

Pro und Contra okklusale Therapie

Temporomandibuläre Dysfunktion: Biopsychosoziales statt mechanistisches Schmerzmodell

Contra:

Dr. Henning Madsen, Kieferorthopäde aus Ludwigshafen schreibt zum Beitrag Myozentrik von Dr. Rainer Schöttl, Nürnberg, Schmerztherapie 4/05 S. 8:

Bei der Diagnostik und Therapie der muskuloskelettalen Gesichtsschmerzen (oder der temporomandibulären Dysfunktionen, TMD) konkurrieren zwei diametral entgegengesetzte Schmerzmodelle. Nach dem traditionellen me-



Henning Madsen,
Ludwigshafen

kanistischen Modell, das bis heute in der deutschen Zahnärzteschaft und Teilen der Manuellen Medizin dominiert, sind falsche Positionen der Zähne und Kiefer, bzw. funktionelle Verkettungen die erstrangige Schmerzursache. Diesem Modell folgend wird in der Zahnmedizin mit oft aufwändigen, computergestützten Messverfahren nach von einem fiktiven Ideal abweichenden Bewegungsbahnen oder Positionen des Unterkiefers gefahndet, und die Therapie setzt ausschließlich an den Zähnen an.

Zähne und TMD

So populär dieses Konzept ist, so wenig Belege für seine Richtigkeit gibt es: Im Gegenteil haben zahlreiche epidemiologische Studien gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Zähnen und der Entstehung der TMD sehr schwach und im Regelfall vernachlässigbar klein ist [1-5]. Dazu haben diverse Therapiestudien erwiesen, dass therapeutische Kieferverlagerungen nicht besser als konservative Therapien und damit unnötig invasiv sind, weil bewährte, weniger invasive Optionen zur Verfügung stehen [6-10].

Nach dem aus der Schmerzforschung der letzten Jahrzehnte stammenden biopsychosozialen Modell wird dagegen davon ausgegangen, dass Schmerzen der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke normalerweise überhaupt kein eindeutiges anatomisches Substrat haben, also dass die Ursache nicht monokausal in einer lokalen Strukturschädi-

gung zu finden ist. Dazu haben Longitudinalstudien gezeigt, dass die TMD in der Regel gutartig und selbstbegrenzend sind, normalerweise spontan wieder verschwinden oder mit wellenförmigem Verlauf gelegentlich rekurrieren. Größere bekannte Risikofaktoren für die an sich eher seltene Chronifizierung der TMD sind zum einen psychischer Art (Angststörungen, Depressionen, Katastrophisieren, etc.), zum anderen aber in hohem Maße nicht indizierte, invasive zahnärztliche Eingriffe. Aus dieser Erkenntnis heraus ist ein zweiachsiges diagnostisches Konzept entstanden, das zwingend psychologische Filterdiagnostik enthält, seinen Schwerpunkt auf die Anamnese legt und mit minimaler zahnärztlicher Diagnostik auskommt. Therapeutisch werden nicht invasive, reversible und kostengünstige Maßnahmen bevorzugt, wobei hier an erster Stelle die Aufklärung über den benignen Charakter der TMD und Anleitung zur Selbsthilfe steht, gefolgt von geeigneter Medikation, Physiotherapie und eventuell einer Okklusionsschiene [11-15].

Bissverlagerungen nicht indiziert

Der Artikel von Kollege Schöttl atmet ungebrochen den Geist des traditionellen, zahnärztlich-mechanistischen Modells. Das geschilderte Verfahren der computergesteuerten Funktionsanalyse wird aus schmerztherapeutischer und wissenschaftlicher Sicht allgemein abgelehnt, weil derartige Verfahren in der Regel keinen validen, für die Therapie relevanten Daten liefern, und den Patienten nicht nur finanziell, sondern auch mit einem falschen Schmerzmodell belasten [16-18]. Der von Schöttl geschilderte Fall ist im Übrigen nicht einmal abgeschlossen, denn um die in diesem Artikel postulierte richtige Bisslage zu stabilisieren entsteht kieferorthopädischer oder zahnärztlicher Handlungsbedarf mit Folgekosten zwischen 5000 bis 30000 Euro. Auch wenn eine solche Bissverlagerung in extrem seltenen Ausnahmefällen einmal indiziert sein kann, stellt dies in der Regel nicht nur einen teuren, sondern wissenschaftlich nicht fundierten, experimentellen Eingriff dar, der neben den hohen Kosten noch als sehr risikoreich einzuschätzen ist. Im Fall einer kompletten prothetischen Rekonstruktion mit vollständiger Überkronung aller bleibender Zähne kann man ohne Zweifel sagen, dass die Therapie für den Patienten schlimmer ist, als die auslösende Erkrankung selbst. Nicht selten wird so erst der Startschuss für eine lange Schmerzkariere gesetzt!

Irreführender Beitrag!

