

Frühkindliche Karies – ein ungelöstes Problem

In den zurückliegenden zehn Jahren ist bei Kleinkindern die Karies zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen geworden. Aktuelle epidemiologische Daten aus Sachsen zeigen, dass etwa 10 Prozent der Zweijährigen von frühkindlicher Karies (early childhood caries – ECC) betroffen sind (Abb. 1). Die Zahl der deshalb an die Abteilung Kinderzahnheilkunde des Universitätsklinikums Dresden zur Gebissanierung überwiesenen Kleinkinder nimmt von Jahr zu Jahr zu. (Abb. 2)

Die häufigste Ursache für frühkindliche Karies ist das über das erste Lebensjahr hinausgehende suchtarartige Trinken süßer/gesüßter Getränke aus Saugerflaschen. Deshalb wurde dafür auch die Bezeichnung Nuckelflaschenkaries oder Nursing Bottle-Syndrom geprägt. In jüngster Zeit werden auch Schnabeltassen (so genannte Trinklerntassen) oder Ventilflaschen (Rennfahrerflaschen) zum Dauernuckeln missbraucht. Flascheninhalt sind vermeintlich „gesunde“ Fruchtsäfte aller Art, Schorlen, Granulat-Tee oder selbst zubereiteter mit Haushaltszucker, Traubenzucker oder Honig gesüßter Tee. Neuerdings füllen die Eltern auch Eistees in die Nuckelflaschen. Eistees sind meist Zubereitungen aus Schwarztee und schon deshalb für Kleinkinder ungeeignet.

Andere Ursachen frühkindlicher Karies sind der heute selten gewordene Gebrauch eines Honig- oder Zuckerschnullers oder die häufige Verabreichung zuckerhaltiger Husten- oder Antibiotika-Säfte. Außerdem kann auch verlängertes – insbesondere nächtliches – Stillen nach Bedarf zu ähnlichen Gebissdestruktionen führen. Frauenmilch hat gegenüber Kuhmilch einen höheren Laktosegehalt und damit auch ein höheres kariogenes Potenzial.

Karies entsteht bekanntlich dann, wenn Bakterien des Biofilms Zahnplaque Zucker oder Zucker-Stärke-Kombinationen zu Säuren stoffwechseln. Diese Säuren demineralisieren die Zahnhartsubstanz. Normalerweise erfolgt anschließend über die Mineralien des Speichels eine Remineralisation. Bei häufiger und langanhaltender, insbesondere nächtlicher Zufuhr süßer Flüssigkeiten überwiegt jedoch die Demineralisation, weil für die Remineralisation zu wenig Zeit bleibt.

Vielfach wird im Zusammenhang mit der Entstehung frühkindlicher Karies vordergründig die Übertragung kariesauslösender Keime (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*) in die kindliche Mundhöhle durch Spei-

