

Zahnärzteblatt

DIE MONATSZEITSCHRIFT DER ZAHNÄRZTE IN **SACHSEN**

ANZEIGE

AKTUELL

Neubewertung der
HOZ S. 5

Ergebnisse der
Umfrage zum
KZV-Service S. 6

PRAXISFÜHRUNG

Aktualisierung der
Fachkunde/Kenntnisse
im Strahlenschutz S. 20

FORTBILDUNG

Der chronische
Schmerzpatient –
Möglichkeiten und
Grenzen der
zahnärztlichen
Funktionstherapie S. 27

Zähneknirschen?

SOLU Brux

hilft
effektiv
bei akuten
Beschwerden



Als Soforthilfe oder Langzeit-Provisorium:
in 1 Minute physiologisch, individuell angepasst



jaxeurope GmbH

65232 Taunusstein

Tel: 08000 37 27 89

Fax: 06128 48 76 81

02
10



Der chronische Schmerzpatient in der Zahnarztpraxis – Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Funktionstherapie

Der Schmerz gehört zu denjenigen Symptomen, die die Lebensqualität besonders stark und nachhaltig beeinträchtigen können. Entsprechend groß sind die Erwartungen an therapeutische Strategien zur Beseitigung oder zumindest Linderung des Schmerzes. Die Gefahr der Interaktion zwischen Behandler und Patienten besteht darin, dass sich beide der Vorstellung unterwerfen, dass der Mangel, das Defizit, die Unvollkommenheit behoben werden können. Diese eindeutige Kausalität aus Ursache und Erkrankung sowie Therapie und Heilung, die z. B. in der Kariestherapie bei der Behandlung des akuten Schmerzes nahezu uneingeschränkt funktioniert, verliert bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten scheinbar ihre Wirkung, bewährte Therapiekonzepte versagen. Die diagnostische Herausforderung besteht darin, die systemübergreifenden Muster hinter dem Symptom Schmerz zu erkennen und mithilfe der zahnärztlichen Funktionstherapie einen Beitrag zur Salutogenese des Patienten zu leisten.

In der Betrachtung der Pathogenese der Craniomandibulären Dysfunktion hat sich in den letzten Jahren eine deutliche Trendwende vollzogen – weg von der „okklusionsbedingten Funktionsstörung“ hin zur „chronischen Erkrankung mit psychosozialer Ätiologie“.

Diese Erkenntnis macht es uns in der täglichen Praxis aber nicht wesentlich einfacher, denn die Patienten mit den typischen Störungsbildern mit hoher psychischer und sozialer Valenz wie Kiefer- und Gesichtsschmerzen, Prothesenunverträglichkeit, Zungen- und Mundbrennen, Kaufunktionsstörungen suchen uns als Zahnarzt (im Sinne des Handwerkers, der das schon wieder in Ordnung bringen wird) und nicht als Psychotherapeuten auf. Die reflexartige Reaktion: „Da machen wir eine Aufbisschiene“ kann hilfreich sein, führt aber häufig zum gegenteiligen Ergebnis. Zu den vielen vorangegangenen symptomatischen Therapieansätzen gesellt sich eine weitere erfolglose Therapie. Der Patient wird in seinem somatischen Störungsmuster gefestigt.

Aus differenzialdiagnostischer Sicht stellt sich die Frage: Inwieweit kann eine Veränderung der Okklusion tatsächlich zur Salutogenese des Patienten im Rahmen eines interdisziplinären Gesamtkonzeptes beitragen?

Dezidierte Stufendiagnostik zur Identifizierung okklusaler Stressoren

• CMD-Kurzbefund

Dieser 6-Punkte-Test (nach Jakstat und Ahlers) sollte als Screening bei jeder Erstvorstellung unabhängig von der Fragestellung im Rahmen des 01-Befundes routinemäßig durchgeführt werden:

- Mundöffnung asymmetrisch
- Mundöffnung eingeschränkt
- Gelenkgeräusche
- Okklusale Besonderheiten
- Muskelpalpation schmerzhaft
- Parafunktionelle Befunde

Ist nur einer der vorgenannten Punkte positiv, kann man von einer akuten Erkrankung bzw. von einem gut kompensierten Zustand ausgehen. Zwei positive Befunde sind als grenzwertig einzuschätzen, jegliche Veränderung in den okklusalen Beziehungen kann zur Dekompensation führen. Mehr als zwei positive Befunde sprechen für einen dekompenzierten Zustand und erfordern weiterführende diagnostische Maßnahmen.

