

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Chronisch schmerzhaftes CMD – Eine Herausforderung für den Zahnarzt –

Vita Dr. Horst Kares

- ? Jahrgang 1959
- ? Studium der Zahnmedizin in Nancy, Frankreich
- ? 1985 Niederlassung in Saarbrücken
- ? 1994 Zahnärztliche Privatpraxis mit Schwerpunkten in „Ganzheitlicher ZHK“ und „Craniomandibuläre Dysfunktionen“
- ? Referent für Craniomandibuläre Dysfunktionen im Fortbildungskolleg für Naturheilverfahren der GZM
- ? Fellow und Vize-Präsident im International College of Cranio-Mandibular Orthopedics- Sektion Deutschland-
- ? Co-Autor des ICCMO-Ratgebers „Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz“, Craniomandibuläre Dysfunktionen, CMD.

Zusammenfassung

Chronifizierte Schmerzerkrankungen nehmen in der heutigen Zeit eine immer größere Bedeutung ein. Mangelnde Bewegung, Fehlhaltung, Schlafstörungen, hohe Leistungsanforderung in Schule, Beruf und Haushalt führen zu vermehrten Verspannungen, häufig einhergehend mit Schmerzen. In Kombination mit umfangreichen Zahnbehandlungen können sich so, ausgehend von dem Mund-, Kieferbereich, chronifizierte Schmerzsyndrome entwickeln, die der Schmerztherapeut nicht ohne aktive Mitarbeit des Zahnmediziners behandeln kann. Hier liegt es an uns, Zahnärzten, die Kompetenz auf diesem Gebiet zu erweitern, um den schwerkranken Menschen, in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, weiterhelfen zu können. In diesem Artikel wird auf die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eingegangen, die es dem Zahnarzt erlauben „Chronischen Schmerz“ erfolgreich zu erkennen, zu behandeln und den Misserfolg zu vermeiden.

Chronisch-schmerzhaftes Craniomandibuläres Dysfunktionen, CMD

Wer sich länger mit chronifizierten Schmerzsyndromen in der zahnärztlichen Praxis beschäftigt, wird immer wieder mit Therapiemisserfolgen konfrontiert. Die Einen werden die Behandlung resigniert abbrechen und den Patienten aufgeben, unter der Rubrik „Psychogen?“ oder sogar „Krankheitsgewinn ?“. Andere wiederum werden sich herausgefordert fühlen und nach somatischen Ursachen forschen, immer neue diagnostische und therapeutische Schritte in die Wege leiten. Was ist nun der richtige Weg, wie soll man nun mit diesen unerklärlichen Syndromen, die jeglicher Therapie trotzen, denn letztendlich umgehen, um weder Patienten noch Therapeuten zu enttäuschen? Wie kann man aus diesen Misserfolgen lernen, welche

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Schlüsse lassen sich daraus für die weitere klinische Erfahrung ziehen? Auf diagnostische und therapeutische Fallstricke für den Zahnarzt wollen wir im Folgenden eingehen.

Wie erkenne ich den chronischen Schmerzpatienten ?

Die allermeisten Schmerzsymptome aus dem zahnärztliche Bereich, lassen sich anamnestisch, klinisch und radiologisch gut erfassen und behandeln. Hier haben wir Praxis-Routinen entwickelt und unsere Diagnose- und Therapiekonzepte darauf eingestellt. Fehlen allerdings pathologische Befunde aus Klinik und Radiologie, sind wir in der Diagnose auf die deskriptive Beschreibung der Symptome durch den Patienten angewiesen. Hier werden wir allerdings mit einem Problem konfrontiert: Wir haben überhaupt nicht die Zeit dazu, uns langwierige Beschreibungen anzuhören, wir müssen schließlich den nächsten Patienten behandeln! Der Patient ärgert sich nun, weil der Behandler sich keine Zeit für ihn nimmt, der Zahnarzt ist genervt, weil ihm die gründliche Anamnese keiner bezahlt. Also kommt in der Regel kein zufriedenstellendes Ergebnis zustande.

