen refluxbedingten Zahnpatienten der Reflux eher schwach sauer ist. Dadurch treten die typischen Symptome wie Magenbrennen nicht oder nur schwach auf. Beim «stummen Reflux» scheint die Säure aber auszureichen, um die Zähne in Mitleidenschaft zu ziehen.

ARS MEDICI: Sind asymptomatische Refluxpatienten sogar anfälliger hinsichtlich Zahnerosionen?

Wilder-Smith: Das Spektrum der Patienten mit refluxbedingten Zahnschäden ist nicht unbedingt identisch mit den klassischen Refluxpatienten. Obwohl mehr Männer unter normalem Reflux leiden, sind überproportional viele Frauen von Zahnerosionen betroffen. Auch Übergewichtige, die bekanntlich für den Reflux prädisponiert sind, sollten eigentlich vermehrt solche Schäden zeigen. Die sehen wir aber fast gar nicht. Auf der anderen Seite sind bei verhältnismässig vielen Kindern refluxbedingt die Zähne in Mitleidenschaft gezogen. Das könnte einerseits durch die weicheren und weniger säureresistenten Milchzähne zu erklären sein. Andererseits nehme ich an, dass Kinder und junge Leute mehr unter zahnärztlicher Kontrolle stehen und dort auch noch mehr auf die Ästhetik geachtet wird.

ARS MEDICI: Gibt es umgekehrt Refluxpatienten, die keine Zahnschäden bekommen?

Wilder-Smith: Ja, nicht alle Patienten mit Reflux haben Zahnschäden. Das hängt auch ein bisschen davon ab, wie weit proximal der Magensaft bis in den Mund «hinaufschwappet». Die wenigen vorhandenen Studien zeigen, dass zwischen 17 und 68 Prozent der Patienten mit symptomatischem Reflux auch Zahnschäden haben. Bei Bulimiepatienten sind Zahnerosionen übrigens ebenfalls weitverbreitet. Da bezahlen sogar die Krankenkassen die Behandlung. Hingegen wird bei refluxbedingten Schäden die Zahnreparatur, die bis zu 20 000 Franken kosten kann, nicht bezahlt. Aus diesem Grund sind die Patienten sehr motiviert, dass ihre Zähne geschützt werden.

ARS MEDICI: Sind die Zahnärzte genügend sensibilisiert?

Wilder-Smith: Die Zahnärzte haben in der Vergangenheit in ihrer Ausbildung häufig nicht viel zu diesem Thema erfahren. Sie sollten daher besser aufgeklärt und ausgebildet werden. Gute Arbeit leistet da die Zahnklinik der Universität Bern mit



Zur Person

Dr. med. Clive Wilder-Smith ist Gastroenterologe in eigener Praxis

Professor Adrian Lussi. Er ist weltweit einer der führenden Forscher auf dem Gebiet dentaler Erosionen. Wenn Erosionspatienten zu ihm kommen, werden Nahrungsmittelanamnesen und Zahnspeichelanalysen gemacht. Dabei werden die Zusammensetzung, die Pufferkapazität und die Flussrate des Speichels abgeklärt. Aber nicht nur Zahnärzte, sondern auch Gastroenterologen und Hausärzte sollte man daran erinnern, bei ihren Refluxpatienten einen Blick auf die Zähne zu werfen.

ARS MEDICI: Sie wollten in Ihrer Studie erstmals den refluxbedingten Verlust von Zahnschmelz messen ...

Wilder-Smith: Wir wollten in einer Pilotstudie wissen, ob durch eine Behandlung mit einem Protonenpumpenhemmer im Vergleich zu Placebo weniger Zahnschmelz verloren geht. Dazu haben wir die eine Hälfte der Refluxpatienten über drei Wochen mit Esomeprazol und die andere mit Placebo behandelt. Zu Beginn und am Ende der Studie wurde bei allen Teilnehmern an ganz genau definierten Zahnpunkten mit dem OCT-(Optical-Coherence-Tomography-)Laser die Schmelzdicke ermittelt. Zusätzlich wurden noch die Reflektanz beziehungsweise die Mineralisation gemessen.

