

Zahnprobleme während der Schwangerschaft und der Neugeborenenzeit

Autor(en): **Jann, W.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **75 (1977)**

Heft 10

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950732>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Schulzahnklinik der Stadt Bern
(Leiter: Dr. med. dent. W. Jann)

Zahnprobleme während der Schwangerschaft und der Neugeborenenzeit

von W. Jann

Gingivale Veränderungen und deren prophylaktische Beeinflussung wäh- rend der Schwangerschaft

1. Einleitung und Aetiologie

Die Ansichten über die gingivalen Veränderungen (Veränderungen des Zahnfleisches) während der Schwangerschaft gehen in der Literatur in verschiedener Hinsicht auseinander.

Während einige Autoren die Schwangerschaftsgingivitis (Entzündung des Zahnfleisches), welche keineswegs bei jeder Gravidität auftreten muss, noch als physiologischen Zustand werten, sehen andere die Ursache gingivaler Erkrankungen in der schwangerschaftsbedingten innersekretorischen Umstimmung und schreiben der durch vielfältige Reizzustände hervorgerufenen Entzündung nur sekundäre Bedeutung zu. Bei Mühlemann (1952) rangieren hormonelle Veränderungen und lokale Reize als gleichwertige entzündungsfördernde Ursachen. Nach Orban (1965) spielen die endogenen Faktoren zwar eine wichtige Rolle, doch wirken sie als sekundäres, den Schweregrad der gingivalen Veränderungen beeinflussendes Moment. Die Ausschaltung der lokalen Reize verhindert seiner Meinung nach die sogenannte Schwangerschaftsgingivitis. Die Lehrmeinung, die an den Schweizerischen Zahnärztlichen Instituten heute vertreten wird, neigt den Auffassungen der beiden letztgenannten Autoren zu.

Besteht also eine ausgezeichnete Mundhygiene und unterzieht sich eine gravide Frau einer regelmässigen zahnärztlichen Kontrolle, tritt keine Gingivitis auf. Wo Plaques (Zahnbeläge) vorhanden sind, wirkt sich die dadurch entstehende Entzündung auf dem Boden der hormonalen Umstellung, insbesondere in der zweiten

Hälfte der Gravidität, stark aus. Der Grund hierfür sind die durch die Plazenta vermehrt gebildeten Hormone, die zu Permeabilitätsveränderungen der Gefässe, zu Auflockerung des Bindegewebes und damit zur erhöhten Entzündungsbereitschaft führen. Möglicherweise können als weitere verursachende Faktoren noch psychologische Gründe angeführt werden, indem mit fortschreitender Gravidität die Neigung zum Kohlehydratkonsum in Form von Schokolade, Pralinen usw. zunehmen kann, was bei gleichbleibender Hygiene die dadurch bedingte Plaquesvermehrung nicht mehr zu eliminieren vermag.

2. Klinisches Bild und Symptome

Das Zahnfleisch ist bei der Schwangerschaftsgingivitis stark gerötet und praktisch immer mit ausgeprägtem Oedem und Hyperplasien verbunden. Es besteht ein starkes Zahnfleischbluten, zuweilen Schmerzen und starker Mundgeruch. Die Zahnbeweglichkeit ist während der Schwangerschaft immer leicht erhöht. Liegt bereits vor der Schwangerschaft eine Gingivitis oder Parodontitis (Entzündung des Zahnbettes) mit erhöhter Zahnbeweglichkeit vor, so können sich diese krankhaften Erscheinungsbilder während der Schwangerschaft noch ausgeprägter manifestieren. Patientinnen mit Erkrankungen des Zahnhalteapparates, bei welchen eine Gravidität eintritt, sollten daher besonders regelmässig und aufmerksam kontrolliert werden.

3. Verlauf, Prognose, Therapie

Da der endogene Faktor ohne Einfluss bleibt, wenn das Zahnbett frei von lokalen Reizungen, insbesondere der bakteriell besiedelten Zahnbeläge gehalten werden kann, ist die Schwangerschaftsgingivitis nach der Schwangerschaft, bzw. nach Beendigung der Stillperiode in den meisten Fällen rückläufig. Wo dies nicht der Fall ist, sind die primären lokalen Faktoren, Plaques, Zahnfleischtaschen, abstehende Füllungsränner, mangelnde Kronenabschlüsse und weitere mechanische oder zahnärztlich bedingte Reize für das Fortbestehen der Entzündung verantwortlich. Diese müssen systematisch beseitigt werden. Die Therapie der Schwangerschaftsgingivitis besteht somit in der Entfernung der Plaques, des Zahnsteins und der angeführten durch frühere zahnärztliche Behandlung verursachten Reize. Ferner in einer durch den Zahnarzt zu erfolgenden Aufklärung über die während der Schwan-