Es sei denn, der Kollege wird hellhörig, und vermutet hier ein chronifiziertes Geschehen, das er nicht „eben mal so nebenher“ behandeln kann. Wie kann er nun diese Verdachtsdiagnose „Chronifizierter Schmerz“ relativ einfach und ohne Zeitaufwand erhärten? Indem er dem Patienten einen Fragebogen an die Hand gibt, den er in Ruhe im Wartezimmer ausfüllt!.

Anhand eines somatischen und psychosozialen Schnell-Screenings, ist es möglich, Ausmaß (Visuelle Analog Skala) und Umfang der Beschwerden zu erfassen. Wird die Verdachtsdiagnose „chronisch-schmerzhafte CMD“ durch einen kurzen klinischen Funktionsbefund bestätigt, Helkimo-Index z.B.⁶, ist der Therapeut nun erstmals in der Lage die Tragweite dieser Erkrankung zu erfassen. Die abgebildete Symptomliste einer chronischen Schmerzpatientin macht nur allzu deutlich, vor welchen Problemen wir nun stehen. Jetzt sollte man sich als Behandler erst einmal mental zurücklehnen, tief Luft holen, und dem Patienten mitteilen, dass ihm zunächst einmal nur symptomatisch geholfen werden kann. Eine genauere Diagnose mit Therapieplan sollte dann unter zeitlich günstigeren Umständen stattfinden, natürlich mit finanzieller Beteiligung des Patienten, da die gesetzliche Gebührenordnung hier wenig vorgesehen hat.

Wie sieht die Diagnostik chronischer Schmerzen aus?

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO, ist Schmerz eine „unangenehme sensorisch-emotionale Erfahrung, die mit potentiellen Gewebsschädigung verbunden ist oder als solche erfahren wird“. Hier wird ersichtlich, dass Schmerzen, durch die Subjektivität ihrer Wahrnehmung ohne die Berücksichtigung der emotionalen Komponenten, überhaupt nicht erkannt und begriffen werden können. Deshalb ist in der initialen Diagnostik eine Befundung nach somatischen (Achse I) und psychosozialen (Achse II) Aspekten unerlässlich. Mangels echten Goldstandards in der Diagnostik bei CMD, haben sich international die „Research Diagnostik Criteria“, RDC/TMD, durchgesetzt, um zwischen leicht behandelbaren, akuten Formen der CMD und den prognostisch schwierig einzuschätzenden, chronifizierten Fällen zu unterscheiden^{1,13}.

Wesentlicher Bestandteil bei der Diagnosefindung stellt, mangels somatischer Befunde, die Anamnese dar, d.h. die Erfassung der Symptome mittels eines Fragebogens und eines geführten Gesprächs. Fragen wie „Wann begann der Schmerz?“ oder „Wie fühlt sich der Schmerz an?“ lassen häufig Rückschlüsse auf Auslöser und Pathogenese der Erkrankung zu. Die klinische Untersuchung mittels oben erwähnter RDC/TMD Kriterien ermöglicht dann

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

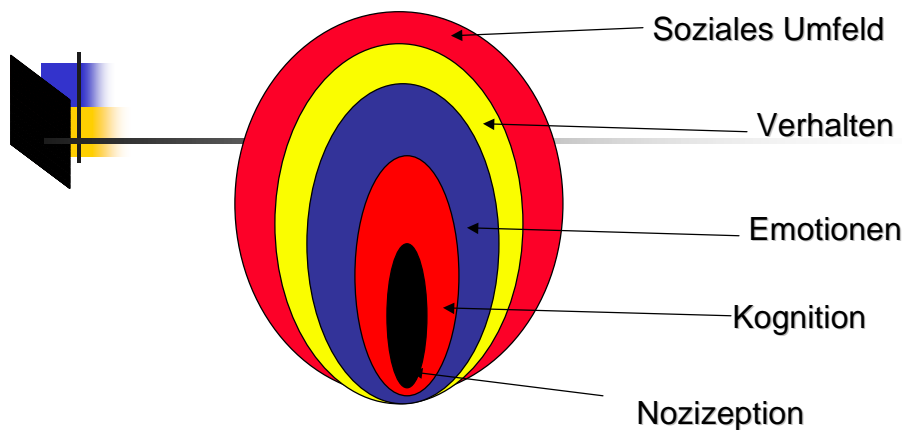
Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

