

Craniomandibuläre Dysfunktion: Knirschen mit Folgen

Die Anzahl der Patienten, die unter einer craniomandibulären Dysfunktion leiden, nimmt zu. Nacken- oder Rückenschmerzen führen die Patienten oftmals zum Orthopäden, aber auch Migräne, Tinnitus, Schwindel oder Zahnschmerzen können den Betroffenen Probleme machen. Meist ist die Behandlung nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich möglich.

Stephan Pratsch, Dr. med. dent. Laura Podolsky, Köln

■ Eine craniomandibuläre Dysfunktion oder kurz CMD ist per definitionem der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) eine muskuläre Störung der funktionellen Beziehung der Schädelbasis zum Unterkiefer. Die Prävalenz variiert innerhalb der Fachliteratur. Innerhalb der letzten zehn Jahre haben etwa 50% der Bevölkerung in Deutschland eine solche Dysfunktion, wenn auch nicht immer mit Begleitsymptomen.¹ Statistisch erkranken Frauen häufiger als Männer.² Die Kausalität ist diesbezüglich noch unbekannt. Vermutet werden organische Ursachen sowie unterschiedliche psychosoziale Verhaltensmuster zwischen den Geschlechtern.³

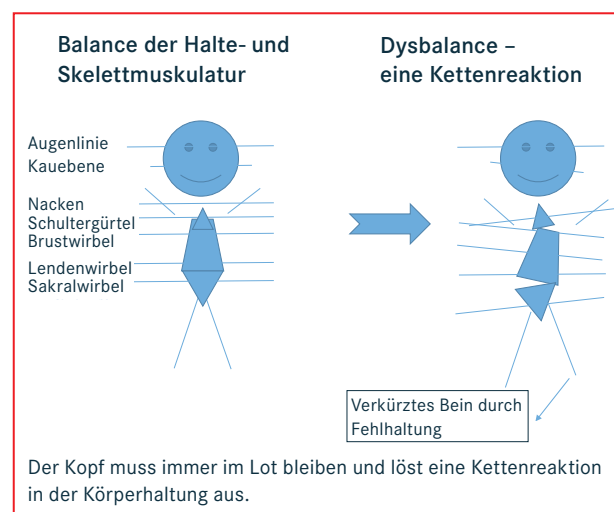
Als Ursache für die CMD wird in der Regel das nächtliche Knirschen oder Pressen der Zähne (durchaus aber auch tagsüber) angenommen. Hintergrund können Fehlhaltungen, aber auch psychoemotionale Belastungen sein. Bei psychischer Überbelastung kompensiert der betroffene Patient diese durch Bruxismus.³ Fehlhaltungen durch Zahn- und Kieferfehlstellung führen dazu, dass der Betroffene versucht, eine ausgeglichene Bissposition einzunehmen. Diese wird nicht gefunden oder ist durch muskuläre Verspannungen bzw. skelettale Veränderungen nicht möglich. Der Patient knirscht oder presst nachts mit den Zähnen.

Beide Auslöser können auch in Kombination auftreten.

Grundsätzlich gilt die CMD nicht als Diagnose, sondern als Beschreibung der durch Fehlbelastungen entstehenden Symptome. Dabei kann es zu unterschiedlichen Beschwerden kommen, die nicht allein am Wirkungsort der Muskelkräfte auftreten und in vielen Fällen nicht direkt auf die Ursache hinweisen. Mit der Dauer der Erkrankung häufen sich die Beschwerden.

Folge: Fehlhaltungen und Muskelverspannungen

Kommt es zum Knirschen und Pressen, entstehen anfangs Überlastungen und Verspannungen in den direkt betroffenen Gebieten, also an den Kaumuskeln, den Zähnen und den Kiefergelenken. Zur Entlastung der betroffenen Körperregionen nimmt der Patient bewusst oder unterbewusst eine Schonhaltung ein. Ein Beispiel dafür wäre die Lateralisation oder Rotation des Kopfes zu einer Seite. Das natürliche Bestreben des Körpers, den Kopf immer im Lot zu halten, führt somit zu einer Fehlhaltung und statischen Veränderung in der Position der ein-



zelenen Abschnitte des Halteapparates zueinander. Von kranial nach sakral passen sich die Wirbelkörper der Schonhaltung an (s. Abb.). Diese Kompensation hat längerfristig zur Folge, dass in absehbarer Zeit die Muskulatur in anderen Körperregionen verspannt, allen voran die Nackenmuskulatur. Grundsätzlich kann der menschliche Körper eine Menge an Belastung, egal ob Über- oder Fehlbelastung, kompensieren. Einer Studie zufolge weichen ca. 97% der Menschen in der Haltung vom Ideal ab⁴, was aber nicht bedeutet, dass behandlungsauslösende Diagnosen gestellt werden. Folge der Fehlhaltung sind häufig massive myogene Schmerzen an den beteiligten anatomischen Strukturen bis hin zu strukturellen Schädigungen der Hart- und Weichgewebe. Symptome wie Hyp-

ästhesien, Parästhesien und Anästhesien sowie Functio laesa können die Folge sein.

