

Bei CMD kann neuer Zahnersatz zum Krimi werden

„Das Beste für Sie ist es, diese Brücke zu erneuern.“ Mit diesem alltäglich formulierten Satz kann unter besonderen Umständen für den Patienten und den Therapeuten ein schwieriger und zeitintensiver Weg beginnen. Ein Beitrag von Dr. Patricia von Landenberg, Boppard-Buchholz.



besteht, die Brücke fühlt sich einfach zu eng an. Die vielfältigen Symptome beschreibt der Schmerzgeplagte in den anberaumten Zwischenterminen. Es wird erklärt, geschliffen, gepinselt, gerechtfertigt und wieder geschliffen. Der Behandler gerät zunehmend

Der Krimi geht weiter, die Schmerzen persistieren. Ärger und Missstimmung entsteht, das Arzt-Patienten-Verhältnis ist gestört. Es folgt ein Behandlerwechsel, vielleicht wird ein Gutachter gefordert und hinzugezogen und ist der Zweijahreszeitraum der Gewährleistung noch nicht überschritten, wird das Problem zur Nachbesserung wieder Retour geschickt. Fakt ist, es ändert sich nichts. In diesem real existierenden Fall wurden dann nacheinander erst der eine und dann der zweite Zahn extrahiert. Wahrscheinlich glauben Sie jetzt, dass so eine Geschichte Seltenheitswert hat, irgendwo hinter den sieben Bergen bei einem der sieben Zwerge kann sich dieses abspielen, aber nicht bei Ihnen, dem Profi. Weit gefehlt. Solche postprothetischen Schmerzempfindungen kommen breitgefächert vor und ihre Anzahl nimmt zu.

multiplen therapeutischen Zwischenstationen vor. In diesem dokumentierten Fall stellte sich der Patient nach nicht geglückter Versorgung und zwei Zähnen weniger auf seinem Leidensweg in unserer Praxis vor. Nach ausführlicher manueller Funktionsanalyse und einer Untersuchung der Körperstatik und des Schmerzempfindens, konnte eine craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) und eine stark erhöhte Laxizität des Bewegungsapparates festgestellt werden. Durch eine allgemeine Grunderkrankung lag ein inzwischen schon chronifiziertes Schmerzempfinden vor. Zum Zeitpunkt der Präparation wurden diese Befunde entweder nicht erkannt, oder lagen in bis dahin kompensierter Form vor. Die CMD konnte hierbei bis zum Behandlungsbeginn in Grenzen gehalten werden und uferete durch die Anhäufung belastender Faktoren aus. Die gesund-

Geschehen. Ein Patient, der momentan keine Beschwerden aufweist, kann unter zunehmenden negativen Einflüssen eine CMD entwickeln oder eine im Zaume gehaltene CMD kann zum Ausbruch kommen. In vielen Studien wurde belegt, dass CMD-Patienten zusätzlich unter Beschwerden des skelettalen Systems leiden. Die nervale Verschaltung des 3. Trigeminusastes, der durch die überlastete Kaumuskulatur aktiviert wurde, läuft über die Stammhirnkerne an die oberen 3 Spinalnerven und von dort über die Medulla oblongata direkt zur Halswirbelsäule. Der Zusammenhang zwischen einer pathologischen Okklusion bei CMD und einer negativen Wirbelsäulenstatik ist häufig sowohl in wissenschaftlichen Arbeiten als auch in der Praxis festzustellen. Dabei ist zu beachten, dass 42 Millionen Menschen, damit auch Patienten, unter Beschwerden des skelettalen Systems leiden. Von diesen steht ein Großteil in zahnärztlicher Behandlung und wünscht Implantate. Laut Kopp et al. 2001 haben 50 Prozent aller Patienten mit Rückenschmerzen CMD. Weiterhin leidet ein Großteil der Bevölkerung unter chronischen Schmerzen, diese verändern den Mechanismus der Schmerzverarbeitung und Schmerzweiterleitung. Auch hier gibt es eine größere Schnittmenge derer, die unter CMD leiden und gleichzeitig unter multiplen und ständig wiederkehrenden Schmerzen.

Der fortbildungsorientierte Zahnarzt und die erfahrene Zahnärztin, welche beide über eine langjährige Berufserfahrung verfügen, empfehlen ihrem Patienten die Neuversorgung einer eher unansehnlichen Brücke mit abstehenden Rändern oder die Überkronung mehrerer Zähne, die noch alte, inzwischen undichte Amalgamfüllungen aufweisen. Der Patient ist bereits zahnarztprobt, nicht zum ersten Mal erfolgt bei ihm eine prothetische Versorgung, er kennt den Ablauf und kann sich darauf einstellen. Aber dieses Mal wird alles anders!