• Klinische Funktionsdiagnostik

Die Aufnahme eines systematischen klinischen Funktionsstatus ist Grundvoraussetzung für eine effiziente Funktionstherapie. Um die im Anamnesegepräch und bei der Befunderhebung enorme Fülle von Informationen strukturiert zu erfassen, hat sich die Verwendung von Befundbögen bewährt, z. B. das kostenfreie Angebot der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf

www.dgzmk.de/uploads/media/Funktionsstatus.pdf

Im Basisset der im Verlag Dentaconcept erschienenen Formblätter ist auch ein Fragebogen zur Stressbelastung enthalten. (www.funktionsdiagnostik.de) Sicher eine wertvolle Hilfe, um zunächst einen orientierenden Eindruck über die psychoemotionale Belastungssituation des Patienten zu erhalten.

– Anamnese

Zunächst schildert der Patient seine Beschwerden möglichst ohne Unterbrechung. Nachfragen sollten auf seine Hauptbeschwerden zielen und auf bisherige Therapien und deren Erfolge. Kann der Patient keine verwertbaren Angaben zu bisherigen Therapien machen, hat es sich bewährt, die angegebenen Kollegen zu kontaktieren, um erfolglose Therapiestrategien nicht zu wiederholen. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn der Patient die Auskunft über Vorbehandler und deren Therapieansatz verweigert. Das ist ein sig-

nifikanter Hinweis auf eine psychosomatische Störung und sollte im weiteren Verlauf der Diagnostik und Therapieplanung unbedingt Beachtung finden.

– Befundaufnahme

- Parafunktionelle Befunde
- Gelenkrelevante Befunde
- Befunde in Okklusion und Artikulation
- Muskelpalpation
- Beurteilung der Körperhaltung
- Psychosomatische Beurteilung

Die Beurteilung der psycho-emotionalen Reaktionslage muss mit besonderem Fingerspitzengefühl erfolgen. Bereits im ersten Anamnesegepräch wird die Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis als Voraussetzung für eine komplexe Therapie geschaffen oder verspielt. Einerseits entwickeln chronische Schmerzpatienten objektiv eine psychogene Komponente, die das Krankheitsbild weiter negativ beeinflussen, andererseits sind sie hoch sensibilisiert, „in die Psychoecke gestellt zu werden“, und verschließen sich einer zweckmäßigen psychologischen Kootherapie. In den seltenen Fällen einer psychiatrischen Grunderkrankung ist jede somatische Therapie kontraproduktiv.

Und wenn es doch eine okklusionsbedingte Störung ist?

• Instrumentelle Funktionsdiagnostik

Ziel der instrumentellen Funktionsdiagnostik ist es, die physiologische Ruhelage des Unterkiefers gegenüber dem Oberkiefer zu bestimmen. Im Idealfall führt die isotonische Kontraktion der Elevatoren den Unterkiefer direkt aus der Ruhelage in die maximale Intercuspidation bei zentrischer Positionierung der Kondylen. Der Nachweis okklusaler Interferenzen, die in der maximalen Intercuspidation eine Verlagerung des Unterkiefers provozieren, ist Grundlage einer ursachenbezogenen Schienentherapie.

– Aktive Registrierverfahren

Die aktiv registrierte Unterkieferposition wird ausschließlich über die vom Patienten ausgeführte Schließbewegung bestimmt. Es erfolgen keine manuelle Beeinflussung durch den Behandler oder interokklusale Behelfe zur neuromuskulären Deprogrammierung.

– Passive Registrierverfahren

Die intermaxilläre Registrierung erfolgt im Wesentlichen mit manueller Unterstützung des Behandlers mit dem Ziel, die Kondylen senkrecht gegen den posterioren Anteil der Gelenkfossa zu zentrieren.

– Semiaktive Registrierverfahren

Die Führung des Unterkiefers in die zentrische Relation erfolgt aktiv durch den Patienten, wird aber durch intra- oder extraorale Registrierbehelfe beeinflusst und kontrolliert.