Leider ist das biopsychosoziale Modell der TMD in Zahnärztekreisen schwer durchzusetzen, weil der Bedarf für zahnärztliche Interventionen nach diesem Modell eher gering ist. Damit bräute seine Einführung für den Zahnarzt neben der Notwendigkeit, neue Kenntnisse zu erwerben auch einen Bedeutungsverlust und materiellen Verlust mit sich. Im Sinne einer optimalen Versorgung unserer Patienten sollten die TMD jedoch nach denselben, schmerztherapeutisch bewährten Prinzipien behandelt werden wie andere muskuloskelettale Schmerzen: Ein extraterritoriales Sondergebiet muskuloskelettaler Gesichtsschmerzen wird sich nicht begründen lassen. Der Artikel kann vor diesem Hintergrund nur als irreführend bezeichnet werden, und ich bedauere sehr, dass die DGS als schmerztherapeutische Organisation einem überlebten, mechanistischen Konzept Raum gewährt.

Literatur beim Autor
Henning Madsen, Ludwigshafen

Neuromuskulär ist nicht mechanistisch

Pro:

Schlusskommentar Dr. Rainer Schöttl, Erlangen: In der Tat gibt es in der Zahnheilkunde seit einigen Jahren einen neuen Disput bezüglich der CMD zwischen „wissenschaftlichen“ Theoretikern und denen, die sich im klinischen Alltag tatsächlich mit leidgeplagten CMD-Patienten beschäftigen. Es braucht gerade in diesem Forum nicht auf die Rolle der CMD in der Schmerztherapie eingegangen werden, denn der Alltag in Schmerzkliniken zeigt, dass die Darstellung, die CMD sei eine äußerst seltene und fast immer benigne, selbstlimitierende Randerscheinung, einfach absurd ist.



Rainer Schöttl,
Erlangen

Muskuläre Fehlfunktionen

Dr. Madsen kategorisiert die CMD-Welt in zwei Sparten: Einmal die Verfechter der psychosozialen Thesen des Prof. Dworkin, und dann den Rest, der dies nicht tut, und somit als „mechanistisch“ zu kategorisieren ist. Er unter schlägt, dass die mechanistischen Thesen, die in den zitierten Studien untersucht wurden, der Gnathologie entsprangen, als man noch glaubte, die CMD sei ausschließlich auf eine nicht konzeptionsgerechte Stellung der Gelenk-

dylan des Unterkiefer in den temporalen Fossae zurückzuführen. Er unterschlägt ebenso, dass es noch ganz andere Denkmodelle bezüglich der CMD gibt. Das in meinem Artikel vorgestellte neuromuskuläre Modell der Myozentrik fußt auf der Erkenntnis, dass die Beschwerden bei der CMD nur relativ selten wirklich aus den Kiefergelenken kommen, sondern wesentlich häufiger auf einer muskulären Fehlfunktion basieren.

Dabei kommt der Kaumuskelatur aber eine gewisse Sonderrolle zu: Jeder dürfte bei Gelegenheit Bekanntschaft mit einem „Muskelkater“ in den Beinen oder im Rücken gemacht haben. Solche Schmerzen gibt es in der Kaumuskelatur aber praktisch nie. Diese neigt hingegen häufig zu myofaszialen Schmerzprojektionen, welche dann z. B. in den Kiefergelenken wahrgenommen werden. Den denkenden Leser erstaunt es daher wenig, wenn Studien z. B. kaum Evidenz für lokale Maßnahmen bei Kiefergelenkschmerzen finden können, welche auf die Korrektur einer vermeintlichen Gelenkfehlstellung abzielen und dabei neuromuskuläre Fehlfunktionen vollständig ignorieren.

Dr. Madsen zeigt in seinem Kommentar gleichzeitig die Gefahren dieser Geisteshaltung auf: Er glaubt, Patienten aufgrund von Statistiken kategorisieren zu können, ohne überhaupt noch mit ihnen in Kontakt getreten zu sein. Ist ein Patient erst einmal einer Kategorie zugeordnet, so wird er quasi mit seinen Beschwerden, die es laut Statistik ja nicht gibt, in die Wüste geschickt, ohne dass der Behandler sich mit der funktionellen Problematik überhaupt auseinandersetzt.