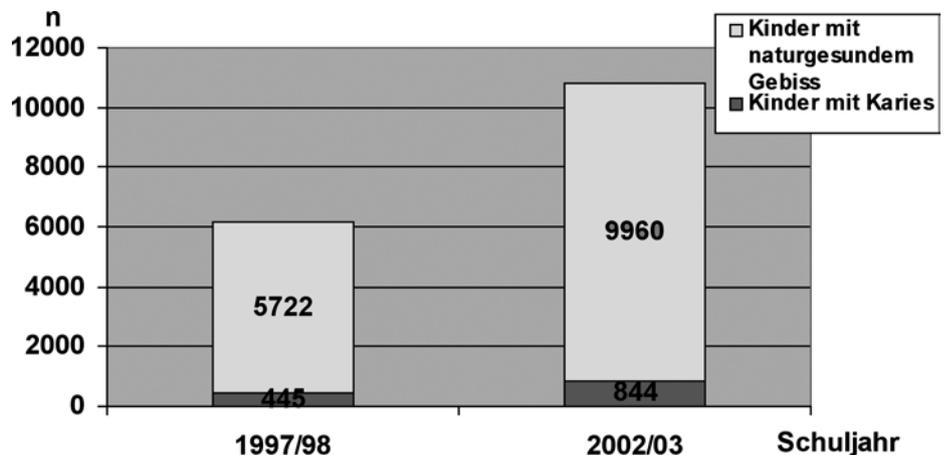


Abb. 1: Ergebnisse zahnärztlicher Reihenuntersuchungen 2-Jähriger in Sachsen

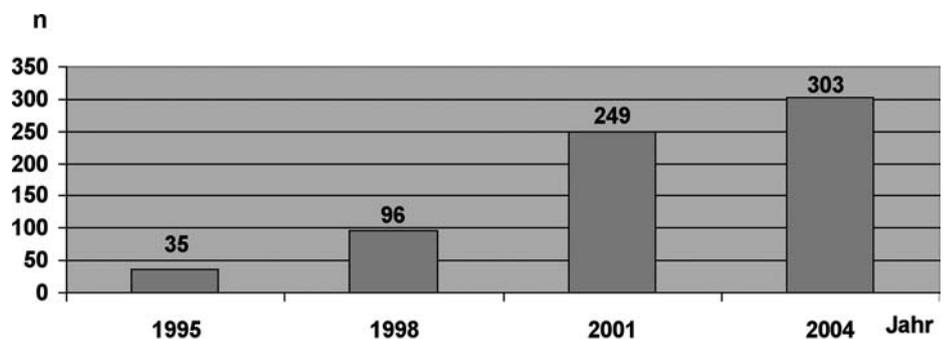


Abb. 2: Zahl der Neuaufnahmen von Kindern mit frühkindlicher Karies in der Abteilung Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum Dresden

chel der Mutter oder anderer Pflegepersonen diskutiert. Daraus resultiert zunächst die Möglichkeit, dass frühe, häufige Speichelkontakte beim Kind schützende immunologische Reaktionen auslösen. Eine „Keimübertragung“ lässt sich langfristig vermutlich auch gar nicht verhindern, denn sie erfolgt durch übliche soziale Kontakte. Es scheint daher unrealistisch, Müttern bestimmte Gewohnheiten (Vorkosten des Breies) oder gar Liebkosungen untersagen zu wollen. Selbstverständlich ist das Ablecken des auf den Boden gefallenen Nuckels aus hygienischen Erwägungen nicht zu tolerieren! Bei allem Für und Wider einer „Keimübertragung“ bleibt jedoch die Tatsache, dass sich säurebildende Mikroorganismen

ohne regelmäßige Zuckerezufuhr nicht etablieren und vermehren können. Sie sind dann „Geschützen“ vergleichbar, die aber keine „Munition“ haben.

Die kariöse Zerstörung der Milchzähne beginnt noch im 1. Lebensjahr an den zuerst durchbrechenden oberen Schneidezähnen (Abb. 3). Häufig finden sich erste Kariesläsionen an den palatinalen Zahnflächen, weil dort der Nuckel direkt anliegt. Für den Laien ist es schwierig, Karies dort zu erkennen. Die unteren Schneidezähne sind durch die darüber liegende Zunge und den benachbarten Ausgang der Speicheldrüsen zunächst relativ geschützt. Beim Fortbestehen der Noxe erkranken im weiteren Verlauf in der Reihen-



Abb. 3: Beginnende kariöse Veränderungen an den palatinalen Flächen oberer Milchschneidezähne eines 13 Monate alten Kindes.

folge des Durchbruchs die ersten Milchmolaren, die Milcheckzähne und zweiten Milchmolaren (Abb. 4). Je nach Stadium zeigen sich zunächst Initialläsionen (Kreideflecke), dann Kavitationen. Schließlich geht soviel Zahnschubstanz verloren, dass die gesamte Zahnkrone abbricht (Abb. 5). Vielfach werden die betroffenen Kinder dann erstmalig dem Zahnarzt vorgestellt, häufig mit der rechtfertigenden Diagnose der Eltern, das Kind sei gestürzt.

Unmittelbare Folgeerscheinungen der Milchzahnkaries sind chronische bzw. akute apikale Parodontitiden, die die Gesundheit des Kindes erheblich beeinträchtigen können. Daneben berichten die Eltern häufig über Schlafstörungen, Quengeligkeit oder Appetitlosigkeit ihrer Kinder, bzw. auch darüber, dass die Kinder von ihren Altersgefährten wegen ihres Aussehens gehänselt werden.

Frühkindliche Karies kann darüber hinaus zu schwerwiegenden Folgen im bleibenden Gebiss führen. Aufgrund einer apikalen Parodontitis eines Milchzahnes kann es am nachfolgenden bleibenden Zahn zu schweren Schmelzbildungsstörungen kommen (so genannter Turner-Zahn) (Abb. 6).

Außerdem resultieren im bleibenden Gebiss oft Zahndurchbruchsstörungen bzw. Zahnstel-



Abb. 4: Typisches Muster frühkindlicher Karies bei dreijährigem Kind.