relativ schnell eine somatische Klassifizierung nach Diagnosen wie „Myofaszialer Schmerz“, „Arthralgie“, „Diskusverlagerung mit/ohne Repositionierung“ u.s.w.

Diese somatische Befundung reicht allerdings nicht aus, um einen eindeutigen Therapieplan mit Prognose ermitteln zu können, deshalb ist zusätzlich die Ermittlung des Chronifizierungsgrads wesentlicher Bestandteil der bio-psycho-sozialen Diagnostik.

Biopsychosoziale Ebenen der Schmerzerfahrung



Loeser, Perspectives of Pain, 1980

Klassischer Weise wird hier der Zeitfaktor angegeben, z.B. länger als 6 Monate, dieser hat sich aber in der Praxis nicht unbedingt als klare Abgrenzung bewährt. Hier ist es nützlich u.a. auch folgende Kriterien zu bewerten:

1. Wie stark wird der Schmerz angegeben? Werte über 7-8 auf der Visuellen Analog Skala sind deutliches Zeichen einer emotionalen Belastung und als Chronifizierungsindiz einzuschätzen.
2. Sind vorherige Behandlungen gescheitert? Konnte trotz klarer Diagnose kein therapeutischer Erfolg erzielt werden? Auch hier liegt ein Hinweis für Chronifizierung vor, der Diagnose und Therapieplan in Frage stellen sollte.
3. Wie bewerten die psychosozialen Indikatoren den Chronifizierungsgrad? Neben dem in Deutschland geläufigem „Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen“³ hat sich international der Graded Chronic Pain Status, GCPS¹⁵, durchgesetzt. Dieser versetzt uns in die Lage, die schwer behandelbaren Formen mit Chronifizierungsgrad III und IV durch sieben einfache Fragen heraus zu filtern. Das sind die Fälle, bei denen wir häufig scheitern werden, sie stellen allerdings zum Glück nur 10-15% der gesamten CMD-Population dar¹⁵. Computergesteuerte Hilfen bei der Auswertung der anamnestischen und klinischen Befunde können hier dem Behandler die Arbeit sehr erleichtern¹².

Welche Therapieziele sind erreichbar?

Wenn die bio-psycho-soziale Diagnostik eine CMD vom „Spannungstyp“¹¹, ohne nennenswerten Chronifizierungsgrad ermitteln konnte, haben wir relativ leichtes Spiel und in der Regel einen guten Erfolg. Gleichgültig, ob wir mehr die somatische(Schienen,

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Physiotherapie u.a.) oder die emotionale Ebene (Gespräch, Aufklärung, u.a.) ansprechen werden, die Prognose ist als günstig einzustufen.

Liegt allerdings ein Chronifizierungsgrad III oder IV nach GCPS vor, dann müssen wir unsere Therapieziele erheblich niedriger ansetzen, den hier kann man von einem fibromyalgischen CMD-Typ¹¹ sprechen. In diesen Fällen sollten unsere therapeutischen Bemühungen von Anfang an somatisch und psychosozial orientiert sein, der Patient kann nun über die unsichere Prognose aufgeklärt werden. Psychosoziale Therapie bedeutet aber in erster Linie eine psychologische Bewältigung der Schmerzen, nicht die Behandlung der vermeintlich „psychischen“ Ursachen dieser Erkrankung. Es konnten bis jetzt noch keine klaren Ätiologien bei schmerzhaften Craniomandibulären Dysfunktionen ermittelt werden, seien sie somatischer und/oder psychosozialer Natur⁴. Dies ist der Grund, warum diese Schmerzformen zunächst nur symptomatisch angegangen werden, um der Schmerzbahnung durch Neuroplastizität möglichst schnell Einhalt zu gebieten.

