

„Evidenzbasierte CMD-Diagnostik und -Therapie im Praxisalltag“ und „Lesen schützt vor Erfinden – Literaturrecherche für den Praktiker“

Kurzbericht zum GAK 236 am 03. April 2019, verfasst von Dr. Wolfgang Gerner, Stuttgart

Nach Begrüßung und ausführlichen Darstellung seiner Vita durch den GAK-Vorsitzenden Wolfram Kretschmar beginnt der Referent Prof. Dr. Jens Türp, Basel seinen Vortrag mit einer kurzen Ergänzung zu seiner Tätigkeit als Leiter der Abteilung Myoarthropathien und Orofazialer Schmerz an der Universitätszahnklinik Basel, in der er neben einer intensiven Forschungstätigkeit über evidenzbasierte Konzepte in der Behandlung von CMD-Erkrankungen auch an drei Tagen in der Woche Patienten behandelt.

Zunächst stellt Türp dar, woran ein Patient erkennen kann, dass er seinem Zahnarzt vertrauen kann. Danach sollte der Behandler

- über Evidenz bzw. über externe Belege für seine Behandlungsmethodik verfügen und
- keine Interessenskonflikte im Sinne von ökonomischen Vorteilen. In einem dritten Punkt sollte der Behandler
- keine defensive Medizin betreiben, d.h. jene Überdiagnostik vermeiden, die einzig der rechtlichen Absicherung gegen mögliche Patientenklagen dient.

In der Definition des Bruxismus unterscheidet Türp

- Kieferpressen und
- Zähneknirschen nach der Art der Belastung, also punktförmig und flächig, sowie mit den Begriffen
- Schlafbruxismus und
- Wachbruxismus nach dem Zeitpunkt des Ereignisses.

Hierbei ist davon auszugehen, dass jeder Patient in irgendeiner Form bruxiert, rund 60% jedoch über eine rhythmische Kiefermotorik verfügen. Die Grenze zu einem behandlungsbedürftigen Bruxismus ist fließend, rund 8% der Patienten benötigen Türp zufolge therapeutische Hilfe.

Bruxismus ist ätiologisch betrachtet ein **zentralnervöses** und kein okklusales, morphologisch-anatomisches **Phänomen**. In der Literatur werden Risiken beschrieben, in der Folge ein Bruxismus auftritt. Türp benennt hierbei zunächst soziale Phobien, eine Refluxösophagitis, und ein sehr stressiges Leben und andere als erhöhte, klinisch relevante, Risiken für Bruxismus. Auch Bruxismus in der Kindheit, Rauchen, emotionale Labilität und andere Befunde sind mit einem Risiko verbunden.

Im nächsten Schritt zeigt Türp welche Risiken Bruxismus nach sich zieht. Demnach sind

- Attritionen, also ein mechanisch bedingter Verlust von Zahnhartsubstanz als bedeutendstem Risiko des Bruxismus gefolgt von
- okklusalen Grübchen als klinischem Zeichen des Pressens,
- keilförmige Defekte,

- einem Kiefergelenksknacken durch die Positionierung des Discus articularis nach anterior, sowie einer
- Ermüdung der Kiefergelenksmuskulatur.

Türp betont an dieser Stelle die Bedeutung des OPG in seiner Diagnostik des Bruxismus, in der walzenförmig veränderte Condylen und Knochenappositionen im Bereich der Ansätze der M. masseter wertvolle röntgenologische Hinweise darstellen. Weitere Risiken sind eine

- Verspannung der Kaumuskuatur durch Bruxismus, sowie
- Schmerz im Sinne eines myofazialen Schmerzes und
- Kiefergelenksknacken.

Wie stellt sich Bruxismus in der Klinik dar, wie erkenne ich Bruxismus? Türp stellt die Diagnose Bruxismus an klinischen Befunden wie

- verspannter Muskulatur am Morgen
- sehr harter, steinharter, Muskulatur beim festen Zubeißen
- Hypertrophie der M. masseteres
- Druckdolenz der M. masseteres
- unspezifische Zahnschmerzen im Sinne von desmodontalen Zahnschmerzen
- Attritionen
- an einer an Schneidezähne erinnernde Eckzahnmorphologie
- Abfraktionen (keilförmige Defekte) bei Patienten über dem 40. Lebensjahr
- Schlißflächen der Kiefergelenke und vermehrte Knochenappositionen im Bereich der Kieferwinkel, die Zeichen des verstärkten Muskelzuges sind.

