

# Leserecho: Temporomandibuläre Dysfunktion multimodal behandeln

Zum Beitrag **Das orofaziale Syndrom – ein interdisziplinäres Problem** von WOLFGANG BARTEL, StK-Heft 4/02 S. 22 und 23 kritisiert Dr. HENNING MADSEN, Kieferorthopäde, Ludwigshafen:

Dieser Beitrag aus der sonst sehr guten Serie über manuelle Medizin enthält mehrere Schwachpunkte. Angefangen bei der Terminologie: international üblich und für alle medizinischen Disziplinen verständlich ist crani- oder temporomandibuläre Dysfunktion (CMD oder TMD). Der 1934 entstandene Begriff Costen-Syndrom meint eine kausale Verkettung von abgesunkener Bisshöhe, Ohrgeräuschen und Schmerzen im Kiefergelenk oder Kaumuskulatur. Die Annahme einer derartigen kausalen Verknüpfung ist inzwischen jedoch zurückgewiesen worden, so dass dieser historische Begriff nicht mehr benutzt werden sollte.

Atypischer Gesichtsschmerz ist keineswegs ein weiteres Synonym für muskuloskeletale Schmerzen im Gesichtsbereich, sondern ist eine Ausschlussdiagnose, d.h. dass keine Diagnose gestellt werden kann, die einer anatomischen Struktur oder einem Organsystem zuzuordnen wäre.

Die Ätiologie der temporomandibulären Dysfunktion ist unbekannt. Die lange Zeit von zahnärztlicher Seite angenommene ätiologische Rolle von Störungen der Verzahnung, Fehlstellungen von Zähnen, Kiefern oder Kiefergelenken ist gründlich falsifiziert worden, führt jedoch leider bis heute zu nicht indizierten, oft invasiven Eingriffen an den Zähnen. Als einzige, EBM-Kriterien standhaltende, therapeutische zahnärztliche Maßnahme darf eine simple Aufbisschiene gelten, während es in der Regel weder Indikationen für aufwändige diagnostische noch therapeutische Maßnahmen gibt. Das Grundproblem bei den Zahnärzten ist die unbesehene Übertragung von mechanistisch-kausalen Denkansetzten aus der allgemeinen Zahnmedizin in die Schmerztherapie, die dort aber versagen müssen. Leider scheinen auch Manualmediziner von dieser Denkart nicht frei zu sein, wenn sie die Ursache für die temporomandibuläre Dysfunktion vorwiegend in geschädigten anatomischen Strukturen zu finden meinen, die sich oft in großer Entfernung vom Gesicht befinden: Eine Übertragung vom Unterschenkel vermag ich zwar nicht auszuschließen, würde sie jedoch als exotischen Ausnahmefall betrachten.

Das beste aktuelle Diagnoseschema, die Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, unternimmt nicht einmal den



Foto privat

Henning Madsen, Ludwigshafen.

Versuch, die temporomandibuläre Dysfunktion ätiologisch einzuteilen, sondern ist eine rein symptomatische Einteilung, die allerdings nach algologischen Kriterien zweiachsig aufgebaut ist: Neben der somatischen Achse ist eine psychosoziale Achse enthalten. In der Diagnostik und Therapie von der temporomandibulären Dysfunktion ist daher ein multimodaler Therapieansatz richtig.

Das wichtigste diagnostische Prinzip scheint mir die genaue Anamneseerhebung und die ärztliche Empathie zu sein, das wichtigste therapeutische Prinzip die Beratung und Aufklärung der Patienten. Die temporomandibulären Dysfunktionen sind normalerweise von gutartiger und selbstlimitierender Natur, und schon mit dieser Aufklärung ist vielen Patienten geholfen, die fürchten, an einer malignen oder mit schlechter Prognose behafteten Krankheit zu leiden.

## Selbstbeobachtung und Selbstbehandlung

An nächster Stelle der therapeutischen Hierarchie sehe ich die Selbstbeobachtung der Patienten, die häufig Parafunktionen ausführen, und die Selbstbehandlung mit leichten Entspannungs- und Dehnübungen, flankiert von Stressmanagement und allgemeinen Entspannungsverfahren. Erst danach kommen somatische Interventionen wie die manuelle Therapie, Aufbisschienen oder Medikation. Selbstverständlich kann die manuelle Therapie gute Dienste leisten, wenn sie in ein angemessenes psychosoziales Therapiekonzept eingebettet ist.