Was sind multimodale Therapieformen bei chronifizierten Schmerzen?

Psychologische Schmerztherapie^{8,16}

Erstes und wirksamsten Therapeutikum ist zunächst einmal die „Empathie des Arztes“, die dem Patienten durch Zuhören seine Aufmerksamkeit schenkt. In einem beruhigenden und aufklärenden Gespräch, wird dem Kranken ein Spiegel vorgehalten, in dem er seine Symptome und Befindlichkeiten bewusst wiederfinden und reflektieren kann. Nach anfänglicher Skepsis im Dialog, kann man häufig eine positive Veränderung der Körpersprache feststellen, ja sogar ein befreiendes Lachen kann sich entwickeln. Andere dagegen fühlen sich von der Auflistung der Beschwerden und der Konfrontation mit den psychosozialen Beeinträchtigungen so betroffen, dass die Tränen fließen. Wenn wir durch unsere Interaktion mit dem Patienten solche Reaktionen erreichen, fühlt der Patient sich ernst genommen und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung wurde auf den Weg gebracht. Der Bann ist gebrochen und schon haben wir unbewusst therapeutisch eingegriffen, im Sinne einer Schmerzbewältigungstherapie. Jetzt erst, nachdem eine gewisse Harmonie aufgebaut wurde, ist der Patient in der Lage sein somatisch und monokausal fixiertes Krankheitsmodell in Frage zu stellen. Jetzt erst kann der Zahnarzt versuchen auf das multikausale CMD-Geschehen einzugehen und das biopsychosoziale Krankheitsmodell mit all seinen diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen zu vermitteln. Nur ein gutes Vertrauensverhältnis wird den Patienten in die Lage versetzen, aktiv an der Umsetzung der Therapiemodalitäten mitzuarbeiten. Die Betonung liegt hier auf „Aktiv“, der Patient muss verstehen, dass nur seine Eigeninitiative ihn aus diesem körperlichen und seelischen Tief herausholen kann. In relativ seltenen Fällen, ist eine fachlich versierte Therapie durch einen psychologischen Schmerztherapeuten notwendig und indiziert

Bleibt der Patient nach dem beratenden Gespräch skeptisch, hinterfragt er jede Aussage und sträubt sich die Fixierung auf eine somatische Ebene zu relativieren, wird die Behandlung schwierig. Sie wird u.U. sogar unmöglich, weil der Patient durch multiple, ebenfalls somatisch fixierte und erfolglose Vorbehandlungen enttäuscht wurde, und nicht mehr in der Lage ist Vertrauen zu schenken. In solchen Fällen ist es manchmal ratsam von einer weiteren Behandlung abzusehen, um sich und dem Patienten Zeit, Nerven und Geld zu sparen.

Durch umfassende Aufklärung über Pathogenese, Symptomatik und Verlauf einer solch chronifizierten Erkrankung, weiß der Patient endlich worum es geht, kann dem Kind endlich einen Namen geben. Als sehr hilfreich hat sich erwiesen, wenn dem Patienten ein Gesundheitsratgeber an die Hand gegeben werden kann, der auf einfache und umfassende Art

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

die Sachverhalte erläutert⁷. Eine verbale Dramatisierung der Lage durch komplizierte Fachausdrücke und negative Prognosen wäre allerdings äußerst kontraproduktiv und sollten deshalb vermieden werden. Für den Therapieerfolg ist es wichtig, dass der Patient zwar aufgeklärt, aber beruhigt und hoffnungsvoll aus der Praxis heraus gehen kann.

