

J.C. Türp¹

Literaturkanon 2011: Funktion/Funktions- störungen/orofazialer Schmerz

Eine kommentierte Literaturempfehlung*

*Literary Canon 2011: orofacial function/
temporomandibular disorders/orofacial pain*

A commented reading list

Nachdem im vergangenen Jahr in dieser Zeitschrift erstmals eine Zusammenstellung empfehlenswerter Literatur aus dem Themenbereich Funktion(sstörungen) des Kauorgans/Mund-Kiefer-Gesichtsschmerzen erschienen war [1], wurde auch die 2011 erschienene Fachliteratur sorgfältig gesichtet. Neben Fachartikeln – von denen manche als getrennt publizierte, aber inhaltlich zusammengehörige Beiträge vorliegen – wurden ein Lehrbuch und eine Patienteninformationsbroschüre ausgewählt.

Wie im Jahr zuvor stand bei der Auswahl der Publikationen die Praxisrelevanz im Vordergrund. Daher handelt es sich bei den meisten der vorgeschlagenen Zeitschriftentiteln um (qualitativ herausragende) Übersichtsbeiträge. Da die ausgewählten Veröffentlichungen infolge ihrer nachhaltigen Bedeutung im Original gelesen werden sollten, wurde auf eine ausführliche Wiedergabe ihrer Inhalte mit Absicht verzichtet.

Literatur

1. Türp JC: Literaturkanon 2010: Funktion / Funktionsstörungen / orofazialer Schmerz. Eine kommentierte Literaturempfehlung. Dtsch Zahnärztl Z 66, 245–251 (2011)

Fachartikel

Dass der Großteil der Leseempfehlungen nicht in zahmärztlichen, sondern in medizinischen Zeitschriften erschienen ist, ist Zufall. Gleichzeitig weist dieser Sachverhalt aber auf den stark interdisziplinären Charakter hin, durch welchen das Thema „orofazialer Schmerz“ gekennzeichnet ist.

- Hargreaves KM: Orofacial pain. Pain 152 (Suppl 3), S25–32 (2011)

Dieser in der weltweit bedeutendsten Fachzeitschrift zum Themengebiet Schmerz erschienene Beitrag ist trotz seiner Beschränkung auf nur 4½ Seiten – darin eingeschlossen sind 3 Abbildungen und 1 Tabelle – hochinformativ und, wegen seiner starken Fokussierung auf schmerzphysiologische Aspekte, anspruchsvoll. Die 186 Literaturzitate sprechen für sich. Man beachte die Schlussfolgerung des Autors: „Taken together, orofacial pain conditions represent a highly prevalent spectrum of pain disorders with pain intensities similar to those observed with many chronic spinal pain conditions. However, the unique anatomical, biochemical, and associated psychosocial components provide compelling evidence for specific research focused on orofacial pain disorders.“

Wer noch einen Schritt weiter gehen und etwas über die Rolle speziell der



J.C. Türp

Übergangszone zwischen dem Subnucleus interpolaris und dem Subnucleus caudalis des trigeminalen Nucleus spinalis für die Ausbildung persistierender Schmerzen erfahren möchte, dem sei ein ebenfalls 2011 erschienener Beitrag von Ren und Dubner empfohlen (The role of trigeminal interpolaris-caudalis transition zone in persistent orofacial pain. Int Rev Neurobiol 97, 207–225 [2011]). Dies sei deshalb erwähnt, weil gute Übersichtsbeiträge zur (Patho-)Physiologie trigeminaler Schmerzen rar sind und diese dann für lange Zeit eine Standardreferenz bleiben (Beispiel: Sessle BJ: Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates. Crit Rev Oral Biol Med 11, 57–91 [2000]).