Routiniert werden die Zähne vorbereitet, die Helferinnen sind freundlich und das Provisorium ansehnlich. Es stellt sich ein Missemmpfinden ein, natürlich liegt es an der Übergangsvorsorgung. Außerdem ist es normal, dass frisch behandelte Zähne etwas empfindlicher sind. Nach Einsetzen der Kronen verstärken sich die Probleme. In den ersten Wochen nach der „erfolgreichen Neuversorgung“ glauben Patient und Zahnarzt noch, dass nach einer Eingewöhnungsphase das Missemmpfinden in der behandelten Region verschwinden wird. Es zieht, ein unerklärliches Druckgefühl

unter Druck, sein Zeitplan platzt an diesen Tagen aus den Fugen. Ein positives Resultat ist gefordert, da die Brücke keine Mängel aufweist, liegt es am Fundament. Also wird der erste Zahn endodontisch behandelt.

Die Beschwerden lassen nicht nach

Die Symptome breiten sich aus, die Gesichtshälfte ist elektrisiert, manchmal auch taub. Kopf- und Nackenschmerzen sind unerträglich. Es wird geklopft, geprüft und geschwitzt und doch der zweite Zahn trepaniert. Doch die Schmerzen ändern sich nicht. Vielleicht lag es an Ramiifikationen, mit einem Stereomikroskop könnten diese erkannt werden. Man überweist zur Revision der Wurzelfüllungen zu einem Endodontologen. Doch es ist wie verhext: Es wird nicht besser, ein Spezialist muss her – der Kieferchirurg wird es richten. An einem oder am besten direkt an beiden Zähnen wird eine Wurzelspitzenresektion vorgenommen, obwohl kein apikales Granulom in Sicht ist. Vielleicht erkennt man eine dezente Parodontalspalterweiterung, aus der mit Mühe ein apikaler Prozess gelesen wird.



* Dr. Patricia von Landenberg ist Vorsitzende des DZOI-Ausschusses CMD.

Die CMD-Falle

Am 28. Januar 2012 veranstaltet die Autorin unseres Fachberichtes Dr. Patricia von Landenberg in ihrer Praxis in Koblenz den Workshop „CMD-Fälle – wenn neuer Zahnersatz der Auslöser für viele Probleme wird – geeignete Untersuchungen zur Diagnostik“.

Was ist passiert? Wo liegt der Fehler?

War es ein Beschleiftrauma oder lag es an einer tiefen Karies? Dann hätte sich der Schmerzzustand des Patienten schneller gesteigert und die Symptome wären eindeutiger gewesen. Doch was war es dann? Es kommt auf die Sichtweise an. Der Patient empfindet, dass seine Schmerzen nicht ernst genommen werden und er dem Behandler lästig geworden ist. „Hätte man doch am besten die alten Füllungen belassen“, denkt er. Zwar hatte die Brücke schon dunkle Ränder, an denen man mit dem Fingernagel hängen blieb, aber so schlimm war sie doch wirklich noch nicht. Ihm oder ihr ist ein Behandlungsfehler unterlaufen, das steht fest. Der Zahnarzt hat viel Zeit und Nerven investiert, doch konnte er keinen wirklichen Erfolg verbuchen. Zudem war die Behandlung unwirtschaftlich für seine Praxis und gefährdet seinen Ruf. Vielleicht liegt es am Patienten? Ist er ein Überempfindlicher, ein Simulant? Ist es sein Ziel, die Rechnung nicht zu begleichen? In der Regel wird er diese Frage nicht mehr beantwortet bekommen, da der Therapeut gewechselt wird. Ob es diesem dann besser ergeht und er einen therapeutischen Erfolg erzielt, bleibt fraglich.

Etliche solcher oder ähnlich gelagerter Fälle stellen sich in unserer Praxis nach jahrelangen Beschwerden und

heitliche Ursache der Entgleisung eines Patienten hat immer mehrere Ursachen, die zeitgleich auf den Patienten einwirken. Gerade bei der Versorgung mit Implantaten kann dieses geschehen, da etwas Neues und Fremdes in den Körper inseriert wird. Die therapeutischen Folgen gestalten sich anders, im Zweifel wird das gute Stück wieder entfernt, doch Ärger, Honorar- und Zeitverlust dominieren dann auch diesen Behandlungsfall.