Bei einer derartigen gedanklichen Leere in Bezug auf funktionelle Zusammenhänge wirkt kein fachliches Argument mehr. Vielleicht muss man sich aus der Zahnheilkunde heraus begeben, um den Inhalt einer solchen Debatte wirklich verständlich zu machen: Man gebe einfach den Begriff „Stellungsfehler“ in einer Suchmaschine im Internet ein. Neben ein paar Ausführungen zum Fußball, um die es hier nicht geht, wird man schnell finden, dass die Wertigkeit dieses Problems, das vom Kollegen Madsen so vollständig negiert wird, anderswo als selbstverständlich gesehen wird. So ist zum Beispiel bekannt, dass, wenn bei einem Pferd ein Stellungsfehler eines Hufes vorliegt, dies weitläufige Auswirkungen haben kann, auf die Muskulatur, den Rücken, bis hin zu Arthrosen, Schmerzen und entsprechenden Vermeidungsmustern, Leistungsabfall, Fehlverhalten, etc. Ist solch ein Zustand eingetreten, seit dem das Pferd das letzte Mal beschlagen wurde, so wird man dem Hufschmied selbstverständlich kritisch gegenüber stehen. Der Unterschied zu den Zahnärzten ist dabei

lediglich der, dass Hufschmiede keine wissenschaftliche Lobby haben, die irgendwie den Nachweis führen möchte, dass es egal ist, wie sie ihre Arbeit machen, weil das nichts mit dem Pferd und seiner Gesundheit zu tun habe, weil die Beschwerden ja fast immer psychischer Natur seien. In der Orthopädie sind die Auswirkungen von Stellungsfehlern ja auch beim Menschen hinreichend bekannt. Und da soll das kranio-mandibuläre Bewegungssystem mit seiner unglaublich komplexen Propriozeption die einzige Ausnahme bilden?

Okklusale Stellungsfehler nicht ignorieren

Wenigsten so viel Anstand und Respekt dem Patienten gegenüber sollte herrschen, dass, zumindest in den Fällen, in denen Beschwerden überhaupt erst durch eine zahnärztliche Maßnahme aufgelöst wurden, man dann auch die Möglichkeit einräumt, dass okklusale Stellungsfehler diese Beschwerden unterhalten und somit deren Korrektur sie auch wieder auflösen kann. Stattdessen werden Zusammenhänge unter dem Hinweis auf Literaturstellen

Moderne Therapiealternativen der Trigeminalneuralgien nutzen

Zum Beitrag Kopf- und Gesichtsschmerzen aus der Sicht des Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen von Dr. med. Dr. med. dent. Martin Scheer, Köln, ergänzt Dr. med. K.-Olaf Brose:

Etwas mehr Sorgfalt wünsche ich mir insbesondere beim Aufzeigen diagnostischer Möglichkeiten (Trigeminus-SEP, Liquor) und therapeutischer Optionen.

Bei der Trigeminalneuralgie stellt Phenytoin heute ein Mittel der zweiten Wahl dar wegen seiner Nebenwirkungen. Lamotrigin wurde vergessen, ebenso Oxcarbazepin. Gabapentin ist kein neues Präparat, das Patent ist bereits abgelaufen. Zweifel hege ich auch an der Modediagnose Temperomandibulargelenk-Syndrom!

Schlussfolgerung: Ein Neurologe ist bei Diagnostik und Therapie der Gesichtsschmerzen kaum zu ersetzen.

Schlusskommentar

Dr. med. Martin Scheer, Köln:

Selbstverständlich soll der Artikel nicht den Anschein erwecken, die Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen würden sich auf dem Gebiet der Neurologie tummeln! Das Stichwort hier ist die Interdisziplinarität. Meiner langjährigen Erfahrung nach, stellen sich viele Patienten bei



und Statistiken einfach kategorisch gelehnet.

Ob Linderung durch Okklusalthherapie im Einzelfall möglich ist, darauf lässt sich die Antwort nicht in der Literatur oder in irgendwelchen Statistiken finden. Es gibt aber ganz einfache und billige Tests, mit denen im Einzelfall zweifelsfrei aufgezeigt werden kann, ob eine Verbindung zwischen der Symptomatik und okklusalen Faktoren besteht. Diese dem chronisch leidenden Patienten im unerschütterlichen Glauben an eine Statistik zu verweigern ist verwerflich. Perfide wird es geradezu, wenn man eine solche Verweigerungshaltung damit begründet, so die Interessen des Patienten schützen zu wollen.



Martin Scheer, Köln

Haus- und Zahnärzten vor und werden im Rahmen der ersten diagnostischen Runde zum Ausschluss von organischen Ursachen zu HNO-Ärzten oder MKG-Chirurgen geschickt.

Nach klinischer und bildgebender Diagnostik werden die Patienten bei Bedarf zur weiteren Therapie an Neurologen oder Schmerztherapeuten überwiesen. Welche Medikamente bei welchem Beschwerdebild eingesetzt werden, war nicht das Hauptthema dieses Artikels. Die spezifische Schmerztherapie gehört weiterhin in die Hand von Neurologen und Schmerztherapeuten.

Ganz deutlich möchte ich mich gegen den Begriff der Modediagnose „Temperomandibulargelenk-Syndrom“ aussprechen. Die funktionelle enge Beziehung zwischen Okklusion, Kieferrelation und Gelenkposition ist bei Störungen in einzelnen Bereichen für eine Vielzahl von Beschwerden verantwortlich. Die Diagnostik dieser Störungen gehört jedoch in das Fachgebiet der Zahnmedizin und nicht der Neurologie.