

Akute und chronische Schmerzen in der Zahnarztpraxis

Karies, Parodontopathien und craniomandibuläre Dysregulationen (CMD) sind die Hauptindikationen, mit denen sich der Zahnarzt in seiner täglichen Praxis beschäftigen muss. Schmerzen gelten dabei als mögliche symptomatische Begleiterscheinung und werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung dementsprechend mittherapiert.

ZA HARDY GAUS/STRASSBERG

Der chronifizierte Schmerz als eigenständige Erkrankung und häufig ohne erkennbare Ursache führt dagegen im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ein Schattendasein, leider auch in der universitären und postuniversitären Ausbildung. Auf Grund fehlender Kenntnisse auf dem Gebiet der Schmerzdiagnostik und -therapie kommt es deshalb in den Zahnarztpraxen sehr häufig zu frustrierten Therapieversuchen, an deren Ende nicht selten die Extraktion vermeintlich schuldiger Zähne steht, ohne dass sich an den Schmerzen etwas ändert. Eine frühzeitige und professionell kompetente Therapie chronischer Schmerzzustände könnte hier den betroffenen Patienten viel Leid und oftmals unnötige Kosten durch Zahnersatzneuersorgungen ersparen. Einziger Ausweg aus dieser Misere ist eine fundierte Zusatzausbildung in spezieller Schmerztherapie, wie sie z.B. die Deutsche Akademie für Ganzheitliche Schmerztherapie e.V. für Zahnärzte anbietet.

Die Anamnese

Bereits die ausführliche Anamnese unter Verwendung eines eigens für den Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entwickelten Schmerzfragebogens lässt erste Schlüsse auf die Schmerzform (Abb. 1), den Chronifizierungsgrad, die Schmerzstärke und mögliche ursächliche Zusammenhänge zu. Die Schmerzstärke wird dabei vom Patienten anhand von visuellen oder numerischen Skalen angegeben (Abb. 2). So können z. B. brennende, stechende, helle Schmerzqualitäten ein erster Hinweis auf einen neuropathischen Schmerz mit möglicher Mitbeteiligung des Sympathikus sein. Evozierte Schmerzen, die durch ursprünglich nicht schmerzhafte Reize ausgelöst werden (Allodynie) oder die Schilderung reizinadäquater intensivster Schmerzantworten auf primär schwache Schmerzreize (Hyperalgesie) können ein weiteres Anzeichen für neuropathische Schmerzen sein. Attackenartig einschließende, auch durch noch so geringe äußere Reize auslösbare heftigste Schmerzen mit schmerzfreen Intervallen lassen eine Neuralgie vermuten. In diesen Fällen weisen die Nervenleitbahnen selbst häufig Veränderungen auf molekular-biologischer Ebene auf (z. B. bei diabetischer Neuropathie, Alkoholintoxikation oder Zustand nach Herpes zoster). Eine Be-

teiligung des nozizeptiven Systems in der Peripherie fehlt oft ganz. Damit sind die hemmenden Impulse von schmerzstillenden Mitteln aus der Gruppe der Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR, z. B. Acetylsalicyl, Ibuprofen, Metamizol, Diclofenac) mit ihrem Hauptansatz im Bereich der Schmerzinduktion (Abb. 3) und Schmerzweiterleitung innerhalb des nozizeptiven Systems meist wirkungslos.

Die Diagnostik

In der anschließenden Diagnostik muss genau festgestellt werden, ob es eine Ursache für das Auftreten der



Abb. 1



Abb. 2