- Plattenregistrare mit speziellen Grifftechniken
- inzisale Aufbisse
- intraorale Stützstiftsysteme
- paraokklusale Achsiografie

Trotz aller methodikbedingten Fehlerquellen zeigen intraorale Stützstiftregistrare die geringste Fehleranfälligkeit gegenüber dem momentanen Systemzustand des Patienten (s. Abb. 1).

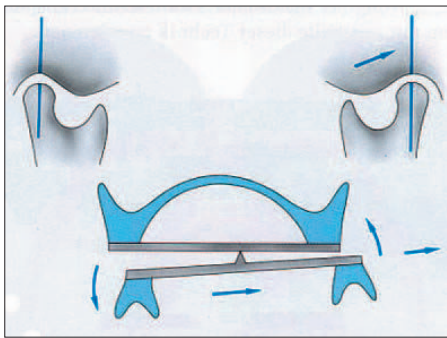


Abb. 1 – Durch Aufhebung der okklusalen Kontakte und zentrale Abstützung des Unterkiefers über einen Stift gleiten die Kondylen in die zentrale Position der Gelenkfossa. Die Chance einer Gelenkzentrierung wird optimal genutzt, aber leider durch gar nichts gewährleistet. (Gerber 1989)

• Modelldiagnostik im voll adjustierbaren Artikulator

Für die schädelbezogene Montage des Oberkiefermodells ist ein Gesichtsbogenregistrat unabdingbar. Das Unterkiefermodell wird mithilfe der Registrare zugeordnet und der Artikulator abgesenkt. Beim CMD-Patienten wird im Regelfall kein intermaxillärer Vielpunktkontakt entstehen. Nach Freigabe

der Artikulator-„Kondylen“ kann bestimmt werden, welche Bewegungen des Unterkiefers erforderlich sind, um eine maximale Inter cuspidation zu erreichen.

Stimmen die Bewegungsrichtungen mit den in der klinischen Funktionsdiagnostik erkannten Belastungsvektoren überein, ist der Nachweis für eine okklusogene Störung erbracht (s. Abb. 2).

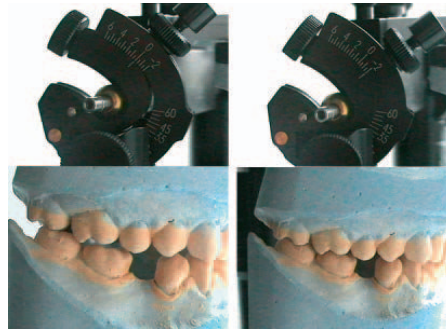


Abb. 2 – Bereits geringe okklusale Defizite können zu deutlichen Kondylenverlagerungen führen, wenn der Unterkiefer in die maximale Inter cuspidation gleitet

Therapieplan, Verlaufskontrolle und Prognose

In die Erarbeitung des Therapieplanes ist der Patient aktiv einzubeziehen. Während akut aufgetretene Schmerzen relativ schnell zu beherrschen sind, ist die Behandlung lange bestehender chronischer Beschwerdebilder wesentlich aufwendiger. Die zeitliche und finanzielle Belastung ist unter Umständen erheblich, Kotherapien z. B. beim Physiotherapeuten, Logopäden, Orthopäden, spezialisierten Augenoptiker oder Psychosomatiker sind für eine fundierte Therapie möglicherweise erforderlich. Das grundsätzliche Verständnis des Patienten für den komplexen Charakter der Erkrankung ist für die Compliance notwendig. Ob eine vollständige Besserung der bestehenden Beschwerden erfolgt, ist von vornherein nicht zu beurteilen, Rezidive kommen auch bei zunächst erfolgreichem Therapieverlauf regelmäßig vor und sind nicht als Misserfolg der Therapie zu werten. Auch nach korrekter Bisslageeinstellung und intensiver interdisziplinärer Therapie können Beschwerden persistieren, die z. B. eine Schmerzedukation, Dauermedikation oder periodische physiotherapeutische Maßnahmen erfordern.

Der zahnärztliche Part im Therapeutenteam besteht in einer adäquaten Schienentherapie.