Als Ausdruck der Überlastung an den Zähnen sind Zahnschmerzen und -empfindlichkeiten beim Kauen bis hin zu Zahnverlust nicht selten. Häufig führen Muskel-, Zahn- oder Nackenschmerzen zu Kopfschmerzen, gerade wenn Haupt- und Hilfskaumuskulatur nicht balanciert arbeiten.

Ohrenschmerzen, Tinnitus⁵, Schwindel oder Kieferknacken können auftreten. Auslöser ist auch hier der zu starke Druck der Kiefer zueinander. Die resultierende Kompression im Gelenkspalt des Kiefergelenkes staucht den Gelenkknorpel (Discus articulare). Schmerzen und Knacken sind die Folge. Das Geräusch entsteht durch die Verschiebung des Discus articulare bei der Mundöffnung oder dem Beißvorgang. Wird der Druck nicht nur in vertikaler Richtung, sondern auch nach sagittal und posterior ausgeübt, klagen die Betroffenen durch die Nähe der nervalen Strukturen zum Ohr über Ohrengeräusche, -schmerzen oder Schwindel.

Vorgehen basiert auf Ausschlussdiagnostik

In der Regel wird eine CMD nicht sofort erkannt, weil der Patient beispielsweise wegen Kopf-/Nackenschmerzen oder Ohrengeräuschen erst einmal beim Haus- oder HNO-Arzt vorstellig wird. Nur wenn dort die Problematik erkannt wird, geht der Patient auch zum Zahnarzt. Grundsätzlich können aber nahezu alle der CMD zugeordneten Symptome auch andere Ursachen haben. Das Vorgehen ist immer eine Ausschlussdiagnostik. In vielen Fällen ist der Zahnarzt aus diesem Grund der letzte Arzt in der Kette, der den Patienten untersucht, wodurch sich die Leidensgeschichte verlängert und die Erkrankung manifestiert.

Der Orthopäde fokussiert Störungen am Skelettsystem ...

Eine grundlegende Diagnostik mit Abschluss weiterer Krankheitsbilder ist zwingend erforderlich, wobei mannigfaltige Differenzialdiagnosen zu beachten sind. Die Zahnmedizin betreffend können sie Anzeichen einer Karies, Pulpitis, Parodontitis und von Entzündungsgeschehen sein.

Im Fachbereich der HNO sind Otitis media, Lärmtraumata und pathologische Veränderungen abzuklären. Der Orthopäde und Neurologe schließen organische Ursachen des Skelett- und Nervleitungssystems aus.⁴ An dieser Stelle ist ein Netzwerk an zusammenarbeitenden und sich austauschenden ärztlichen Kollegen sinnvoll, um dem Patienten eine möglichst umfassende Betreuung bieten zu können.

... und überwacht therapiebegleitend die Körperhaltung

Sind alle anderen körperlichen Ursachen für die Beschwerden ausgeschlossen, wird der Patient in der Regel nach ausführlicher anamnestischer Fragestellung und gezielter Diagnostik mit Hilfe einer im besten Falle instrumentell funktionsanalytisch ausgemessenen Aufbisschiene zur Entlastung der primär belasteten Regionen Zähne, Kaumuskulatur und Kiefergelenke versorgt.⁶

Eine manuelle Therapie durch darauf spezialisierte Physiotherapeuten als Ergänzung zum Aufbissbehelf^{7,8} ist ebenso wie die Überwachung der Körperhaltung und Beschwerden durch den Orthopäden essenziell. Die Behandlung sollte stets interdisziplinär abgestimmt sein. Denn eine Übertherapie mit alternierenden Behandlungsmethoden kann den langfristigen Erfolg für den Patienten minimieren.

Prinzipiell wird bei der Behandlung zwischen chronischen und akuten



Stephan Pratsch,
leitender Zahnarzt des
Carree Dental, Köln.
Tätigkeitsschwerpunkte:
Parodontologie und
Kiefergelenksdiagnostik



Dr. med. dent.
Laura Podolsky,
Carree Dental, Köln

Schmerzen unterschieden. Die Erfolgsaussichten bei akuten Beschwerden sind signifikant höher. Etwa 10% der Patienten weisen eine chronische Symptomatik auf. 90% sind somit meist erfolgreich zu therapieren.⁹ Analgetika oder Spasmolytika sind vorübergehend eine Option, überbrücken jedoch nur die Zeit bis zum Therapiebeginn.¹⁰

Zur Stressbewältigung eignen sich Entspannungsübungen, Sport als Ausgleich (sofern Sport in der jeweiligen Situation sinnvoll ist) oder die Beratung und Behandlung durch einen Psychologen. Ein strukturiertes Gespräch mit dem Patienten über Ursachen, Auslöser, Beschwerden, Warnsignale und Fortführung der Behandlung verbessert die Prognose.

Sind die Beschwerden auf dentaler Ebene zu suchen, ist eine Änderung der Bissituation, sei es durch den Zahnarzt oder den Kieferorthopäden, anzustreben, um wieder eine ausgeglichene Okklusion (Verzahnung) oder das richtige Verhältnis der Kiefer zueinander herzustellen. ■

Stephan Pratsch,
leitender Zahnarzt des Carree Dental, Köln

Dr. med. dent. Laura Podolsky, Zahnärztin,
Carree Dental, Köln

E-Mail: info@carree-dental.de

Literatur in der Redaktion erhältlich