- Renton T: Dental (odontogenic) pain. Rev Pain 5(1), 2–7 (2011)/
- Nixdorf D, Moana-Filho E: Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): Working towards a better understanding. Rev Pain 5(4), 18–25 (2011)

Die Odontalgien weisen die höchste Prävalenz aller orofazialen Schmerzen auf. Nicht zuletzt deshalb sollte man seine persönlichen Kenntnisse über diese vordergründig „alltäglichen“ Schmerzzustände periodisch auffrischen.

¹ Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel

* Dieser Beitrag wurde auch in der Novemberausgabe der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin (SMfZ) publiziert: J.C. Türp: Eine kommentierte Literaturempfehlung. Literaturkanon 2011: Funktion/Funktionsstörungen/orofazialer Schmerz. Schweiz Monatsschr Zahnmed 122, 1092–1096 (2012).

Zwei Aufsätze in der Zeitschrift *Reviews in Pain* (seit 2012 neuer Titel: *British Journal of Pain*) fassen den aktuellen Wissensstand zusammen. Besondere Aufmerksamkeit verdient der persistierende dentoalveoläre Schmerz (atypische Odontalgie, Phantomschmerz), der zum Schaden der daran leidenden Patienten oft immer noch verkannt wird.

- Durham J, Wassell RW: Recent advancements in temporomandibular disorders (TMDs). *Rev Pain* 5(1), 18–25 (2011)

Der Beitrag besticht durch seine clevere Mischung aus ätiologisch-pathophysiologischen und klinischen Anteilen. Nachdenkenswert ist die Bemerkung zum Thema invasive (irreversible) Therapie bei Patienten mit Myoarthropathien (MAP): die Autoren fordern, dass „a treatment which shows no therapeutic effect when used in a general population of TMDs is not withheld from TMD patients who have a specific need and who have not responded to conservative management. [...] The most important matter in these cases is that there needs to be a very good clinical indication to embark on irreversible treatment, this indication should be documented and its disadvantages fully discussed with the patient.“

- Hirsch C: Kraniomandibuläre Dysfunktionen bei Kindern und Jugendlichen. *Quintessenz* 62: 1453–1459 (2011)

Es gibt erstaunlich wenige Beiträge über MAP bei Kindern und Jugendlichen, obwohl die Prävalenzen von MAP-Symptomen und -Diagnosen nicht vernachlässigbar sind. Die Übersicht von *Christian Hirsch* (Universität Leipzig) bietet daher eine willkommene Aktualisierung des Wissens.

- Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW, Jr.: Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* 27, 268–274 (2011)

Dieser Artikel macht sprachlos. Auf der Grundlage von 1.511 vorselektierten MAP-Patienten, allesamt rekrutiert über die in Milwaukee (Wisconsin) beheimatete Patientenselbsthilforganisation *TMJ Association*, notierten die Autoren hochinteressante Fakten, beispielsweise hinsichtlich der Geschlechtsverteilung (90% weiblich), der Zeitspanne zwischen Auftreten der ersten Symptome und Diagnosestellung

(mehr als 4 Jahre), der Schmerzstärke in den vergangenen 4 Wochen (mittel bis stark bei rund 60% der Patienten), der schmerzbedingten Einschränkungen der Arbeit (sehr stark bei knapp 25% der Patienten), der Einnahme von Schmerzmedikamenten, der Häufigkeit kiefergelenkchirurgischer Eingriffe (viel zu viele: 37%) sowie der Häufigkeit und Wirksamkeit der erfolgten Behandlungsverfahren (am häufigsten wurden heiße oder kalte Kompressen verordnet und diese schnitten am besten ab!). Die verbreitetsten komorbiden Leiden waren Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp, Depression, Arthrosen, chronisches Erschöpfungssyndrom, Schwindel, Tinnitus, gastrointestinale Beschwerden und Allergien, wobei von diesen Befunden im Durchschnitt 4 bis 5 pro MAP-Patient auftraten.

Dieser Artikel sensibilisiert den Leser dafür, dass persistierende/chronische MAP kein lokalisiertes, sondern ein multidimensionales Geschehen sind. Das Patientengespräch hat in diesem Zusammenhang eine richtungsweisende Funktion für die Diagnose und Behandlung.