Zielorientierte Schienentherapie

• Unterbrechung akuter Schmerzzustände

Die Behandlung akuter Schmerzzustände

mittels nicht adjustierten Aufbissbehelfen, wie

- Aqualizer,
- Minioplastschienen mit Bisserrhöhung,
- Reflexschienen (Interzeptor nach Schulte, NTI.TSS®-Gerät, Entspannungsplatte mit frontalem Aufbiss)

ist in der Regel unproblematisch, da die Anwendung auf einen kurzen Zeitraum beschränkt ist und sich kurzfristig Behandlungserfolge einstellen (s. Abb. 3).



Abb. 3 – Entspannungsplatte (Lucia-jig) auf Minioplastschiene; Das frontale Plateau ist so gestaltet, dass bei allen Exkursionsbewegungen des Unterkiefers nur ein unterer Frontzahn Kontakt findet.

Diese Schienen werden nachts getragen und sollten binnen weniger Wochen zu einer deutlichen Linderung führen. Bei unkontrolliertem, längerfristigem Tragen kann vor allem die Minioplastschiene eine Verstärkung bestehender Parafunktionen bewirken.

• Repositionierung des Diskus articularis

– Repositionierungsschiene

Der Unterkiefer wird in eine protrusive Position geführt, bei der kein Knackgeräusch mehr auftritt, und durch entsprechende Einbisse oder Führungsschilde in dieser Position gehalten.

– Distractionsschiene

Durch Einlegen von Zinnfolien im Artikulator entsteht bei der Konstruktion der Schiene im Seitengebiete ein nach distal größer werdender Frühkontakt, der eine Distraction der Gelenkkapsel bewirken soll und somit den für die regelrechte Positionierung des Diskus articularis notwendigen Gelenkspalt wiederherstellen soll.

Beide Schientypen müssen über einen langen Zeitraum ganztägig getragen werden und führen zu einer Disklusion im Seitengebiete, die nach Erreichen einer relativen Beschwerdefreiheit aufwendig kieferorthopädisch oder restaurativ behandelt werden muss. Trotz derart aufwendiger Korrekturen

treten häufig Rezidive auf, sodass der Einsatz dieser Schientypen äußerst kritisch abgewogen werden sollte (s. Abb. 4 und 5).



Abb. 4 und 5 – Nonokklusion im Seit Zahn- gebiet nach Behandlung einer anterioren Diskusverlagerung mit Reposition mit einer Distractionsschiene

• Okklusale Stabilisierung der Gelenkzentrik

Soll eine Bisslageumstellung mit Etablierung einer neuromuskulären Zentrik erfolgen, ist die adjustierte Aufbissschiene (Stabilisierungsschiene, Äquilibrationsschiene, Zentrikschiene) mit idealer Okklusion und Artikulation das Mittel der Wahl. Bei der Konstruktion der Schiene ist es für die Akzeptanz durch den Patienten erforderlich, ein Maximum an Komfort zu erreichen. Eine grazile Gestaltung mit ausreichender Ästhetik und Phonetik erleichtert es dem Patienten, der Forderung nachzukommen, die Schiene 24 Stunden am Tag zu tragen. Nur durch diese ständige okklusale Sicherung der zentrischen Kondylenposition ist es möglich, die muskulären Engramme neu zu programmieren und eine dauerhafte Senkung des Muskeltonus' zu erreichen. Die Konstruktionsform ist abhängig von der Restbezaehlung und wird durch das Ziel „ideale Okklusion und interferenzfreie Front-/Eckzahnführung“ vorgegeben (s. Abb. 6 bis 9).

Die okklusale Gestaltung zielt auf die Kompensation von Defiziten. Nach Möglichkeit wird die vertikale Relation auf dem ersten zentrischen Kontakt eingestellt, ledig-

lich im Bereich der Eckzähne werden kleine Aufbauten angebracht, um Hyperbalancekontakte aufzulösen und eine leicht anterior



Abb. 6 bis 8 – Adjustierte Aufbissschiene im Oberkiefer bei frontal offenem Biss und einer physiologisch ungünstigen Neigung der Okklusionsebene



Abb. 9 – Adjustierte Aufbissschiene im Unterkiefer zur Korrektur okklusaler Defizite im Seit Zahngebiet. Der vorhandene Frontzahnkontakt (hier bei 33-42) in Gelenkzentrik bleibt erhalten. Es erfolgt keine Bisshebung über den ersten zentrischen Kontakt hinaus.

