



Abb. 4



Kiefergelenk
 • periartikuläre
 Injektion
 (Abb. 4)
 Cave: intrartikuläre
 Injektion,
 N. facialis

Dauer der Schmerzreduktion

Die Mehrheit der Patienten gibt eine Schmerzreduktion an, die ein bis drei Tage anhält. Nur sehr sehr wenige geben an, dass sie nach der ersten Injektion keine Schmerzreduktion empfunden hätten. Nach weiteren Injektionen (drei bis fünf) zeigen aber auch Patienten mit einem anfänglich geringen Ansprechen, häufig doch noch gute Reaktionen.

Durchführung der TLA

„Locus dolendi“-Injektion

1. Der Schmerzpunkt – „Tender Point“ – wird mit dem Finger sehr genau bestimmt.
2. Dieser Bereich wird mit Kodan-Spray® oberflächendesinfiziert.
3. Der „Tender Point“ wird wieder mit dem Finger ganz genau aufgesucht. Für die Injektion geht der Finger 2 bis 3 mm zurück, mit der anderen Hand wird dann – vor der Fingerspitze – mit der Nadel der Spritze eingestochen. Dann wird 0,5 bis 1 ccm des Anästhetikums *langsam* infiltriert.
4. Nach zwei bis drei Minuten wird überprüft, ob der Patient eine deutliche Schmerzreduktion angibt. Ist das nicht der Fall, werden nochmals 0,5 ccm nachinfiltriert.

Ergebnisse

In der Praxis hat sich über die Jahre empirisch eine gewisse Systematik entwickelt:

- Bei der *primär dentoocclusogenen CMD* wird allein mit Aufbissbehelfen und Okklusionsausgleich behandelt.
- Patienten mit *primär myogener CMD* werden schon bei der Erstbesprechung darüber aufgeklärt, dass TLA eine wirkungsvolle Unterstützung der Therapie mit Aufbissbehelfen darstellt, die dazu beiträgt:
 - a) die Gesamttragedauer der Aufbissbehelfe zu verkürzen und

b) den Schmerz nach ein bis drei Injektionen deutlich zu verringern.

- Patienten mit *primär arthrogener CMD*, Typ Arthralgie (nicht Diskopathie), werden ähnlich aufgeklärt. Bei ihnen wird – in der Regel – schon am Tag der Eingliederung des Aufbissbehelfs periartikulär mit einer Prednisolonacetat-Kristallsuspension-Lokalanästhetikum-Mischung infiltriert (nicht intraartikulär injiziert). Die dadurch bewirkte schnelle Schmerzreduktion fördert die Akzeptanz des Aufbissbehelfs.

Persönliches Rüstzeug

Noch ein Wort zum persönlichen Rüstzeug. Nicht jeder Zahnarzt ist geübt und fühlt sich sicher, außerhalb des Mundes (sc, im, iv) Injektionen durchzuführen. Ihm ist abzuraten, sich autodidaktisch in die TLA einzuarbeiten. Der Zahnarzt muss jedoch die TLA selbst beherrschen, da auch die Ärzte in unserem Bereich – anatomisch, topographisch – unsicher sind.

Die beste Vorbereitung – für den Einstieg in die TLA – ist ein Präparierkurs in der Anatomie. Der Münchner Anatomie-Professor *Rainer Breul* hat für entsprechende Anfragen ein offenes Ohr (zu erreichen über Fax: 03641-829187).

Von den Büchern über TLA ist an erster Stelle das von *Hans Tilscher* und *Manfred Eder* „Infiltrationstherapie, therapeutische Lokalanästhesie“ zu nennen. In dritter Auflage 1996 bei Hippokrates herausgekommen, und somit zwar relativ alt, hat es aber u.E. die besseren Bilder und anatomischen Zeichnungen als neuere Bücher.

Das Buch von *Heribert Kokemohr*, „Praxis der therapeutischen Lokalanästhesie und Neuraltherapie“, erschienen 2000 bei Springer, ist viel moderner. Es bringt die neuesten Erkenntnisse wie Schmerz entsteht, vor allem wie chronischer Schmerz entsteht. Im praktischen Teil aber kommt unser Fachbereich etwas zu kurz.

Wir sind gerne bereit, interessierten Kollegen weiterzuhelfen und Fragen zu beantworten. Unsere Anschriften sind der Redaktion bekannt.

ZA Walter G. Sebald, München;
 Priv.-Doz. Dr. habil. Stefan Kopp, Jena