ARS MEDICI: Sie fanden innerhalb von drei Wochen Unterschiede von 0,3 Prozent bei Verum- beziehungsweise 0,8 Prozent bei Placebobehandlung. Ist das nicht ein bisschen viel für eine so kurze Zeit?

Wilder-Smith: Sie haben recht, wir waren auch erstaunt, dass man in relativ kurzer Zeit solch gut reproduzierbare Unterschiede feststellen konnte. Das war aber eine selektionierte Gruppe, bei der klar war, dass ein enormer Reflux vorhanden ist.

ARS MEDICI: Wie interpretieren Sie die Ergebnisse?

Wilder-Smith: Unter Esomeprazol, 20 mg morgens und 20 mg abends, haben wir gesehen, dass eine deutliche Remineralisation der Zahnoberfläche stattfindet. Unter Placebo war hingegen eine stärkere Demineralisation zu beobachten. Allerdings haben wir auch unter Verum eine gewisse Zahnschmelzabnahme gesehen, der Substanzverlust ist dort jedoch deutlich geringer gewesen als unter Placebo. Möglicherweise bringt eine noch höhere PPI-Dosierung noch bessere Ergebnisse. Dazu müsste man jedoch eine grosse

klinische Studie durchführen.

ARS MEDICI: Wie behandeln Sie manifeste Erosionen?

Wilder-Smith: Bis heute fehlen uns sehr viele Daten sowohl zur Diagnostik als auch zur Behandlung. Wir kennen beispielsweise die kritische pH-Grenze für eine Behandlung nicht. Für Schäden an der Speiseröhrenschleimhaut geht man von einem pH-Wert von 4 aus. Für die Zähne ist wahrscheinlich ein anderer Schwellenwert relevant. Wir wissen aber sicher, dass ab einem pH-Wert von unter 5,5 die Zahnschmelz angegriffen wird. Eine lokale Therapie existiert momentan nicht. Es wird zwar Fluorid und anderes gegeben, aber diese Dinge sind nicht eindeutig effektiv. Dagegen sind die Ergebnisse mit Säurehemmern ermutigend. Wir bekommen von den Zahnärzten zumeist positive Rückmeldungen hinsichtlich eines Stillstands der Erosionen unter der Säureblockade. Die PPI machen erstens den Magensaft weniger sauer und vermindern zweitens das Volumen des Refluxats.

ARS MEDICI: Wie lange sollten die PPI genommen werden?

Wilder-Smith: Bei vielen Patienten können wir nach zwei, drei Jahren mit der Säureblockertherapie aufhören, weil der Reflux von alleine nachlässt. Das haben wir durch die jährlichen Säuremessungen festgestellt. Die Dauer der Therapie richtet sich zurzeit nach diesen Messungen sowie den periodischen Rückmeldungen des Zahnarztes. Wenn die Zahnerosionen jedoch trotz der Medikation fortschreiten, erhöhen wir die Dosierung.

ARS MEDICI: Und wenn das auch nichts nützt?

Wilder-Smith: Wenn der Patient an sehr starker Regurgitation leidet, ist als Behandlungsalternative eine Operation an der Speiseröhre möglich. In Bern wird jedoch eindeutig die Therapie mit Säureblockern bevorzugt, weil wir damit guten Erfolg haben und weil die Therapie nicht irreversibel ist. Für einen Zustand, von dem man nicht weiss, wie lange er anhält, verwende ich lieber etwas Reversibles. Bei der Mehrzahl unserer Patienten scheint der vermehrte Reflux nämlich passager zu sein.

ARS MEDICI: Dr. Wilder-Smith, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Gespräch führte Klaus Duffner.