

Wissenschaft Gesundheit

■ Chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerz

■ Definition von Schmerz

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder mit den Worten einer solchen beschrieben wird“. Diese Definition der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes zeigt bereits die multidimensionale Komplexität des Phänomens Schmerz auf.

■ Unterschied akuter/chronischer Schmerz

In der Regel gehen wir bei Schmerz von einem akuten Geschehen aus, bei dem eine erkennbare Ursache – wie zum Beispiel eine Verletzung oder ein entzündeter Zahn – einen Schmerzreiz auslöst. Der Schmerz hat insofern eine Warn- und Schutzfunktion.

Im Unterschied zum akuten Schmerz hat der lang anhaltende Schmerz (chronischer Schmerz, der länger als 3 Monate anhält) seine Warnfunktion verloren und ist zum eigenständigen Krankheitsbild geworden. Im Rahmen der Schmerzchronifizierung treten biochemische und physiologische Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung, der Reizweiterleitung und in der Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem auf. Man spricht vom so genannten Schmerzgedächtnis. Klinisch äußert sich dies z. B. in einer sinkenden Schmerzschwelle bzw. einer höheren Schmerzempfindlichkeit (Allodynie bzw. Hyperalgesie) oder gar in der Fortdauer der Schmerzempfindung, obwohl der Schmerzauslöser nicht mehr existiert. Bei Patienten mit chronischen Schmerzen treten die körperlichen Anteile der Erkrankung in den Hintergrund und die psychosozialen Auswirkungen bestimmen das Krankheitsbild wesentlich (z. B. durch Angst und Depressivität). Neben der reinen Zeitachse ist daher die subjektive und objektive Beeinträchtigung für die Diagnosestellung und vor allem für die Therapie wichtig.

■ Diagnostik

Eine umfassende Erhebung der besonderen Vorgeschichte (spezielle Anamnese) ist zur Erkennung der beteiligten Faktoren und insbesondere deren Gewichtung von entscheidender Bedeutung für die Diagnostik: Schmerzlokalisierung, Schmerzdauer und -intensität, Schmerzauslöser, Schmerz modulierende Faktoren, beeinflussende Ko-Faktoren (z.B. Stress, Angst, Depressivität), bisherige Therapieansätze, mitbehandelnde Ärzte und Therapeuten.

Eine sorgfältige Untersuchung ist daher neben der Anamnese zur Diagnosestellung unabdingbar. Es können sowohl Über- als auch Unterfunktionen bestehen. Dies betrifft letztendlich alle Strukturen des Kauorgans (Muskeln, Kiefer, Zähne, Nerven etc.).

Die zahnärztliche Diagnostik umfasst die Untersuchung der Zähne und des Zahnfleisches. Von großer Bedeutung ist die Beurteilung des sensiblen Nervensystems im Kiefer- und Gesichtsbereich sowie des Zusammenspiels von Kaumuskeln, Zähnen und Kiefergelenk.

Bei Verdacht auf funktionelle Störungen im Kauorgan bzw. im Gesichtsbereich, sollte eine funktionelle Untersuchung hinzukommen (zahnärztliche Funktionsdiagnostik).

Weiterführende Informationen hierzu finden Sie in der Patienteninformation „Kiefergelenksbeschwerden“ und auf der Website der zuständigen Fachgesellschaft (www.dgfdt.de/patienten/patienteninformationen/diagnostik).

Bildgebende Verfahren können zur weiteren Differenzierung notwendig sein: Röntgenaufnahmen, Digitale Volumentomografie (DVT), Computertomografie (CT), Magnetresonanztomografie (MRT).

In der Regel benötigen Patienten und Patientinnen mit chronischen Kiefer- und Gesichtsschmerzen eine fachübergreifende interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. Der Zahnarzt kann in diesem Zusammenhang als Spezialist für sein Fachgebiet fungieren und eine Koordinationsfunktion übernehmen. Darin besteht die Weiterleitung der Patienten und Zusammenführung der Befunde aus den anderen beteiligten Fachrichtungen Anästhesie, Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik und weitere.

■ Individuelle Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung

Die individuelle Schmerzschwelle kann nicht nur durch die Chronifizierung beeinflusst werden, sondern auch durch ungünstige Bewältigungsstrategien und psychische Erkrankungen, insbesondere Angst und Depression. Schmerz und Stress weisen sowohl im klinischen Erscheinungsbild als auch in den neurobiologischen Auswirkungen große Überlappungen auf. Aber auch kulturelle Erfahrungen bestimmen das Krankheitsbild.

■ Typische und häufige Krankheitsbilder chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerzen

- Kaumuskel- und Kiefergelenksbeschwerden (kranioandibuläre Dysfunktion (CMD) bzw. Myoarthropathie)
- Trigeminusneuralgie
- Schmerzhafte Trigeminusneuropathie (Verletzung oder Schädigung des 5. Hirnnerven)
- Zungen- und Mundschleimhautbrennen
- Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz (früher atypischer Gesichtsschmerz)

Wissenschaft Gesundheit

■ Behandlungsmöglichkeiten

Die Therapie chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerzen unterscheidet sich deutlich von der Behandlung akuter Schmerzbilder. Daher ist in der Diagnostik die entsprechende Abgrenzung wichtig.

In der Therapie chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerzen werden vor allem schmerztherapeutische medikamentöse und nicht medikamentöse Verfahren eingesetzt. Als zahnärztliche Maßnahmen kommen in der Regel primär reversible Maßnahmen zum Einsatz wie z.B. Aufbisschienen, die auch in der Akuttherapie verwendet werden. Definitive Maßnahmen (z.B. Zahnersatz) sollten zurückhaltend durchgeführt werden, sofern sie nicht unabdingbar sind (z.B. Kariestherapie).

Entspannungsverfahren, Physiotherapie, Akupunktur und Ausdauersport sind Beispiele für nicht medikamentöse Verfahren, während Analgetika und sogenannte Ko-Analgetika als Medikamente bevorzugt werden. Ko-Analgetika wie Antidepressiva und Antikonvulsiva sind dabei in der Lage die Schmerzweiterleitung und die zentrale Schmerzverarbeitung zu beeinflussen.

In der Regel können Patientinnen und Patienten mit chronischen Kiefer- und Gesichtsschmerzen ambulant behandelt werden. Je weiter die Chronifizierung aber fortgeschritten oder die Beeinträchtigung evident ist, umso mehr tritt dabei das Schmerzgeschehen in den Vordergrund. In gleichem Maße werden dabei andere Therapieformen wie tagesklinische oder stationäre Behandlung erforderlich. Auch spezielle rehabilitative Maßnahmen können indiziert sein.

■ Wohin kann man sich wenden?

Leider ist die Zahl spezialisierter Einrichtungen in Deutschland recht begrenzt, so dass von einer Unterversorgung gesprochen werden muss. In jeder universitären Zahnklinik wird aber in der Regel eine spezielle Sprechstunde für die Betroffenen abgehalten (häufig unter dem irreführenden historischen Namen „Kiefergelenksprechstunde“). Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die sich in der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik und -therapie gezielt weitergebildet haben. Sie weisen diese Bereiche als Tätigkeitsschwerpunkte aus oder sind Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT). Auch sie stehen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Autoren: Prof. Dr. Dr. M. Daubländer, Mainz
PD Dr. M. O. Ahlers, Hamburg
PD Dr. I. Peroz, Berlin