gerschaft besonders wichtige Mundhygiene. Bei ausgeprägten Zahnfleischwucherungen sind Gingivektomie (Operative Entfernung des wuchernden Zahnfleisches) nicht zu umgehen, sollten aber nach Möglichkeit erst nach der Schwangerschaft durchgeführt werden. Von einer medikamentösen – da bloss symptomatischen Beeinflussung – der Schwangerschaftsgingivitis sollte in allen Fällen Abstand genommen werden. Eine salzhaltige, das Zahnfleisch zusammenziehende (adstringierende) Zahnpaste hingegen wirkt als unterstützende Massnahme während der Entfernung der Reizfaktoren und als Prophylaxe.

Die Ernährung in der Schwangerschaft

Klinische Beobachtungen ergeben keine Hinweise, dass eine kalorienarme Ernährung der Schwangeren eine Störung der Zahn- und Kieferentwicklung des Kindes bewirkt. Wenn bei Mangelernährung Störungen auftreten, dürften diese nicht durch den Kalorienmangel, sondern durch eine ungenügende Zufuhr notwendiger Aufbau- stoffe verursacht sein. Kalorienmangel schädigt die gravide Frau, jedoch erst bei sehr hochgradigem Mangel auch das Kind. Da Überernährung die Eklampsiegefahr erhöht und zu übergewichtigen Kindern führen kann, ist eine kalorisch eher knappe, jedoch qualitativ hochwertige Ernährung zu empfehlen. Für den Foet hat die qualitative Zusammensetzung der mütterlichen Ernährung weit grössere Bedeutung als deren Kaloriengehalt.

Die Fettzufuhr soll während der Schwangerschaft 1g/kg Körpergewicht nicht überschreiten (täglich), da sonst die ketogenen Stoffe vermehrt werden. Andererseits soll die Fettmenge nicht extrem reduziert werden, weil dadurch unter anderem die Resorption der fettlöslichen Vitamine gehemmt würde.

Die Kohlehydrate sollen während der Schwangerschaft den wichtigsten Energieträger bilden. Zwar entsteht dadurch eine erhöhte Kariesgefährdung der Mutter, weshalb während der Schwangerschaft eine besonders intensive Karies- und Parodontitisprophylaxe erforderlich wird. Die Eiweisszufuhr soll 1,0 bis 1,5 g/kg Körpergewicht und Tag umfassen. Ein Grossteil davon soll tierischen Ursprungs sein, um die ausreichende Zufuhr essentieller Aminosäuren sicherzustellen.

Der Kalziumbedarf ist, auch im Hinblick auf die Kariesneigung beim Kind, besonders eingehend untersucht worden. Wichtige Kalziumträger sind Milch, Käse, Quark usw., die deshalb in der Nahrung nicht fehlen sollten. Das Kalziumangebot einer ausgeglichenen Normalkost mit reichlich Milch und Milchprodukten reicht aus, um den Bedarf von Mutter und Foet zu decken. Da Mineralmangel eine erhöhte Kariesbereitschaft erzeugt, wäre es denkbar, dass durch überhöhte Mineralzufuhr eine erhöhte Kariesresistenz erzielt werden kann. Bei oraler Zufuhr von Kalzium wird jedoch der mütterliche Ca-Spiegel nicht erhöht. Es ist deshalb auch kein Einfluss auf den foetalen Blutspiegel zu erwarten. Der Foet besitzt bereits eine gewisse Unabhängigkeit von der mütterlichen Kalzium-Regulation. Diese Unabhängigkeit wird zum Beispiel durch die Beobachtung demonstriert, dass am mütterlichen Skelett unter abnormen Bedingungen eine starke Entmineralisierung auftreten kann, ohne dass zunächst Mangelerscheinungen am foetalen Skelett zu beobachten sind. Andererseits ist die von Müttern nach abgeschlossener Schwangerschaft oder Stillperiode in den zahnärztlichen Praxen oft gehörte Klage, das Kind hätte den mütterlichen Zähnen Mineralstoffe entzogen, ins Reich der Fabel zu verweisen, da die mütterlichen Mineralstoffreserven sicher nicht in den recht kleinen und gefässarmen Zahnorganen zu suchen sind. Phosphate werden zum Aufbau des Hydroxylapatites des Zahnschmelzes benötigt. Es liegen jedoch keine tierexperimentellen Befunde vor, die einen Einfluss der an die Mutter verabreichten Phosphatgaben auf die Zahnhartsubstanz-Bildung beim Foet beweisen. Durch eine ausgeglichene Ernährung ist der Phosphatbedarf der gesunden Schwangeren gedeckt. Der Vitaminbedarf ist in der Schwangerschaft erhöht. Bilanzversuche mit Reinvitaminen ergaben, dass bei der üblichen Ernährung teilweise ein erhebliches Vitamindefizit besteht. Derartige Tests können jedoch nur bedingt mit den natürlichen Aufnahmebedingungen verglichen werden, da der Stoffwechsel der Vitamine sehr davon abhängt, ob die Aufnahme im natürlichen Milieu, das heisst auch in ihrer natürlichen Verbindung mit den Nährstoffen stattfindet oder nicht. Sehr ungünstig sind in dieser Beziehung die raffinierten Nahrungsmittel wie zum Beispiel Zucker, Weissbrot, Speisen aus Weissmehl usw. Allgemein kann festgestellt werden, dass der Vitaminbedarf während der Schwangerschaft ansteigt. Bei richtiger qualitativer und quantitativer Zusammenstellung der Nahrung mit Einnahme nicht raffinierter Energiespender, verbunden mit Aufenthalt in Licht und Sonne, und bei genügender Bewegung, wird auch die Vitaminversorgung genügen, selbstverständlich mit Ausnahme von pathologischen Zuständen oder von besonders ungünstigen klimatischen oder Er-

