

Funktionsstörungen erkennen und behandeln

Management von Patienten mit craniomandibulären Dysfunktionen

Ein Kursbericht von Dr. Thomas Rauscher, Hilpoltstein

Patienten, die unter einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) und den damit verbundenen Schmerzen leiden, fühlen sich hierzulande oft alleine gelassen, da es keinen „Kopfarzt“ gibt. Wer als Zahnarzt dieses oft schwierige Patienten-klientel lege artis versorgen möchte, muss die Kriterien der evidenzbasierten Zahnmedizin ebenso berücksichtigen, wie die persönlichen Erfahrungen erfolgreicher Praktiker. In einem mitreißenden Tagesseminar an der eazf in München entmystifizierte der Privatzahnarzt Siegfried Leder das Management des CMD-Patienten.

Ätiologie der CMD

Da weltweit die Ursachen der CMD sehr kontrovers diskutiert werden, führt das leider zu einer Verunsicherung der Allgemeinzahnärzte. Anerkannt ist die multifaktorielle Genese der CMD mit folgenden wesentlichen Ursachen:

- die Okklusion (hier gibt es sehr konträre Meinungen)
- die Psyche (eine anerkannte Mitursache)
- die Körperhaltung (vor allem HWS und Iliosakralgelenk)
- Traumen
- hormonelle Faktoren (vor allem bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter)
- systemische Faktoren
- Neuropathien
- umfangreiche Verblockung von Zähnen.

Auf einen Nenner gebracht, handelt es sich bei der CMD (Myoarthropathie) um Schmerz (der Muskulatur) und Limitation (des Kiefergelenks).

Anatomie

Für die meisten Zahnärzte ist das Kiefergelenk leider eine „black box“. Auch das craniozervikale und das craniosakrale System sind uns recht unbekannt. Trotzdem sollten wir nie vergessen, dass es ohne stabile Wirbelsäule keine stabile Okklusion, und ohne stabile Okklusion keine funktionsgesunde Wirbelsäule geben kann!

Pathologie der Kiefergelenke und Muskulatur

Es gibt folgende Erkrankungen der Kiefergelenke, die man kennen sollte:

- Osteoarthrose – Osteoarthritis
- anteriore Diskusverlagerung (mit und ohne Reposition des Diskus)
- Kapsulitis (der bilaminären Zone)
- Luxation des Kondylus
- durch das Ligamentum laterale ausgelöste Knackgeräusche
- Kompression des Kiefergelenks
- muskuloskelettale Schmerzen. Diese häufigste Schmerzform unterscheidet sich gravierend vom Hautschmerz. Myofasziale Triggerpunkte spielen eine wichtige Rolle. Sie reagieren nicht auf übliche schmerzstillende Medikamente. Die „Da wo's weh tut“-Methode reicht therapeutisch nicht aus und psychische Aspekte müssen beachtet werden.

Der Schmerzpatient

Wenn ein Patient mit Schmerzen im Bereich des Kiefergelenkes in die Praxis kommt, steht primär oft nicht genügend Zeit für eine umfangreiche Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Eine medikamentöse Schmerzbehandlung ist daher initial das Mittel der Wahl. Bei Verdacht auf Osteoarthritis und andere Gelenkerkrankungen sind Naprox, Ibuprofen oder Diclofenac geeignete Mittel. Bei Muskelschmerzen wirken Mydocalm oder Katadolon. Die medikamentöse Schmerztherapie darf nicht nur bei Bedarf erfolgen. Ein medikamentöser Wirkspiegel muss aufgebaut werden, damit kein Schmerzgedächtnis entsteht.

Anamnese

Entscheidend für den Therapieerfolg ist es, dem Patienten zuhören zu können und die entscheidenden Anhaltspunkte für die Ursachen der Beschwerden herausfiltern zu können. Bei Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen ist es sinnvoll, einen speziellen (14-seitigen) Schmerzfragebogen einzusetzen, der vorab ausgehändigt wird. Zur Beurteilung einer Chronifizierung gibt es die international

anerkannte „Graduierung Chronischer Schmerzen“ (GCS). Ebenso wichtige Instrumente sind die Depressionsskala (ADS-L) und die Beschwerdeliste (B-L). Wenn sich daraus ein positiver Befund ergibt, wird ein geschulter klinischer Psychologe zugezogen.