GERL.

Persönlich.
Auf den Punkt.



OMNIDENT Katalog 2010



Fordern Sie jetzt gleich den neuen OMNIDENT Katalog an - und freuen Sie sich über eine Auswahl an Neuprodukten zum Sonderpreis.

TREUE zahlt sich aus.

Wer mitmacht wird belohnt:

für Ihre gesammelten OMNIDENT Treuepunkte stehen Ihnen hochwertige Hotel- und Erlebnisschecks oder individuelle Best-Choice-Wertgutscheine für Ihre ganz persönliche Lieblings-Prämie zur Wahl.

Sie kennen die attraktiven OMNIDENT Treueprämien noch nicht?

Fordern Sie gleich die aktuelle Treuebroschüre an. Es lohnt sich.



Erfüllen Sie sich Ihre Wünsche mit OMNIDENT!

GERL. GmbH & Co. KG
Devrientstraße 5
01067 Dresden

Tel. 03 51.3 19 78.19

Fax 03 51.3 19 78.16

dresden@gerl-dental.de

gerichtete Laterotrusion zu etablieren. Aus dem Verständnis biologischer Regelsysteme heraus, ist nachvollziehbar, dass die Erstdiagnostik nur eine Momentaufnahme der Problematik sein kann. Das einmalige Entfernen okklusaler Interferenzen führt nicht unmittelbar zu einer neuromuskulären Stabilisation des Unterkiefers. Die einsetzende muskuläre Entspannung führt zu räumlichen Verlagerungen der Mandibula und erfordert mehrfache Okklusionskorrekturen. Nach ca. 10 Wochen werden erneut ein klinischer Funktionsstatus erhoben, mittels instrumenteller Diagnostik die Zentrik bestimmt und die Schiene im Artikulator geprüft. Bei geänderten okklusalen Beziehungen wird die Schiene entsprechend neu adjustiert. Kritisch muss der bisherige Behandlungsverlauf gewertet und gegebenenfalls auch die Therapie nachjustiert werden. Erst wenn bei mehreren Nachregistrierungen über einen längeren Zeitraum eine relative Beschwerdefreiheit erreicht ist und sich die Modellsituation im Artikulator nicht mehr ändert, kann man davon ausgehen, die definitive neuromuskuläre Zentrik erreicht zu haben. Hält die Beschwerdefreiheit über einen längeren Beobachtungs- und Stabilisierungszeitraum an, kann über die weitere Therapie entschieden werden.

Definitive Therapie

Die definitive Therapie muss nicht zwangsläufig in einer generalisierten Neugestaltung der Okklusionsbeziehung bestehen. Bei relativ geringen Diskrepanzen zwischen der zentrischen Kieferrelation und der habituellen maximalen Intercuspidation ist eine „Entwöhnung“ von der Schiene möglich, ohne dass die Beschwerden wieder auftreten. Die Schiene wird dann nachts und bei Bedarf in stressreichen Lebensabschnitten getragen. Bleibt die relative Beschwerdefreiheit in diesem kompensierten Zustand erhalten, ist ein Eingriff in die Okklusion nicht indiziert.

Bei Patienten, bei denen aufgrund der Restbezahnung eine prothetische Neuversorgung ansteht, ist es sinnvoll, diese in Gelenkzentrik mit idealen Okklusionsbeziehungen anzustreben.

Besonders verantwortungsvoll ist die Entscheidungsfindung bei Patienten, bei denen aufgrund der großen Diskrepanz zwischen der habituellen Intercuspidation und der zentrischen Unterkieferposition eine beschwerdefreie Entwöhnung von der Schiene nicht gelingt. Hier ist eine dauerhafte Korrektur der Okklusionsbeziehung erforderlich.

• Dauerschienen

Die aus Acrylat oder auf der Basis von Tiefziehfolien hergestellten Schienen haben oft eine begrenzte Lebensdauer. Langzeitschienen können aus Modellguss (mit oder ohne Verblendung) hergestellt werden. Dabei ist strikt darauf zu achten, dass alle Zähne, die keinen primären Kontakt zur Gegenbezahnung haben, von der Schiene gefasst werden, um Elongationen zu vermeiden (s. Abb. 10 und 11).