nährungsverhältnissen. Da jedoch die oben aufgeführten Idealbedingungen nicht immer vorhanden sind, lässt sich die zusätzliche Verschreibung eines Vitaminpräparates in der Schwangerschaft durchaus begründen. Spurenelemente beeinflussen die Löslichkeit der Schmelzminerale. Nach den bisherigen Untersuchungen hat Fluor die grösste Bedeutung. Darauf wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen.

Prae- und postnatale Fluorprophylaxe bei Mutter und Säugling

1. Einleitung

Über die Kariesprophylaxe mittels des Spurenelementes Fluor besteht eine kaum mehr überblickbare Flut von Literatur, Forschungsergebnissen und Untersuchungsberichten. Das Erfreulichste, das aus dieser Publikationsschwemme resultiert, welche die Fluorprophylaxe pränatal, postnatal, präeruptiv (vor Zahndurchbruch), posteruptiv, als individuelle oder kollektive Massnahme beleuchten, liegt wohl in der Feststellung, dass klar zu formulierende Erkenntnisse abgeleitet und in Form von wissenschaftlich einwandfrei fundierten Empfehlungen abgegeben werden können. Eines der grössten Verdienste in diesen Bemühungen kommt im europäischen, wenn nicht sogar im globalen Rahmen der Kariesforschungsstation des Zahnärztlichen Institutes der Universität Zürich (Mühlemann und Marthaler) zu. Da die Zahnbildung pränatal beginnt, sollte auch die Fluorprophylaxe pränatal einsetzen. Die Passage von Fluor durch die Plazenta ins foetale Blut ist durch experimentelle Untersuchungen bewiesen, ebenso durch die klinische Feststellung, dass die foetalen Zahnkeime in Gegenden mit fluorreichem Trinkwasser einen höheren Fluorgehalt besitzen als in Gegenden mit fluorarmem Trinkwasser. Die Plazenta scheint aber eine gewisse Schranke darzustellen und damit eine Schutzfunktion auszuüben. Mit welcher Dosis die optimale Kariesprophylaxe auf das Gebiss des Kindes erzielt wird, ist noch nicht gänzlich gesichert. Um Schäden zu vermeiden, sollte die pränatale Fluorversorgung zunächst so dosiert werden, dass die optimale Fluorversorgung der Mutter gewährleistet ist.

2. Fluorprophylaxe

Die beste Fluorprophylaxe ist in jenen Gegenden gewährleistet, in welchen das Trinkwasser genügend Fluoride enthält. Da dies jedoch nur äusserst selten der Fall ist und die Empfehlung der künstlichen Fluoridierung aus finanziellen und juristischen Gründen ein recht langwieriges, wenn nicht sogar zur Zeit unmögliches Unterfangen ist, muss der Mangel an Fluoriden im Trinkwasser mit andern Mitteln behoben werden. Dafür eignen sich

sowohl fluoridhaltige Zahnpasten, fluoridhaltige Spülflüssigkeiten und Gélées, wie auch vor allem Fluortabletten. Es ist sehr wichtig, dass die Fluorprophylaxe bereits beim Milchgebiss angewendet wird. Eine pränatale Prophylaxe vermindert den Kariesbefall des künftigen kindlichen Milchgebisses signifikant, und die Schutzwirkung der pränatal durch die Mutter eingenommenen Fluoride auf die mütterlichen Zähne ist ebenfalls erwiesen. Wo die Fluorprophylaxe zu einem täglich wiederkehrenden Beitrag an die Gesunderhaltung der Zähne geworden ist, erübrigt sich eine gezielte pränatale Fluorprophylaxe.