Als Ergänzung dieses Beitrags sei – wegen der instruktiven Abbildung und der Ausführungen zu den klinischen Konsequenzen – auf einen Zweiseiter von *Velly und Friction* hingewiesen (The impact of comorbid conditions on treatment of temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc* 142, 170–172 [2011]).

- Benoliel R, Svensson P, Heir G M, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E: Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 17 Suppl 1, 23–41 (2011)

Kiefermuskelschmerzen liegen an zweiter Stelle der Schmerzhäufigkeiten im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Ein anhaltendes Problem für Patienten und Behandler stellen die persistierenden Kaumuskelschmerzen dar. Der Beitrag fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen, die auf dem fünften *World Workshop on Oral Medicine* (September 2010, London) von einer Arbeitsgruppe zur Pathophysiologie chronischer regionaler Myalgien getroffen wurden. Zwei wichtige Vorschläge sind: 1. Vermeidung der Begriffs „myofaszialer (Kaumuskel-)Schmerz“, weil zusätzlich zu den Kaumuskeln Hals- und Nackenmuskeln häufig ebenfalls schmerzhaft sind und weil angesichts des Zusammenwirkens

komplizierter Prozesse im Bereich der Muskeln, des peripheren und des zentralen Nervensystems der Ursprung der Schmerzen nicht immer allein auf Muskeln und Faszien beschränkt bleibt. 2. Einführung des rein beschreibenden Begriffs „persistierende orofaziale Muskelschmerzen“ (engl. Abkürzung: POMP).

Die Autoren widmen sich anschließend in 22 Themenbereichen möglichen Einflussfaktoren für die Muskelschmerzen und erörtern, ob diese zu der Schmerzproblematik eines Patienten beitragen können. „Was bringt mir das?“, mag der eine oder andere Leser fragen. Nun, über die Komplexität des Geschehens rund um den Kaumuskelschmerz Bescheid zu wissen verhindert, sich bei seiner patientenbezogenen Entscheidungsfindung auf verlockende, simplifizierte Annahmen über eine vermeintliche Kausalität zu verlassen. Nüchtern (und ehrlich) resümieren die Autoren: „Any of the aetiological agents discussed may contribute to POMP in one patient but not in another, who may require a single or a combination of aetiological factors to develop POMP. We are still unable to accurately identify these factors in the individual patient so as to tailor a focused, mechanism based treatment plan. Notwithstanding available treatment options are able to offer adequate management for most POMP cases.“

- Hodges PW: Pain and motor control: From the laboratory to rehabilitation. *J Electromyogr Kinesiol* 21, 220–228 (2011)/
- Hodges PW, Tucker K: Moving differently in pain: a new theory to explain the adaptation to pain. *Pain* 152, S90–98 (2011)

Vor 20 Jahren wurde auf der Basis von klinisch-experimentellen Daten das Schmerz-Adaptations-Modell vorgestellt (*Lund JP et al.: The pain-adaptation model: a discussion of the relationship between chronic musculoskeletal pain and motor activity. Can J Physiol Pharmacol* 69, 683–694 [1991]). Es besagt, dass die motorischen Anpassungen des Bewegungsapparats (einschließlich des Unterkiefers) an muskuloskelettale Schmerzen im Sinne eines Schutzmechanismus zu interpretieren seien.

Die klinische und experimentelle Forschung ist seit dieser Zeit weitergegangen. *Paul Hodges* (Brisbane, Australien) stellt in seinen beiden Artikeln eine runderneuerte, flexiblere Theorie der

Adaptation des motorischen Systems an Schmerz vor, die auf 5 Schlüsselementen fußt. Sein Konzept hat bei Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlung, welche durch reversible Maßnahmen gekennzeichnet ist (z.B. krankengymnastische Übungen, manuelle Therapie, Biofeedback, schmerzpsychologische Interventionen). Für Zahnmediziner ist dies bedeutsam, zumal hierdurch die MAP in ein den gesamten Körper umfassendes Konzept eingebunden werden.