Abb. 10 und 11 – Die Stufe in der Okklusionsebene distal der unteren 3er war schon im Ausgangsbefund vorhanden und ist keine Folge der Schienentherapie, sondern okklusale Ursache für die anteriore Diskusverlagerung

• Kieferorthopädische Korrektur

Die kieferorthopädische Korrektur insuffizienter Okklusionsbeziehungen im Seitenzahngelände ist sehr sicher über Gummizüge zu realisieren. Dabei wird die Stabilisierungsschiene im Bereich des zu bewegenden Zahnes ausgeschliffen und dieser über Gummizüge an die Gegenbezahnung angehängt. Die zentrische UK-Position bleibt dabei über die Aufbissschiene gesichert. Die Zahnbewegung ist somit definiert zu steuern, verlangt aber eine absolut zuverlässige Mitarbeit des Patienten und ist wegen der Rezidivfreudigkeit mit sehr langen Retentionsphasen verbunden (s. Abb. 12).

• Zahnaufbauten

Deutlich schneller – wenn auch teilweise unter Opferung von intakter Zahnhartsub-



Abb. 12 – Gezielte Elongation von 36 bei gleichzeitiger Sicherung der zentrischen UK-Position

stanz – führen Zahnaufbauten zur definitiven okklusalen Stabilisierung der zentrischen UK-Position. Diese können entweder sehr aufwendig direkt im Mund mit Kompositen oder über gefräste keramische Overlays (z. B. CEREC) realisiert werden.

• Prothetische Rekonstruktion

Unter Umständen ist es auch unumgänglich, sehr komplexe prothetische Rekonstruktionen durchzuführen. Diese erfordern ein hohes Maß an Planung, um den gewünschten therapeutischen Effekt zu erreichen. Modelldiagnostik mit voll gepintten Sägeschnittmodellen, Wax-up und idealerweise laborgefertigte Langzeitprovisorien in der gewünschten Ziellposition für einen Zeitraum von drei Monaten sind Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der erarbeiteten Kieferrelation (s. Abb. 13).

Dispensairebetreuung

Chronische Schmerzpatienten sind treu – sie kommen immer wieder.

Trotz perfekt ausgeführter interdisziplinärer Therapie der somatischen Befunde und gegebenenfalls begleitender psychologischer Betreuung hat sich das psychosomatische Reaktionsmuster unauslöschbar eingepreßt. Psychosoziale Belastungssituationen können zur Wiederbelebung früherer somatischer Reaktionsmuster führen.

Der mit der Situation verbundene Affekt wird nicht als Gefühl, sondern als bedrohliche Organfunktionsstörung wahrgenommen. Bereiten Sie Ihre Patienten, sich und Ihr Team auf die Situation: „Aber es hat alles nichts geholfen!“ vor. Blinder Aktionismus ist an dieser Stelle genauso wenig förderlich, wie die abwehrende Haltung: „Wir haben alles für Sie getan.“ Eine langfristig aufgebaute Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten ist in dieser Situation wünschenswert.