In der Überleitung zu seinem Behandlungsschema des Bruxismus weist Türp auf den Unterschied zwischen Therapiefreiheit und Therapiebeliebigkeit hin. In einer qualitativen Einteilung unterscheidet er

- notwendige und
- nützliche Therapien als richtige Behandlungsmethoden von
- unnötigen und
- schädlichen als falsche Behandlungsmethoden.

Türp **behandelt den Bruxismus nach dem sms-Schema**. Hier steht als erste Maßnahme die

- Selbstbeobachtung im Vordergrund. Im nächsten Schritt folgt die
- Muskelentspannung mit Methoden nach Jacobsen bspweise. Eine relaxierende Wirkung durch Yoga oder autogenem Training ist ebenfalls bestätigt. In der dritten Stufe setzt Türp
- Schienen ein.

Er verwendet nur Michigan-Schienen, die ihm zufolge lediglich die Zahnhartsubstanz schützen, also ausnahmslos präventiv wirken. In der Herstellung nimmt Türp eine Kieferrelationsbestimmung am liegenden Patienten vor. Die Schiene sollte eine ausreichende Stärke besitzen, sowie kleine Rampen für eine Eckzahnführung. Sie wird im

Oberkiefer angefertigt, ihre Oberfläche ist glatt. Der Patient hat beim Zubeißen die Möglichkeit, initial auf der Schiene zu gleiten, bevor die Eckzahnführung eine Disklusion einleitet. Die Schiene wird nur nachts getragen. Rund 3 bis 5 Tage nach dem Einsetzen der neuen Schiene kontrolliert Türp die Schiene nach, eine weitere Nachkontrolle erfolgt innerhalb der nächsten beiden Wochen. Dann stellen sich die Patienten halbjährlich zur Kontrolle bei ihm vor. Während Türp das sms-Schema als notwendige Therapie erachtet, stellen ihm zufolge die

- Eigenmassage der M. masseteri unterstützt durch Traumeel-Creme, sowie
- physiotherapeutische Maßnahmen nützliche Behandlungsmöglichkeiten dar. Jene können also bestenfalls ergänzend wirken, aber nicht ersetzen.

Im zweiten Teil seines Vortrages zur **evidenzbasierten Diagnostik und Therapie der CMD** beschreibt Türp ein Schema, demzufolge die Auswertung von

- evidenzbasierten, also auf der Basis von verfügbaren wissenschaftlichen Nachweisen fußende Grundlagen,
- interner Evidenz, hiermit ist die individuelle Erfahrung des Behandlers erfasst, sowie den
- Wünschen und Bedürfnissen des Patienten

zu einer plausiblen Diagnose führt, die den Patienten weder verwirrt, noch beunruhigt.

Leitsymptom der CMD ist nach Türp der

- **Schmerz von Kaumuskulatur und/oder Kiefergelenk.** Die
- **eingeschränkte Beweglichkeit des Unterkiefers** ist als Symptom in der Bedeutung nachgeordnet.
- Kiefergelenksgeräusche können vorliegen,

sind aber Türp zufolge häufig als Normvarianten anzusprechen und daher in der Diagnostik nachrangig einzuschätzen. Türp empfiehlt ein zweiachsiges Diagnose-Schema.

Als **Achse I** wird bei den „Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)“ die **somatische Ebene** definiert, bei der Schmerz anhand seiner Intensität, seiner Qualität und den klinischen Befunden beschrieben wird.

Die **Achse II** ist die **psychosoziale Ebene**, die schmerzbezogene Beeinträchtigungen darstellt. Dabei werden kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Einschränkungen des Patienten berücksichtigt, die meist die Folge, nicht die Ursache von einer chronischen Schmerzerkrankung sind.

Da für Türp der Schmerz in der Diagnostik eine eminent wichtige Bedeutung hat, spielt im Rahmen der Schmerzdiagnostik neben der ausführlichen Befragung des Patienten der Einsatz standardisierter und valider Fragebögen eine ausschlaggebende Rolle. Für die Erfassung der psychosozialen Folgen der somatischen Kieferbeschwerden, die auch in der täglichen Praxis einfach angewandt werden können. Dazu gehören

- die Graduierung chronischer Schmerzen (GCS) zur Erfassung der schmerzbedingten Einschränkungen im täglichen Leben),
- die Beschwerden-Liste (B-LR) zur Bestimmung der Gesundheitsbelastung,
- die Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS).