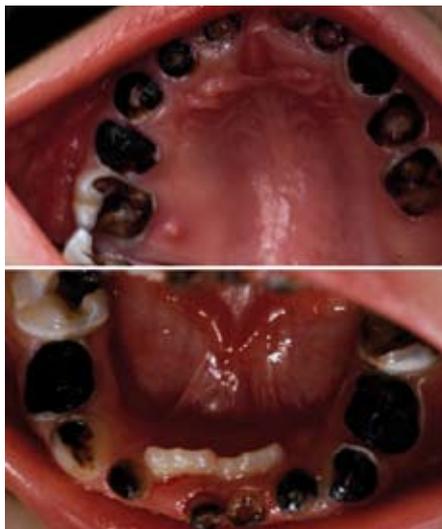


Abb. 5: Komplette Zerstörung des Milchgebisses bei fünfjährigem Kind.

lungsanomalien.

Die Behandlung eines Kindes mit frühkindlicher Karies ist schwierig, zeit- und kosten-



Abb. 6: Fehlstrukturierter oberer Prämolare, sogenannter Turner-Zahn.

aufwändig und häufig nur unter Intubationsnarkose möglich. Frühkindliche Karies ist jedoch eine vermeidbare Erkrankung! Die wesentliche Maßnahme zur Prävention frühkindlicher Karies besteht darin, Kleinkinder nicht mit Saugerflaschen mit gesüßten Getränken zu beruhigen und die Kinder so zeitig wie möglich aus einer Tasse trinken zu lassen. Plakative Formulierungen, wie „Flasche zum Trinken, nicht zum Einschlafen“, „Tasse statt Flasche“ oder „Mit den ersten Milchzähnen zum Zahnarzt“ können dabei hilfreich sein. Diese Empfehlungen müssen bei der individuellen Mundgesundheitsaufklärung durch Ärzte und Zahnärzte und verstärkt auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung auf breiter Ebene propagiert werden, um ungünstige soziale Normen und Verhaltensweisen beeinflussen zu können.

Anschrift der Verfasserin:
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Leiterin der Abteilung Kinderzahnheilkunde
Frau Prof. Dr. G. Hetzer
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kommentar Frühkindliche Karies – ein ungelöstes Problem

Die Autorinnen G. Buske und G. Hetzer beschreiben dankenswerterweise ein Thema aus zahnärztlicher Sicht, dessen Bedeutung aus humanmedizinischem Blickwinkel oft noch erheblich unterschätzt wird. Sie verwenden insbesondere den passenden Begriff „...suchtartiges Trinken gesüßter Getränke...“

Neben den – oft schwerwiegenden – Problemen, die für das kindliche und langfristig auch für das Erwachsenen-Gebiss durch den Süßigkeiten-Konsum in flüssiger Form entstehen, liegt eine große und häufig nicht recht wahrgenommene Gefahr in der Geschmacksprägung der Kinder. Viele der Karies-Kleinkinder heute sind die übergewichtigen Erwachsenen von morgen. Erheblich unterschätzt wird die Gewöhnungsgefahr dieser Süßgetränke, die einem Suchtpotential nahe kommen kann. Das quengelnde Kleinkind wird nicht

selten zum Schulkind, das sein Taschengeld in Schokoriegeln anlegt. Und der dramatische Anstieg der Adipositas bei Jugendlichen mit all ihren Folgen korreliert möglicherweise nicht zufällig mit dem steigenden Angebot an Süßem schon für die ganz Kleinen.

Tatsache ist: Gegen die massive und äußerst suggestive Anpreisung solcher „Lebensmittel“ hat es die zahn-/ärztliche Aufklärung äußerst schwer. Inhaltsdeklarationen sind häufig irreführend. Gerade die tückischen Eistees und Instantgetränke stehen in Drogerie- und Supermärkten häufig in der Kinderabteilung. Und um der Werbung für die „gesunden Vitamine zwischendurch“ zu widerstehen, bedarf es neben Bildung auch einer gewissen Zähigkeit.

Auf Nuckelflaschen steht mittlerweile eine Warnung vor Dauergebrauch. Noch wichtiger aus meiner Sicht ist eine Warnung vor den Inhalten. Ersten

Versuchen des Verbraucherministeriums, die Deklarationen zumindest verständlicher zu fordern, setzte die Industrie erheblichen Widerstand entgegen, geht es doch hier um einen riesigen profitablen Markt.

Aber wenn wir es mit unserem Präventionsbemühen ernst meinen, gehört diese Auseinandersetzung unbedingt dazu. Im Interesse unserer Patienten sollte dies auch und verstärkt gemeinsam mit den zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen erfolgen.

Katharina Schmidt-Göhrich
Mitglied des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“