- Dworkin SF: The OPPERA Study: Act One. *J Pain* 12 (Suppl 3), T1–3 (2011)/
- Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, Fillingim RB, Greenspan JD, Knott C, Ohrbach R, Weir B, Slade GD: Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment Study – The OPPERA Study. *J Pain* 12, T4–T11 (2011)/
- Fillingim RB, Slade GD, Diatchenko L, Dubner R, Greenspan JD, Knott C, Ohrbach R, Maixner W: Summary of findings from the OPPERA baseline case-control study: implications and future directions. *J Pain* 12, T102–107 (2011)

Bei dem Großprojekt *Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment* (www.OPPERA.org) handelt es sich um eine auf 7 Jahre angelegte prospektive Kohortenstudie, in welcher biopsychosoziale, umweltbezogene und genetische Faktoren identifiziert werden sollen, die bei Erwachsenen zwischen 18 und 44 Jahren myoarthropathische Beschwerden auslösen und unterhalten können. Man wird sich von dieser Untersuchung klinisch relevante Ergebnisse für die Diagnostik und Therapie von MAP-Patienten erhoffen können. Daher sollte man die im Rahmen der OPPERA-Studie zu erwartenden weiteren Veröffentlichungen im Auge behalten.

- Huynh N, Lavigne GJ, Okura K, Yao D, Adachi K: Sleep bruxism. *Handb Clin Neurol* 99, 901–911 (2011)

Der während des Schlafs auftretende Bruxismus steht seit jeher im Interessensfokus der Zahnärzte. Gilles Lavigne (Montreal, Quebec) ist mit seiner Arbeitsgruppe einer der führenden Forscher auf diesem Gebiet. Die Autoren gehen auf die neuesten Erkenntnisse in den Bereichen Epidemiologie, Genetik, Risikofaktoren, Diagnostik, Pathophysiologie und Therapie ein. Einen Satz sollte man sich einprägen: „It is impor-

tant to clarify that, to our knowledge, there is no treatment that eliminates sleep bruxism and associated tooth grinding.“

- Ommerborn MA, Taghavi J, Singh P, Handschel J, Depprich RA, Raab WH: Therapies most frequently used for the management of bruxism by a sample of German dentists. *J Prosthet Dent* 105, 194–202 (2011)

Das Thema Bruxismus ist in aller (auch Laien-)Munde. Welche Therapien in den Zahnarztpraxen aber konkret angewendet werden, ist wenig bekannt. Auf der Grundlage einer Befragung der in den Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe tätigen Zahnärzte berichten Michelle Ommerborn und Mitarbeiter Erstaunliches: Dass orale Schienen (unterschiedlichen Designs) das am häufigsten eingesetzte Therapiemittel sind, mit weitem Abstand gefolgt von Entspannungstechniken und Physiotherapie auf den Plätzen 2 und 4, verwundert kaum – selbst wenn Entspannungsverfahren beim stressbedingten Bruxismus die eigentlich kausale Therapie darstellen und daher viel öfter verordnet werden sollten. Überraschend ist hingegen die immer noch weite Verbreitung irreversibler Maßnahmen zur vermeintlichen Behandlung des Bruxismus: okklusales Einschleifen, zahnärztlich-prothetische Rekonstruktionen und orthodontische Therapien belegen die Plätze 3, 5 und 6. Die Anwendung dieser invasiven Therapien steht in krassem Gegensatz zu Empfehlungen anerkannter Experten und renommierter Fachgesellschaften. Die Autoren halten sich in ihrer Diskussion mit einer diesbezüglichen Wertung diplomatisch zurück – ihr einziger Kommentar zu diesem Befund lautet: „these findings may indicate a delayed transfer of knowledge from researchers to front-line care providers“.