Die psychologische Schmerztherapie durch den Zahnarzt beinhaltet Hinweise zur Lebensführung, im Sinne von Gesundheitsfaktoren, die für eine Genesung unumgänglich sind⁵. Durch eine verbesserte Körperwahrnehmung bei Entspannungsübungen, sind die Patienten frühzeitig in der Lage Situationen zu vermeiden, bei denen sich die Symptomatik verstärken könnte. Die körpereigene „Radaranlage“ wird sozusagen wieder angeschaltet, der Patient hört wieder auf seinen Körper und behandelt ihn nicht mehr wie einen Sklaven. Tägliches, lockeres Bewegungstraining, beim Walking, Jogging, Schwimmen o.ä., löst auf einfache Weise körperliche und seelische Anspannungen und sind deshalb für eine positive Entwicklung unerlässlich.

Psychologische Schmerztherapie bedeutet auch Führung und Betreuung des Patienten. Die Begleitung durch Höhen und Tiefen seiner Erkrankung ist ein ganz wesentlicher Punkt für seine Lebensqualität, will man einen Rückfall auf die Somatisierungsschiene und ein „Doctor-Hopping“ vermeiden. Das, was früher der Pfarrer oder der Hausarzt gemacht haben, nämlich Betreuung, Beruhigung und Begleitung, das sollte der schmerztherapeutisch orientierte Zahnarzt auch praktizieren.

Somatische Schmerztherapie

Im Sinne einer schnellen Unterbrechung der neuroplastischen Veränderungen und einer geringen Beeinträchtigung im Alltag, ist eine effektive medikamentöse Schmerztherapie angezeigt. Symptomatisch therapieren bedeutet zunächst einmal die indikationsbezogene Schmerzbeseitigung mittels adäquater Mittel, wie z.B. die Medikation mit spannungslösenden Analgetika (Flupirtin z.B.), entzündungshemmenden nichtsteroidalen Antirheumatika (Ibuprofen z.B.) und/oder niedrig dosierter Antidepressiva (Amytriptilin z.B.)^{2,8,10} für die Langzeitbehandlung.

Eine behutsame Aufklärung über die pathogenetischen Zusammenhänge ist zum Verständnis und zur Akzeptanz dieser Therapie unumgänglich. Eine kontinuierliche Kontrolle der Dosierungen ist erforderlich, um ein Maximum an Effektivität und ein Minimum an Nebenwirkungen zu erreichen. In einfach gelagerten Fällen kann der Zahnarzt hier segensreich wirken, in schwer chronifizierten Patienten sollte der versierte Schmerztherapeut hinzugezogen werden.

Am effektivsten wird die Therapie chronischer Schmerzen im Kopf-/Gesichtsbereich indem beide Ebenen angesprochen werden, die psychische und die somatische¹⁰. Deshalb bleibt es sinnvoll Aufbisschienen einzugliedern, die spannungsfrei und angenehm für die Patienten zu tragen sind. Eine Fixierung auf die Schienentherapie ist allerdings nicht immer zweckmäßig. Häufig berichten die Patienten, dass die Anspannung sich tagsüber langsam aufbaut, inklusive der Parafunktionen, und keineswegs in der Nacht oder am Morgen. Hier macht es wenig Sinn die Schiene nachts zu tragen. Wenn diese hier indiziert erscheint, dann sollte sie eher tagsüber verwendet werden, bei geistig oder körperlich anstrengenden Tätigkeiten.

