

Empfehlungen zur Therapie von Kiefermuskelschmerzen

Selms, M.K.A. van, Naeije, M., Zaag, J. van der, Lobbezoo, F.: Myogene temporomandibuläre pijn: behandelen met aandacht! Ned Tijdschr Tandheelkd 116, 260–265 (2009)

Myogener Schmerz in der Kiefermuskulatur ist die häufigste persistierende, nicht-odontogene Schmerzform im stomatognathen System. Daher überrascht die relativ geringe Zahl der vorhandenen klinisch orientierten und zugleich qualitativ hochstehenden Fachbeiträge zu diesem Thema. Der Artikel aus dem renommierten Amsterdamer Akademischen Zentrum für Zahnheilkunde (ACTA) geht der klinisch und juristisch relevanten Frage nach, wann man von einer Lege-Artis-Behandlung von Patienten mit Kiefermuskelschmerzen sprechen kann.

Die vier Autoren betonen, dass die Anamnese ein ausschlaggebender Teil der Diagnostik ist. [*Hand auf's Herz: Wie viele Minuten Zeit nehmen Sie sich für die Erhebung der Krankengeschichte bei Patienten mit persistierenden orofazialen Schmerzen?*] Gegenüber dem Patienten besteht Informationspflicht hinsichtlich des Untersuchungsergebnisses, der geplanten Behandlung und der zu erwartenden Therapieresultate.

Artikel über randomisierte kontrollierte Studien bilden den wichtigsten Baustein einer wissenschaftlich fundierten Zahnheilkunde. Aber, so die Autoren, den meisten Zahnärzten fehlt die Zeit, um von dem zunehmenden Angebot qualitativ guter Veröffentlichungen Kenntnis zu nehmen. Als Ausweg schlagen Maurits Selms et al. vor, klinisch re-

levante systematische Literaturübersichten in die zahnärztliche Fort- und Weiterbildung zu integrieren. Sie selbst gehen mit gutem Beispiel voran: In einer systematischen Übersicht legen sie dar, welche Informationen aus randomisierten kontrollierten Untersuchungen zur Schmerzbehandlung von Erwachsenen mit Kiefermuskelschmerzen vorliegen. 16 Beiträge wurden als relevant identifiziert. In sechs Studien waren zwei „echte“ (d. h. Nicht-Plazebo-) Therapien miteinander verglichen worden, ohne dass Unterschiede bezüglich der Behandlungsergebnisse feststellbar waren. Zehn Untersuchungen hatten sich dem Vergleich zwischen Verumbehandlung (Aufklärung, Heimübungen/Physiotherapie, Lasertherapie, medikamentöse Behandlung, Stabilisierungsschiene) und „Plazebo“-Behandlung gewidmet; hierbei hatte nur in drei Studien die echte Intervention (Stabilisierungsschiene, Ekberg et al. 2003; Cyclobenzaprin, Herman et al. 2002; Gabapentin(!), Kimos et al. 2007) zu einem größeren Schmerzurückgang geführt als die Scheinbehandlung.

Von einem Zahnarzt wird erwartet, dass er seine Therapiewahl sich selbst, seinen Kollegen und vor allem dem Patienten gegenüber rechtfertigen kann. Leider liegt aber noch keine Klarheit vor, welche Behandlungsmittel(kombinationen) im Einzelfall die besten Ergebnisse

erwarten lassen. Diese Unsicherheit wird damit begründet, dass sich Patienten in Bezug auf Ätiologie, Beschwerdebild und den individuellen Umgang mit Schmerz stark voneinander unterscheiden. Jedoch lehnen Selms und Kollegen mit Blick auf den aktuellen Stand der Literatur und der Zufügung von nicht korrigierbaren Gewebeschäden irreversible Maßnahmen (kieferchirurgische und orthodontische Eingriffe; systematisches okklusales Einschleifen) eindeutig ab. Demgegenüber sprechen sich die Autoren für zurückhaltende, reversible Behandlungsmittel aus, wie Stabilisierungsschiene, Physiotherapie, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. Hinsichtlich der spezifischen Auswahl sollen Faktoren wie die vermutete Ätiologie, die Patientenwünsche, die Erfahrung des Behandlers, die Einschätzung der Therapietreue des Patienten und mögliche therapeutische Nebenwirkungen (z. B. pharmakologische Effekte; okklusale Veränderungen) berücksichtigt werden.

Wichtig ist der Hinweis, dass Kiefermuskelschmerzen nach der Therapie weiterbestehen (eventuell mit einer geringeren Intensität) oder aber nach einer Zeit der Schmerzfreiheit wieder auftreten können. Auch deshalb ist eine gute Zahnarzt-Patient-Beziehung mit offenem Informationsaustausch von allergrößter Bedeutung. DZZ

J. C. Türp, Basel