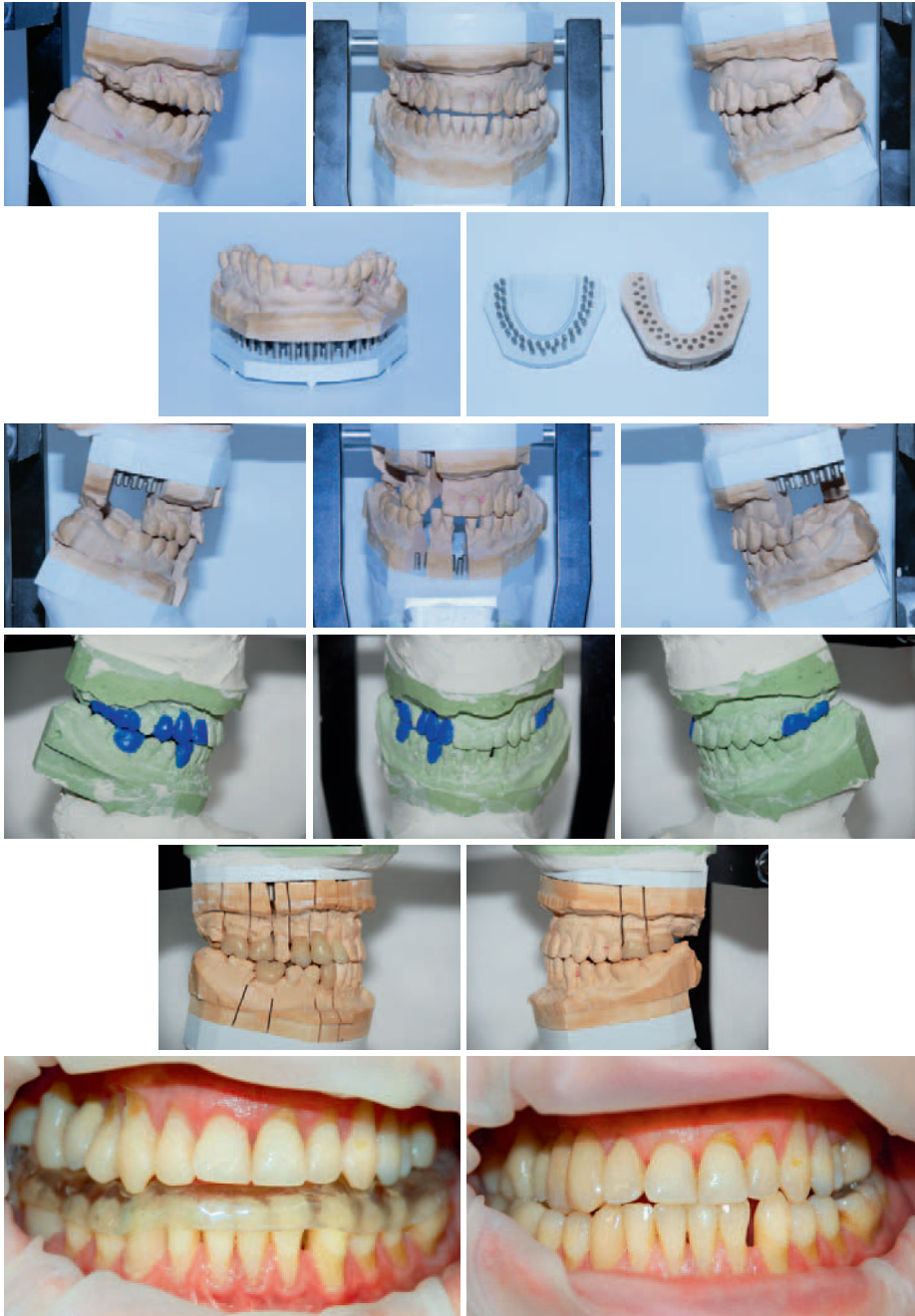


Abb. 13 – Beschwerdefreie, zentrische Unterkieferposition mit Stabilisierungsschiene gesichert und die definitive Rekonstruktion mit gefrästen vollkeramischen Kronen

In Abwandlung eines oft zitierten Bonmots von Prof. Gutowski: Ohne Okklusion ist alles nichts, aber Okklusion ist nicht alles.

Dipl.-Stom. Tom Friedrichs

Dresdner Krebszentrum mit neuem Infodienst für Ostdeutschland

Am Dresdner Krebszentrum wird ein Informationszentrum für Ostdeutschland eingerichtet. Ab März können sich Patienten und Angehörige dort über Behandlungsmöglichkeiten informieren, wie der Direktor der Krebszentrums, Michael Baumann, am Dienstag in Dresden mitteilte. Zunächst werden drei Ärzte die Anfragen aus ganz Ostdeutschland bearbeiten.

Sie wurden in einer dreimonatigen Schulung auf die Beratung vorbereitet und sind telefonisch sowie über das Internet erreichbar.

Die Dresdner Beratung ist die bundesweit erste Außenstelle des Deutschen Krebsinformationszentrums (DKFZ). Bisher wurden Anfragen zentral in Heidelberg betreut.

Quelle: NetDoktor/ddp, 10.2.2010

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med. dent.

Günther Walter

(Dresden)

geb. 10.3.1932

gest. 5.11.2009

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Wir trauern um unseren Kollegen

Dipl.-Stomat.

Matthias Kagelmann

(Leipzig)

geb. 23.7.1957

gest. 22.1.2010

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med. dent.

Hans Böhme

(Leipzig)

geb. 22.8.1926

gest. 24.1.2010

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.