

Trigeminusneuralgie oder craniomandibuläre Dysfunktion ?

Eine Kasuistik

Kares H: ICCMO Brief 4;2:11,1997.

www.dr-kares.de

Akute Zahnschmerzen sind in einer Zahnarztpraxis tägliche Routine. Die Diagnose der Ätiologie und die daraus resultierende Therapie stellen in der Regel keine großen Anforderungen an den Behandler. Es gibt allerdings Fälle, da müssen wir etwas genauer hinschauen, um auch wirklich die Ursache eruieren zu können. In der Folge wird ein solch komplex gelagerter Fall geschildert, mit all seinen Schwierigkeiten und Fallstricken.

Anfang Juni 1996 hat sich Frau Hildegard R., eine 60-jährige selbständige Tanzpädagogin, mit starken Zahnschmerzen das erste Mal bei uns vorgestellt. Der Zahn 23 war extrem druckdolent und schmerzte ununterbrochen seit 2 Tagen. Äußerlich war dieser unversehrt, nur radiologisch war ein verbreiteter Wurzelhautspalt nachweisbar. Ganz nebenbei erwähnte die Patientin, daß sie beim Neurologen wegen einer Trigeminusneuralgie in Behandlung sei. Und zwar leide sie unter Gesichtsschmerzen seit Dezember 1994, hoch akut geworden seien diese allerdings erst seit Anfang Mai 96, und würden daraufhin mit 800 mg Carbamazepin täglich behandelt.

Die Patientin berichtete, daß sie bis vor 2 Jahren nie krank gewesen sei und immer körperlich aktiv. Sie ist allerdings allein erziehende Mutter von 4 Kindern, und leitete eine eigene Ballettschule. Von sich aus äußerte sie, daß sie ihr Leben lang die Zähne zusammen beißen mußte, um den täglichen Belastungen standhalten zu können. interessanterweise berichtet sie außerdem, daß im Sommer 1994 eine Amalgamsanierung mit umfangreichen Restaurationen durchgeführt wurde, also kurz vor Auftreten der Gesichtsschmerzen. Das Einzige, was ihr kurzfristig helfen konnte, war das Handauflegen auf die schmerzenden Stelle (Reiki), was sie ihrem Neurologe allerdings nicht beichten konnte.

Ihr Gesichtsausdruck war sehr leidend, fast resignativ. Die Haltung ist auch auffällig gewesen: eine starke Neigung des Kopfes nach links mit Tremor, tiefe Schulter rechts, tiefes Becken links (Abb.1). Die Kopffrotation war stark eingeschränkt. Der kinesiologische Watterollen-Test ergab signifikante Verbesserungen der Kopffrotation, der Schiefstände sowie des Romberg Tests. Vieles deutete hier auf ein descendentes Problem hin. Nachdem sie auch über Schmerzen im rechten Kiefergelenk, sowie der Schläfe seit über zwei Jahren berichtete, erhärtete sich bei mir nach zusätzlichen Untersuchungen die Diagnose: schwere und akute craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) mit parafunktioneller Traumatisierung des Eckzahnes (Abb.2).

Nun kam die Patientin allerdings wegen ihrer Zahnschmerzen zu uns in die Zahnarztpraxis, und nicht wegen irgendetwas anderer Symptome. Aufgrund der Intensität der Beschwerden habe ich mich dann schweren Herzens entschlossen, den Zahn 23 zu devitalisieren um der pulpischen Symptome kurzfristig Herr zu werden. Außerdem wurde ihr ein provisorischer Aufbißbehelf aus weichbleibendem Kunststoff (Memosil) eingegliedert. Zwei Tage später berichtete sie, daß die Zahnschmerzen immer noch bestünden, der Schläfenkopfschmerz allerdings

verschwunden sei und auch die Kiefergelenkssymptomatik sich bessere. Eine nochmalige Revision der Wurzelkanalbehandlung brachte wieder keinen durchgreifenden Erfolg. Erst nach 10 Tagen legte sich dieser hoch akute Zahnschmerz durch kontinuierliches Tragen einer neuromuskulär eingestellten Aufbißschiene mit zusätzlicher Entlastung von 23, sowie hochdosierter Vitamin-C Substitution. Ab Anfang August 97 konnte sie das Carbamazepin absetzen und hat seitdem kaum noch Schmerzen im Gesicht.