Andere Maßnahmen wie T.E.N.S., Physiotherapie, physikalische Behandlung u.a. müssen individuell auf Effektivität geprüft und verordnet werden. Keineswegs kann man hier pauschal von diesen Maßnahmen eine positive Wirkung erwarten, wie das häufig gemeint wird¹⁰.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Schlussfolgerungen

Eine qualifizierte Anamnese inklusive bio-psycho-sozialer Diagnostik versetzt den Behandler in die Lage Chronifizierungsgrad von Schmerzpatienten zu ermitteln und den Therapieverlauf besser einzuschätzen¹⁴. Um eine weitere Chronifizierung durch vergebliche Behandlungsversuche zu vermeiden, ist es wichtig dem Patienten die monokausale Fixierung auf eine bestimmte organische Krankheitsursache zu nehmen und seine Ätiologiekonzepte zu entwirren⁸. Dieses kann der Zahnarzt allerdings nur leisten, wenn er den Paradigmenwechsel bei chronischer Schmerzbehandlung akzeptiert, d.h. dass zunächst nur symptomatisch behandelt werden kann und nicht kausal.

Drei Wünsche

- ? Die Kraft zu ändern, was nicht länger zu ertragen ist,
- ? Die Gelassenheit, alles hinzunehmen, was nicht zu ändern ist,
- ? Die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Kanfer HF, Schmelzer D: Wegweiser Verhaltenstherapie.
Springer 2001

Praxisworkshop „Management von chronisch-schmerzhaften Craniomandibulären Dysfunktionen“

Termine: Samstag, 5. Juni und 27. November 2004.

Anmeldung: Dr. Horst Kares, Grumbachtalweg 9, 66121 Saarbrücken, Tel: 0681 / 89 40 18,
Fax: 0681 / 89 75 95, Email: Praxis@Dr-Kares.de, www.dr-kares.de.

Literatur

1. Dworkin SF, LeResche L (1992): Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, critique. J Craniomand Disorders Facial Oral Pain 6:301-355.
2. Ettlin TM, Kaeser HE: Muskelverspannungen. Thieme Verlag 1998.
3. Gerbershagen HU: Der schwierige Schmerzpatient in der Zahnmedizin. Diagnostischer und therapeutischer Prozess. Thieme, Stuttgart 1995.
4. Greene CS: Ätiologie temporomandibulärer Störungen. Auswirkungen auf die Behandlung. Quintessenz 2002;757-769 aus „The Etiology of Temporomandibular Disorders. Implications for Treatment, JOrofac Pain 2001;15:93-105“.
5. Grossarth-Maticek R: Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit. De Gruyter 1999.
6. Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. Oral Sci Rev 1976;7:54-69.
7. Kares H., Schindler HJ, Schöttl R: Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz, Craniomandibuläre Dysfunktionen, CMD. Schlütersche 2001
8. Nilges P: Psychosoziale Faktoren bei Gesichtsschmerz. Der Schmerz 2002;16:365-372.
9. Okeson J P: Orofacial Pain. Quintessenz Verlag 1996
10. Palla S: Grundsätze zur Therapie des myoarthropatischen Schmerzes. Schmerz 2002;16:373-380.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Hals und Nacken											
Schluckbeschwerden			X								
Halsschmerzen	X										
Unfall / Schleudertrauma / Narkose Zahnbehandlung / Wann?			X								
Körper											
Nackenschmerzen									X		
Schulter Schmerzen									X		
Rückenschmerzen						X					
Müdigkeit			X								
Allgemeinerkrankung / Was ?											
Psychosoziale Beeinträchtigung											
Stress in Schule / Arbeit / Familie					X						
Schlechter Schlaf			X								
Unruhe			X								
GCPS-Schmerzen im Gesichtsbereich											
Beeinträchtigung bei der alltäglichen Beschäftigung i. d. letzten 6 Monaten										X	
Beeinträchtigung der Teilnahme an Familien- und Freizeitaktivitäten							X				
Beeinträchtigung der Verrichtung von Arbeit / Hausarbeit			X								
Aktuelle Schmerzstärke										X	
Stärkster Schmerz in den letzten 6 Monaten										X	
Durchschnittlicher Schmerz in den letzten 6 Monaten										X	
An wie vielen Tagen konnte in den letzten 6 Monaten nicht d. norm. Beschäftigung nachgegangen werden(0 - 100Tage)						30 Tage	Ergebnis: IV				