In der Praxis ergeben sich oft Probleme mit der korrekten Erfassung der Diagnose respektive der Unterscheidung zwischen Bruxismus und Myoarthropathie. In der Regel entfallen $\frac{3}{4}$ der Diagnostik auf die Anamnese und $\frac{1}{4}$ auf die klinische Untersuchung und Bildgebung, meist in Form eines OPG. Das RDC/TMD-Screening hat sich als einfaches und übertragbares Instrument in der Praxis bewährt, da aus jeder Diagnose eine klare Therapie resultiert. Es ermöglicht eine bessere Kommunikation mit Patienten und Ko-Therapeuten und kann nur jedem Zahnarzt, der dem Diagnostik-Dschungel bei CMD entrinnen möchte, empfohlen werden.

Bei der Behandlung der Myoarthropathie gibt meist der Patient den Therapiebedarf vor. Die Anamnese ist umfangreich. Im Vordergrund stehen Schmerzen, eine eingeschränkte Beweglichkeit des Unterkiefers und, nachrangig, KG-Geräusche. Die klinische Untersuchung ist weniger umfangreich als die Anamnese. Zusätzliche Bildgebung.

Bei der Behandlung des Bruxismus ermittelt der Behandler den Therapiebedarf. Die Untersuchung ist ausführlicher und zeitaufwändiger als in der Myoarthropathie. Zusätzliche Bildgebung.

In der **Diagnostik der Myoarthropathie** ist der Ausgangspunkt des Schmerzes klinisch relevant: ausgehend von den M. temporales und masseteres liegt ein myofazialer Schmerz der nach Türp von einer Arthralgie, also einem Gelenkschmerz unterschieden wird. Eingeschränkte Mundöffnung, die mit geeigneten Linealen ermittelt wird. In der Untersuchung bilden sich die anamnestischen Angaben des Patienten klinisch ab: In der Palpation, evt. unterstützt von einem genormten Druckalgometer (Palpeter®) können die Schmerzen reproduziert werden.

Bei der Ermittlung der Bewegungseinschränkung des Unterkiefers ist weniger die unmittelbare Größe relevant und mehr ein begleitender Schmerz in der Bewegung. Türp verweist auf erhebliche Unterschiede als Zeichen einer großen Normvarianz.

Türp plädiert bei der Behandlung der Myoarthropathie für eine zurückhaltende Herangehensweise, bei der ein Therapiebedarf, nicht zuletzt vor dem Hintergrund von Normvarianten sehr sorgfältig und einfühlsam ermittelt werden sollte (Die Kunst des seinlassens).

- **Aufklärung** und
- **Schiene** sind nach Türp **unbedingt empfehlenswert**. Zusätzlich empfehlenswert sind
- Muskelentspannung
- Biofeedback und Verhaltenstherapie und die
- physiotherapeutische Selbstbehandlungen (myofunktionelle Übungen).

Hinsichtlich der Schiene sieht Türp eine schmerzreduzierende Wirkung, die der Änderung des Funktionsmusters geschuldet ist.

Abschließend stellt Türp Behandlungsfälle vor, von denen er die Therapie einer akuten Arthralgie mit eingeschränkter Mundöffnung und akuter Malokklusion ausführlich erläutert. Als ersten Schritt empfiehlt Türp

- **Kälte** und das Antiphlogistikum **Naproxen**.
- Zusätzlich den Einsatz eines Aqualizers zur Behandlung der akuten Phase, sowie als vierte Maßnahme
- Physiotherapie. Hier ist nach Türp v.a. das zugewandte, empathische Verhalten des Therapeuten Ursache für eine signifikante Schmerzreduktion.

In seinem Vortrag über die Literaturrecherche zeigt Türp verschiedene Plattformen, die Zugang zu wissenschaftlichen Beiträgen ermöglichen:

- **pubmed.gov** stellt die wichtigste medizinische Datenbank dar. Basis ist die nationale medizinische Bibliothek der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine).
- **livivo.de** ist ein Internetbasiertes Suchportal, des ZB MED – Informationszentrum Lebenswissenschaften in Köln das u.a. zur Recherche von medizinischen Beiträgen genutzt werden kann. Als dritten Zugang zu medizinischer Fachliteratur empfiehlt Türp
- **google.scholar**.

Die Datenbank **sci-hub** ermöglicht ebenfalls einen kostenlosen Zugang zu wissenschaftlichen Quellen. Da sich bei sci-hub immer wieder Fragen nach der Legalität dieser Datenbank ergeben, rät Türp zu einem zurückhaltenden Umgang.

Türp beendete seine Ausführungen unter Applaus und wurde vom Vorsitzenden Dr. Wolfram Kretschmar herzlich und mit Dank verabschiedet.