Es lag hier ein leichter vertikaler Bißhöhenverlust vor, bedingt durch kontinuierliches Pressen sowie unversorgte Lücken im Seitenzahnbereich (Abb. 3 und 4). Allerdings waren diese nicht sehr nennenswert, wie aus Scan 11 und 12 ersichtlich (Abb. 5 und 6). Die Bißlagenveränderung durch die Schiene war nur geringfügig, so daß es ausreichte, die Orthese nur nachts zu Entlastung zu tragen (Abb. 3 und 7). Obwohl keine starken Gelenkgeräusche vorlagen, waren degenerative Erscheinungen vor allen Dingen im rechten Kiefergelenk, sowohl durch den Krepitus als auch durch die Hochfrequenzen im Scan 16 (Abb. 8) nachzuweisen (1).

Vorbedingung für diese schwere Symptomatik war ohne Frage der schwere chronische Streß, verbunden mit all den parafunktionellen Erscheinungen, die wir kennen. Auslöser der Gesichtsschmerzen kann allerdings die zahnärztliche Sanierung gewesen sein, bedingt durch eine traumatisierende Kiefersperre und die dadurch bedingte Überreizung des stomatognathen Systems. Während diese Problematik nach Extraktionen in der Literatur beschrieben wird (2), ist das nach prothetischen Maßnahmen weniger der Fall. Nachdem wir mit dieser Thematik sensibilisiert wurden, ist uns aufgefallen, daß auch in der eigenen Praxis diese Fälle nicht so selten sind wie man denkt. Man muß nur etwas genauer hinschauen, insbesondere bei den größeren Sanierungen sind Trigeminiereizungen relativ häufig. Daß nun trotz hochdosierter Behandlung mittels trizyklischer Antidepressiva ein hoch akuter Zahnschmerz entstehen kann, spricht für die enorme Steigerung der psychischen und physischen Belastung dieser Frau, mit Dekompensation der adaptativen Mechanismen..

Die akute Schmerzbehandlung war nur bedingt erfolgreich, weil die Schmerzätiologie nicht primär in der akuten Pulpitis lag, sondern in der Überlastung der parodontalen Strukturen sowie der Afferenzen des zweiten Trigeminus Astes. Wichtigster Punkt in der langfristigen Therapie war zweifelsohne die Bewußtmachung der Hintergründe ihrer Erkrankung, nämlich die chronische Überforderung über Jahrzehnte ihres craniomandibulären Systems durch psychischen Streß. Die Patientin war sehr einsichtig, hat daraufhin ihre Tanzschule verkauft und arbeitet darin nur noch sporadisch. Die Schiene mußte nach einigen Monaten nur noch von Zeit zu Zeit getragen werden, ohne daß größere Probleme aufgetreten wären.

Wieder einmal hat sich die craniomandibuläre Dysfunktion hinter einer anderen Diagnose, hier die Trigeminiuralgie, versteckt. Eine echte Trigeminiuralgie hat allerdings sehr charakteristische Symptome, die im Grunde genommen sehr einfach zu diagnostizieren sind: anfallsartige neuralgische Schmerzen, Einseitigkeit und vor allen Dingen die Präsenz von Triggerzonen, meistens im Bereich der Oberlippe oder Unterlippe (3). Alle anderen Arten von Gesichtsschmerzen sollten wenigstens in die Rubrik atypische oder symptomatische Gesichtsschmerzen fallen, also über den rein neurologischen Standpunkt hinaus klassifiziert werden. Hier sollte

und muß der Neurologe alle angrenzende Fachbereiche konsultieren, inklusive der Zahnmedizin, um dem Patienten weiter helfen zu können.

„The great imposter“, diesen Namen trägt die CMD in den angelsächsischen Ländern zurecht (4). Wir können nur hoffen daß immer mehr Therapeuten diesem „großen Betrüger“ auf die Schliche kommen werden, zum Wohle der vielen leidenden Patienten.

Literatur

- 1) Schöttl, R.: Die nichtinvasive Kiefergelenksdiagnose: Computersonographie. ICCMO-Brief Dezember 1995 Erlangen.
- 2) Barolin, G. S.: Kopfschmerzen multifaktoriell. Enke Verlag, Stuttgart 1994
- 3) Pschrembel, W.: Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter. Berlin . New York 1990.
- 4) Okeson, J. P.: Orofacial Pain. Quintessenz Verlag, Berlin 1996