50 Prozent aller Patienten mit Rückenschmerzen haben CMD

Eine Vielzahl der Zahnarztpraxen bietet ihren Patienten eine prothetische Versorgung mit Implantaten an. Um nicht nur Neupatienten zu generieren, sondern diese auch langfristig zufrieden zu stellen, ist eine optimale Therapie obligat. Damit diese Behandlungen zur langfristigen Zufriedenheit verlaufen, ist es für uns Zahnärzte zwingend erforderlich, den Fokus zu erweitern. Ein Patient mit Okklusionsstörungen muss keine Myarthropatie entwickeln, und es ist auch nicht erforderlich ihn zu therapieren.

Auch wenn neue okklusale Interferenzen hinzukommen, besteht bei vielen Patienten die Adaptationsfähigkeit ohne negative Folgen in das stomathogene System zu integrieren. Die Entgleisung ist immer ein multifaktorielles

Zusammenhänge aufdecken

Weitere zu eruiende Faktoren sind die der psychischen und der psychosozialen Belastungssituation. Um unnötigen Zeitaufwand zu vermeiden und dem Patienten lange Leidenswege zu ersparen, sollte vor größeren prothetischen Versorgung standardisiert eine manuelle Funktionsanalyse vorgenommen werden. Bei Symptomen wie atypischem Gesichtsschmerz oder chronischen Kopfschmerz erweist sich zusätzlich ein Psycho- und Schmerzscreening als hilfreich. Unter Mithilfe anderer Berufsgruppen sind die Zusammenhänge leichter aufzudecken. Deshalb ist die Überweisung zum Orthopäden, HNO und zum Neurologen in diesen Fällen ein Muss. Behandlungen, die nicht dringend notwendig sind, können verschoben oder provisorisch versorgt werden, bis sich der Patient in einer muskulär und psychisch entspannten Situation befindet. Damit bei schwierigen Behandlungen nicht der Fall die Therapie bestimmt, sondern der Behandler, ist ein praxistaugliches, zeitlich in den Arbeitsalltag gut integrierbares Konzept neben der genauen Kenntnis der Zusammenhänge erforderlich, um die Freude an der Arbeit mit den Patienten nicht zu verlieren. ◀

Dr. Patricia von Landenberg
Zahnarztpraxis Dres. von Landenberg
Heidestraße 77, 56154 Boppard-Buchholz
Tel.: 06742 5203, PVL@online.de
www.doctoresvonlandenberg.de

1-Tages-Workshops des DZOI

Mit diversen 1-Tages-Workshops an unterschiedlichen Standorten will der Fachverband künftig zu den Zahnärzten kommen und ihnen vor Ort Fortbildungsangebote machen. DZOI-Mitglieder profitieren von reduzierten Workshopstarifen.



Einsatz von Lachgas

Dr. Jochen Scopp, Leiter des Ausschusses „Analgesie/Sedierung“, lädt am Samstag, den 19. November 2011 in seine Berliner Praxis ein, um seine umfangreichen Erfahrungen zum Thema Lachgas an die Teilnehmer weiterzugeben. Inhalte des eintägigen Workshop sind: Sedationstechniken, Pharmakologie, Monitoring, Zwischenfälle/Notfälle, Komplikationen. „In dem Kurs wird der reibungslose Einstieg in die dentale Lachgassedierung und die Implementierung dieser Technik in die eigene Praxis veranschaulicht“, so Dr. Jochen Scopp. Ein weiterer Kurs ist im 1. Quartal 2012 in Koblenz geplant. Für DZOI-Mitglieder betragen die Kosten 240,- Euro, für Nicht-Mitglieder 290,- Euro.

Zweigleisiges System der CAD/CAM-Technologie

Am 8. und 15. Februar 2012 finden jeweils eintägige Workshops in Stuttgart statt, die die DZOI-Ausschussvorsitzenden Lothar und Bastian Glass organisiert haben. Die Zahntechnikmeister konnten Referenten der Firma Sirona und weitere Anwendungstechniker gewinnen, die das CEREC-System inklusive aller Aufnahmeeinheiten (auch Intraoralscanner) und Systemkomponenten mit der aktuellsten Software 4.0 und vorangegangene Versionen erläutern. Die Teilnehmerzahl ist auf je acht begrenzt, um praktischen Übungen mehr Nachhaltigkeit zu verleihen. Weitere Workshops werden folgen, z. B. zum Thema 3Shape System und DentalDesigner.

Anmeldungen bitte über die DZOI-Geschäftsstelle: www.dzoi.de, Tel.: 0871 6600934