3. Zeitplan und Dosierung der Fluorprophylaxe

a) Pränatal: Einnahme von 1 mg Fluor in Tablettenform durch die Mutter. Die Tablette soll im Munde zergehen und nicht geschluckt werden. Daneben ist die Verwendung von Fluorzahnpasten, fluoridhaltigen Spülflüssigkeiten und fluorhaltigem Salz (90–250 mg Fluor/kg Salz) ebenfalls empfohlen. (Ausnahme: Stadt Basel, welche als einzige Ortschaft der Schweiz die Trinkwasserfluoridierung eingeführt hat.)

b) Postnatal:

0–23 Monate: 1 Tablette zu 0,25 mg Fluor
24–27 Monate:

2 Tabletten zu 0,25 mg Fluor

4–5 Jahre: 3 Tabletten zu 0,25 mg Fluor
ab 6 Jahren:

4 Tabletten zu 0,25 mg Fluor

oder 1 Tablette zu 1,0 mg Fluor

Ab 6 Jahren zusätzlich: Fluorzahnpasten (Die Fluorzahnpaste sollte in der Regel ausgespuckt werden).

In Einzelfällen können die angeführten Fluordosen erhöht werden. Diese Massnahmen und Empfehlungen sollten jedoch vom Zahnarzt vermittelt werden.

Empfohlene Literatur:

Th. Marthaler: Zahnschäden sind vermeidbar. Proventus AG., Eich, 1977.

Zyma Nyon: Fluoride und Zahngesundheit: Die Zahnkaries.

K. G. König: Kariesprophylaxe in ärztlicher Sicht. Verlag Hans Huber, Bern.

Anhang:

Merkblatt für Säuglinge – Gesunde Zähne.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. dent. W. Jann
Schulzahnkliniken der Stadt Bern
Marktgasse 6–8, 3011 Bern.

Eine tragbare Kinderwiege zum Aufblasen hat sich ein französischer Erfinder patentieren lassen. Die Wiege (in nicht aufgeblasenem Zustand) hat Platz in einer Brieftasche; ausserdem kann man sie als Badewanne, Hängematte und Schiff am Badestrand verwenden.

Je nachdem wie Sie Ihr Kind ernähren – werden die Zähne gesund bleiben oder **SCHADEN** nehmen.

Wie bekommt Ihr Kind gesunde Zähne?

Vor der Geburt:

Richtige Ernährung ist für die werdende Mutter ebenso wichtig wie für ihr Baby. Die Mutter muss nämlich die Knochen- und Zahnschicht des noch Ungeborenen aufbauen. Mineralsalze, Spurenelemente und Vitamine sind deshalb während der Schwangerschaft wichtige Baustoffe. Störungen des Mineralstoffwechsels können für die wachsenden Knochen und Zähne des Kindes schwerwiegende Folgen haben. Milch, Quark, Käse, frisches Gemüse und Obst steuern die Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente bei.

Mütterberatungsstellen, Ärzte und Zahnärzte geben wertvolle Ratschläge für das werdende Leben. Der Zahnarzt sollte während der Schwangerschaftszeit zweimal aufgesucht werden.

Nach der Geburt:

Erst zwei Drittel der Milchzähne sind nach der Geburt des Kindes im Kiefer fertig aufgebaut. Für die weitere Entwicklung der Zähne spielt daher die Ernährung eine entscheidende Rolle. Gestillte Kinder (4–6 Monate) erhalten mit der Muttermilch alle notwendigen Baustoffe. Ausserdem sorgt das Trinken an der Brust auf natürliche Weise dafür, dass sich Kiefer und Kaumuskel gut entwickeln. Zusatznahrung ab dem 3. Monat: frische Obstsaften, frische Gemüsesäfte, aber ohne Zuckerzusatz. Später nach der Stillzeit werden dem Kleinkind immer mehr gebräuchliche Nahrungsmittel zuerst in weicher Konsistenz abgegeben. Nach dem 1. Lebensjahr soll das Kleinkind langsam zum Kauen erzogen werden, indem man ihm härtere Nahrung verabreicht. Es soll auch mit der übrigen Familie am Tische essen lernen.

