



Therapie der CMD/CCD mit therapeutischer Lokalanästhesie (TLA)

Indikation, Durchführung, Wirkdauer und persönliche Voraussetzungen

Die Therapie der CMD/CCD mit Aufbissbehelfen ist heute internationaler Standard. Aber nicht jeder Patient reagiert auf diesen therapeutischen Ansatz und auf dieses therapeutische Mittel so gut, als dass mit Aufbissbehelfen allein die Behandlung erfolgreich durchgeführt werden könnte. Nicht selten werden bei „therapieresistenten“ Patienten „psychosoziale Belastungen“ und ein hoher Grad von „Chronifizierung“ für das Versagen dieser Therapie verantwortlich gemacht. Der systematische Einsatz, der seit langem bekannten und erprobten therapeutischen Lokalanästhesie (TLA) kann bei vielen – auch bei „therapieresistenten“ – Patienten zur schnelleren Besserung ihrer Beschwerden bis hin zur Schmerzfreiheit beitragen.

Die TLA hat sich historisch aus der Neuraltherapie entwickelt. Prof. Dr. Ferdinand Huneke hat zusammen mit seinem Bruder Walter beobachtet, dass, wenn sie „Schmerzpunkte“ mit einem Procain/Koffeingemisch (Impletol®) umspritzen, die Schmerzen verschwanden. Sie nannten ihr auch theoretisch untermauertes Therapiekonzept „Neuraltherapie“. Den Münchner Ärzten Dr. Peter und Dr. Matthias Dosch kommt das große Verdienst zu, dass sie durch ihre Bücher diese Therapieform am Leben gehalten und weiter ausgebaut haben. Für die Weiterentwicklung der Neuraltherapie in die therapeutische Lokalanästhesie – mit ganz anderen gedanklichen Ansätzen und unter Berücksichtigung der bis 1996 bekannten „Schmerztheorien“ – haben sich Hans Tilscher und Manfred Eder große Verdienste erworben. Von ihnen und Dieter Gross wurde der Begriff „Therapeutische Lokalanästhesie“ eingeführt. Dieser Begriff hat sich durchgesetzt.

Persönliche Erfahrungen

Als Assistent in einer MKG-Praxis lernte ich

die Neuraltherapie mit „Impletol®“ bei den Indikationen: Trigeminusneuralgie, neuralgiforme Schmerzen kennen.

Bei Kiefergelenksschmerzen (heute: arthrogene CMD – Typ: Arthralgie) war die intraartikuläre Injektion von Hydrokortison-Kristallsuspension Anfang der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts das Mittel der Wahl.

Ende der 60er Jahre machte Prof. Dr. Willy Krogh-Poulsen, Kopenhagen, auf die Möglichkeiten der „Injektionstherapie“ aufmerksam. Er empfahl eine Mischung aus Impletol und Hydrokortison-Kristallsuspension für die Injektionen bei Verkürzungen und Verhärtungen an den sehnigen Ansätzen der Muskeln (speziell bei der Sehne des M. temporalis).

Indikationen für die TLA

Die TLA ist eine hocheffektive Therapieform. Sie eignet sich als „Locus dolendi“-Injektion sowohl für die akute als auch für die chronische Schmerztherapie muskulärer und neuromuskulärer Schmerzen.

Eine weitere, bisher noch nicht beschriebene Indikation ist die Möglichkeit der Differentialdiagnose sowohl der CMD, als auch der CCD durch TLA.

Differentialdiagnose innerhalb der CMD/CCD

- Eine primär *myogene* CMD liegt vor: wenn nach Infiltrationen in alle „Tender Points“ der „primären Kaumuskeln“ der Patient schmerzfrei ist.
- Eine primär *arthrogene* CMD (Typ: Arthralgie) liegt vor: wenn nach periartikulärer Infiltration des Anästhetikums um das/die Kiefergelenk(e) der Patient deutlich geringere Schmerzen hat.

Erfolgt die TLA unter Zusatz von Prednisolon-acetat-Kristallsuspension, so kann es auch noch nach Tagen zu einer weiteren Schmerzreduktion – bis hin zur Schmerzfreiheit – kommen.