Erstuntersuchung

Das CMD-Screening nach Ahlers und Jakstat ist ein idealer Eingangstest ohne teure Überdiagnostik und ohne Nebenwirkungen. Es berücksichtigt folgende Parameter:

- Ist die Kieferöffnung symmetrisch und ausreichend?
- Sind Kiefergelenks- und/oder pathologische Okklusionsgeräusche auskultierbar?
- Bestehen Muskelschmerzen?
- Liegt eine exzentrische Okklusion vor?

Ergibt sich nur ein auffälliger Befund, ist eine klinische Funktionsanalyse notwendig.

Klinische Funktionsanalyse

Siegfried Leder hat aus internationalen Vorgaben und der Funktionsanalyse nach Bumann-Landeweer einen effektiven Funktionsstatus erarbeitet. Er umfasst neben der Anamnese die Suche nach:

- Hyperaktivitäten (Parafunktionen)
- myofaszialen Schmerzen (Muskelpalpation)
- Dyskoordinationen und Einschränkung der Mundöffnung
- Krepitation oder Knacken im Kiefergelenk (mit oder ohne Schmerz)
- passiver Kompression oder Traktion des Kiefergelenkes
- dem Ausmaß der Deviation beziehungsweise Deflexion des Unterkiefers.

Bevor die klinische Diagnose gestellt wird, wird nach der Graduierung der chronischen Schmerzen gefragt (wie oft, wie häufig und wie belastend sind die Schmerzen).

Zentrik

Ob bezüglich der Lage des Unterkiefers die Zentrik, die Myozentrik, die habituelle Interkuspitation (HIKP) oder die retrudierte Kontaktposition (RKP) richtig sind, wird kontrovers diskutiert. Allerdings gibt es keinen Grund die habituelle Interkuspitation zu verlassen, wenn der Patient subjektiv und objektiv beschwerdefrei ist und alle vier Quadranten abgestützt sind. Andernfalls wird die zentrale Kondylenposition favorisiert. Sie wird gemäß DGZMK als cranioventrale, nicht seitenverschobene Position beider Kondylen bei physiologischer



Der Referent demonstrierte wichtige Untersuchungstechniken.

Kondylus-Diskus-Relation und physiologischer Belastung der beteiligten Gewebe definiert.

Bildgebende Verfahren

Die Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm) ist zur Differentialdiagnostik immer sinnvoll. Zur Beurteilung des Gelenkspaltes ist sie allerdings ungeeignet. Die Computertomographie oder die Kernspinaufnahme (MRT) sind nur bei Verdacht auf einen Tumor im Bereich des Kiefergelenkes oder bei Verdacht auf anteriore Diskusverlagerung ohne Reposition sinnvoll.

Therapie

Neben der medikamentösen Schmerztherapie ist die Schientherapie das probate Mittel. Die NTI-Schiene ist primär angezeigt. Es handelt sich hierbei um ein Nociceptives Trigeminales Inhibition-tension suppression system zur Verminderung von Verspannungen. Danach ist eine front-eckzahngeführte Unterkieferschiene das Mittel der Wahl. Biofeedback, Verhaltenstherapie, Akupunktur, progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen, Physiotherapie, physikalische Therapie, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) und sonstige komplementär- oder alternativmedizinische Therapieformen können bei CMD-Patienten zusätzlich eingesetzt werden.

Fazit

Es ist erstaunlich wie kurzweilig der Referent dieses komplexe Thema seinem Publikum vorgetragen hat und wie einfach es sein kann, zumindest die Grundlagen der Funktionslehre in die Praxis eines jeden Allgemeinzahnarztes einzubauen. Ein Pflichtkurs!