Nach dem 2. Altersjahr:

Reinigen Sie Ihrem Kinde nach jeder Mahlzeit gründlich die Zähne. Vater oder Mutter sollen den Kleinkindern die Zähne reinigen, da so kleine Kinder dies nicht richtig selbst ausführen können. Geben Sie Ihren Kindern keine gesüßten Speisen und Getränke, da Zucker in jeder Form und schon in kleinsten Mengen schädlich auf die Zähne wirkt. Sämtliche Zuckerspeisen gehören auf den Tisch zum Morgen- oder Mittag- oder Nachtessen. Zwischenmahlzeiten sollen nicht aus Zuckerware bestehen. Geben Sie Ihrem Kinde als Zwischenverpflegung: frisches Obst, frisches Gemüse, Milch oder Wasser.

Bringen Sie Ihr Kind nach dem 2. Altersjahr zum Zahnarzt zur Beratung. **Neu durchgebrochene** Zähne sind **nie** von Zahnfäulnis befallen. Erst mit der Berührung von Zucker in jeglicher Form, werden die Zähne angegriffen und verfaulen. Daher nach **jeder** Mahlzeit die Zähne den Kindern reinigen und nachher den Kindern keine zuckerhaltigen Speisen mehr geben.

Geben Sie Ihrem Kinde vom ersten Lebenstage an Fluortabletten nach Verordnung des Arztes oder Zahnarztes.

Zahnbürste: klein, mittelhart. Zahnpasta: keine.

Vererbung hat mit der Zahnfäulnis nichts zu tun – hingegen gibt Zucker Zahnfäulnis.

Liebe Eltern,

Sie tragen nun die Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlergehen Ihres Neugeborenen. Wissen Sie, dass Sie es in der Macht haben, ob Ihr Kind später gesunde oder schlechte Zähne hat? Die neuesten praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse haben uns in den letzten Jahren gezeigt, dass die Vererbung auf die Zahnfäulnis keinen Einfluss ausübt. Wenn Sie als Eltern schlechte Zähne haben, so muss Ihr Kind nicht auch schlechte Zähne bekommen. Jeder Zahn, der in die Mundhöhle durchbricht, ist frei von Zahnfäulnis und gesund. Je nachdem was Sie Ihrem Kinde zum Essen geben, wird es schlechte oder gute Zähne bekommen. Sämtliche Zuckersorten, auch in ganz kleinsten Mengen, werden in der Mundhöhle durch die Bakterien zu Säuren umgewandelt, und diese Säuren zerstören sofort den Schmelz an der Zahnoberfläche. Die Zähne verfaulen und werden unschön.

Daher geben Sie Ihrem Kinde nur wenig Zucker zu den Hauptmahlzeiten und reinigen Sie nachher sofort die Zähne. Zwischenmahlzeiten dürfen **nie** Zucker enthalten.

Geben Sie Ihrem Kinde auch die dosierte nötige Fluormenge, damit der Zahn noch einen zusätzlichen Schutz bekommt gegen den schädlichen Zucker bei der Hauptmahlzeit. Fluor richtig dosiert ist unschädlich. Der Arzt oder Zahnarzt soll es Ihnen verschreiben.

Wenn Ihr Kind 2 Jahre alt geworden ist, bringen Sie es zum Zahnarzt, damit er die neuen Zähne ansehen kann und Sie beraten darf. Mit 2 Jahren hat Ihr Kind noch gesunde Zähne, mit 3 Jahren sind die Milchzähne schon defekt. Denken Sie nun ja nicht, dass es gleich ist, ob die Milchzähne verfaulen, da sie ja doch herausfallen – nein Milchzähne sind da zum Kauen und Mahlen. Kann ein Kind nicht kauen, so kann es auch nicht die nötigen Bausteine für den wachsenden Körper aufnehmen. Es wird krank.

Nach dem 2. Altersjahr beginnen Sie Ihrem Kinde mit einer kleinen Zahnbürste die Zähne zu reinigen. Tun Sie dies nach jeder Mahlzeit, so gewöhnt sich das Kind an eine regelmässige und systematische Zahnreinigung. Tun Sie dies auch an sich selbst. **Nur das Beispiel leuchtet.**

Helfen Sie mit, Zahnzerfall zu verhüten!

1. Zucker- und mehlhaltige Speisen nur zu den Hauptmahlzeiten essen.
2. Zwischenmahlzeiten vermeiden (nur: Obst, Nüsse, Milch). Keine Schleckwaren.
3. Zähneputzen sofort nach **jeder** Mahlzeit.
4. Regelmässige und kontrollierte Fluorgaben.
5. Regelmässige zahnärztliche Kontrollen.