Zu einem hohen Prozentsatz leiden Patienten mit temporomandibulärer Dysfunktion auch an Schmerzen anderer Lokalisationen. Alle Ansätze, diese regelmäßig beobachtete Komorbidität als ätiologischen Zusammenhang zu interpretieren, scheinen mir bis heute nur schwach fundiert zu sein. Wir sollten den Ball auch in der Schmerztherapie doch immer so niedrig halten wie möglich, um weder den Patienten noch die Krankenversicherungen mit Überdiagnostik oder -behandlung zu belasten.

Es kann auch nicht richtig sein, dass bei dem selben Grundleiden temporomandibuläre Dysfunktion der Zahnarzt Zähne einschleift, der Kieferorthopäde eine kieferorthopädische Behandlung empfiehlt, der Manualmediziner das Becken korrigiert und der Neurologe Antikonvulsiva verschreibt. Wahrscheinlich unterliegen alle der gleichen fachspezifischen Beschränktheit.

**Resümee:** Was wir im Management von temporomandibulärer Dysfunktion brauchen, ist weniger anatomisch-kausales Denken entsprechend dem alten biomedizinischen Modell, dafür aber eine konsequente Anwendung des biopsychosozialen Modells und einer zweiachsig, multimodalen Therapie. Ein wie immer geartetes, rein oder überwiegend somatisches Modell entspricht nicht dem aktuellen algologischen Erkenntnisstand und wird den meisten Patienten mit temporomandibulärer Dysfunktion nicht gerecht.

## Literatur:

Drei aktuelle Übersichtsarbeiten zum Thema temporomandibuläre Dysfunktion:  
Der Schmerz, Band 16, Heft 5, September 2002, Thema: Orofazialer Schmerz. Springer, Heidelberg 2002  
Lund J P, Lavigne G J, Dubner R, Sessle B J (Hrsg.) 2001 Orofacial pain: from basic science to clinical management. Quintessence Publishing, Carol Stream.  
Palla S (Hrsg.) 1998 Myoarthropathien des Kauapparats und orofaziale Schmerzen. Klinik für Kauapparaterkrankungen und Totalprothetik, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich.

## Schlusskommentar

Dr. med. Wolfgang Bartel, Halberstadt

Der Artikel war gedacht für Kollegen, die sich nicht speziell mit der Problematik des orofazialen Syndroms (kranio-mandibuläre Dysfunktion) auskennen. Die Terminologie des orofazialen Syndroms ist von mir nur in der Reihenfolge ihrer Entstehung aufgezählt worden. Auch auf die Ätiologie ist gleich im ersten Absatz hingewiesen worden. Dieses geht aus der Abb. 1 deutlich hervor. Gerade in der manuellen Medizin gehen wir von einer Ganzheitsbetrachtung bei Funktionsstörungen im Bewegungssystem aus. Beim orofazialen Syndrom ist das stomatognathale System ein Funktionskreis, der nicht isoliert betrachtet werden kann (siehe MERSEMANN-Test). Auch auf den multimodalen Therapieansatz ist unter der Überschrift „Therapieschritte in der Praxis“ hingewiesen worden. Es gibt keine Schmerztherapie nach der DAWOS-Methode (da wo es weh tut), behandelt wird die Funktionsstörung. Der Literaturhinweis bezieht sich speziell auf den Kongress der DGSS. Es gibt aber weit mehr Literatur, vor allem, was die Ganzheitsbetrachtung dieses Problems anbetrifft.

## Erratum

Im StK-Heft 4/2002 im Beitrag von Prof. RUDOLF HARZMANN sind in Tab. 1 auf S. 12 die Dosierungen für Fentanyl bei PCA-Gabe um den Faktor 1000 zu hoch angegeben. Es muss „µg“ statt „mg“ heißen.

StK-Redaktion

StK