

Dieser komplexe Fall zeigt ganz klar die Notwendigkeit einer schmerztherapeutischen und psychosomatischen Grundkompetenz auf, da monotherapeutische Therapiekonzepte nicht greifen und einer Chronifizierung Vorschub leisten.

Ergänzende Literaturempfehlungen

Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA. Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer 2003.

International Headache Society (IHS). Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen. 2. Aufl. Nervenheilkunde 2003; 22: 531–670.

Zenz M, Türp JC. Orofacialer Schmerz. Schmerz 2002; 16: 339–411.

3.3.3 Kraniomandibuläre Dysfunktion und Bruxismus

Norbert Enkling

Die kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD) ist eine Erkrankung des stomatognathen Systems mit einer komplexen Ätiopathogenese. Im Zentrum stehen der Muskelhypertonus und die Muskelhyperaktivität mit ihren langfristigen unphysiologischen Belastungen der Gewebe. Symptome der CMD sind in der Bevölkerung weitverbreitet, jedoch nur in seltenen Fällen behandlungsbedürftig.

Kraniomandibuläre Dysfunktion

Definition und Ätiologie

Die kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD) bezeichnet eine Erkrankung des Kiefergelenkes und/oder der benachbarten Kaumuskulatur sowie der Hals- und Nackenmuskulatur, die in der Regel mit Funktionseinschränkungen oder Funktionsabweichungen und Schmerzen verbunden ist. Die CMD fungiert somit als Sammelbegriff für verschiedenartige Veränderungen im stomatognathen System. Werden CMD-Patienten gepoolt, sind diese ein heterogenes Patientengut mit unterschiedlichen anatomischen Befunden und Symptomen.

Schmerzen im Kopf-Hals-Bereich sind in der Bevölkerung weitverbreitet und ein Symptom, welches von zahlreichen Ursachen ausgelöst und unterhalten werden kann (Lipton et al. 1993). Die CMD, auch als Myoarthropathie (MAP), *Orofacial Pain*, *Temporomandibular Joint Disorder* (TMD) oder *Temporomandibular Joint Disturbances* (TMJ), d. h. Kiefergelenksprobleme, bezeichnet, stellt eine dieser möglichen Ursachen dar.

Fallbeispiel 1

Die Patientin schildert dem Zahnarzt folgende Beschwerden: Wenn Sie morgens aufwacht, hat sie ein Gefühl wie Muskelkater im Gesichtsbereich. Dampfe Schmerzen strahlen beidseitig im unteren Gesichtsbereich aus. Die Beschwerden werden im Laufe des Morgens besser. Der Zahnarzt ermittelt bei seiner Untersuchung, dass intraoral starke Schliiffacetten auf den Zähnen bestehen und Teile der Kaumusculatur und der supra- und infrahyoidalen Halsmuskulatur druckschmerzhaft und

verhärtet sind. Besonders stark sind diese Schmerzen ausgeprägt, wenn die berufliche Belastung zunimmt. Die Schmerzen haben einen schwankenden Verlauf: Mal sind diese fast verschwunden, derzeit sind sie jedoch wieder extrem stark. Auf der Schmerzskala (VAS) von 0 = kein Schmerz bis 10 = maximal vorstellbarer Schmerz kategorisiert sich die Patientin bei 9 ein. Sie leidet so stark unter den Beschwerden, dass ihre Lebensqualität sehr beeinträchtigt ist und sie deswegen bereits an über 30 Tagen nicht arbeitsfähig war.

Fallbeispiel 2

Die Patientin schildert ihrer Zahnärztin folgende Beschwerden: Nach einem Skiunfall vor zwei Monaten, bei dem sie einen seitlichen Schlag auf das Kinn erhalten hatte, waren plötzlich Kiefergelenksgeräusche in Form von Knacken rechts aufgetreten. Es knackt sowohl bei der Kieferöffnung als auch beim Kieferschluss, jedoch zeitlich versetzt. Die Patientin weicht bei der Kieferöffnungsbewegung mit dem Unterkiefer zur rechten Seite hin ab und die maximale Kieferöffnung ist reduziert. Wenn die Patientin auf die Seitenzähne beißt, hat sie den Eindruck, dass sie nur rechts Kontakt hat. Beim Kauen und in Schlussbissstellung verspürt sie Schmerzen direkt vor dem rechten Ohr. Die Schmerzen sind zwar stark (VAS 8), beeinträchtigen das alltägliche Leben jedoch kaum. Der behandelnde Hausarzt hatte auf dem Röntgenbild keinen Kieferbruch feststellen können.

Patientin 1 ist ein typisches Beispiel für eine Myopathie der Kaumuskulatur, welche auf stressinduzierten Bruxismus zurückgeführt werden kann. Patientin 2 weist die typischen Symptome einer Arthropathie in Form einer akuten anterioren Diskusverlagerung im rechten Kiefergelenk auf. Die psychische Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens ist bei beiden Patientinnen divergent: bei Patientin 1 sehr stark, bei Patientin 2 kaum vorhanden. Die psychische Beeinträchtigung kann unabhängig von der Form der vorliegenden CMD sehr unterschiedlich sein. Diese Komplexität der CMD erschwert sowohl die Diagnostik als auch die Therapieentscheidung.

Prävalenz

Bei der Darstellung der Prävalenz muss zwischen positiven Befunden in der klinischen Funktionsanalyse, wie z. B. einem Kiefergelenksknacken, und behandlungswürdigen Veränderungen unterschieden werden. Klinische Zeichen einer Funktionsstörung treten häufiger auf als anamnestische Symptome: Etwa 40–75 % der Bevölkerung haben mindestens ein positives Zeichen (objektiv vom Untersucher festgestellt) im Funktionsbefund, 30 % mindestens ein Symptom (subjektiv vom Patienten wahrgenommener pathologischer Prozess). 5–13 % der Erwachsenen weisen Schmerzen im Bereich der temporomandibulären Region auf. Behandlungsbedürftig wegen einer CMD ist jedoch nur eine Minderheit von 3–7 %. Frauen sind davon doppelt so häufig betroffen wie Männer. Zeichen einer CMD sind zwar bereits bei Kindern vorhanden, die höchste Prävalenz liegt jedoch im Alter zwischen 18 und 45 Jahren (De Kanter et al. 1992; Egermark-Eriksson et al. 1981; Goulet et al. 1995; Gremillion 2000; Kononen u. Nystrom 1993; MacEntee et al. 1987; Manfredini et al. 2006; Wanman 1987).