Der diese Studienergebnisse aufmerksam studierende Leser bekommt demgegenüber ein mulmiges Gefühl, denn woher soll ein Bruxismus-Patient wissen, welches Therapiekonzept in der Praxis seines Zahnarztes auf ihn wartet? Vergleichbare Befunde präsentierten Ommerborn et al. übrigens im vergangenen Jahr zu Behandlungsmitteln, die bei MAP-Patienten zum Einsatz kommen (A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. *Clin Oral Investig* 14, 137–144 [2010]).

- Schmitter M, Giannakopoulos NN,

Eberhard L, Hellmann D, Kelter V, Leckel M, Schindler H: Elektronische Messverfahren. *Quintessenz Zahntechnik* 37, 1212–1220 (2011)/

- Hugger A, Kordaß B, Lange M, Ahlers MO: HTA-Bericht 101: Stellungnahme der DGFD. *Z Kraniomandibul Funkt* 3, 97–101 (2011)

In der US-amerikanischen Fachliteratur finden sich fast durchgehend eher kritische Aussagen über kinematische elektronische Messverfahren zur Registrierung von Unterkieferbewegungen (instrumentelle Funktionsanalyse). So stellt die American Academy of Orofacial Pain (AAOP) fest: „There are no data to demonstrate that jaw tracking devices are any more useful in measuring mandibular function than a traditional millimeter ruler. With this in mind, cost efficiency should be considered. Therefore, jaw tracking devices are not recommended as part of the orofacial pain evaluation.“ (de Leeuw R (Hrsg.): *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management*. 4th ed. Quintessence, Chicago [2008] S. 37). Während man mit der Schlussfolgerung durchaus d'accord gehen kann, wird der Sachverhalt im Gesamten durch die Stellungnahme auf unakzeptable Weise simplifiziert. „Übertroffen“ wurde dies nur von dem im „Literaturkanon 2010“ vorgestellten HTA-Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Timmemann P et al.: *Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte*. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 101. DIMDI, Köln 2010. <http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta256_bericht_de.pdf>).

Alfons Hugger et al. haben auf diesen eine Antwort aus Sicht der Wissenschaft gegeben. Einen Überblick über die gängigen elektronischen Messsysteme und ihre diagnostischen Möglichkeiten bietet der Beitrag von Marc Schmitter et al. (Universität Heidelberg). Er kann als Aktualisierung eines grundlegenden, vor 10 Jahren veröffentlichten Beitrags von Bernd Kordaß und Thorsten Mundt (Universität Greifswald) gesehen werden (Instrumentelle Funktions- und Okklusionsanalyse – State-of-the-Art der diagnostischen Möglichkeiten. Teil 1: Instrumentelle Funktionsanalyse. *Quintessenz* 54, 1061–1077 [2003]).

- Slavicek R: Relationship between occlusion and temporomandibular disorders: Implications for the gnathologist. Am J Orthod Dentofacial Orthop 139, 10,12,14 (2011)/
- Greene CS: Relationship between occlusion and temporomandibular disorders: Implications for the orthodontist. Am J Orthod Dentofacial Orthop 139, 11,13,15 (2011)

Über den Zusammenhang zwischen der Okklusion der Zähne und MAP-Symptomen wird seit Jahrzehnten – bisweilen hitzig – diskutiert. Rudolf Slavicek (Wien) und Chuck Greene (Chicago) sind zwei „Urgesteine“, die – jeder für sich – das Gebiet Okklusion/Funktion/Funktionsstörungen in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich beeinflusst und bereichert haben. Die spritzige Rede-Gegenrede zwischen den beiden Grandseigneuren kontrastiert die anthropologisch-gnathologisch begründete Sicht der „Wiener Schule“ (deren Wurzeln weit in das 20. Jahrhundert zurückreicht) mit dem pragmatisch-evidenzbasierten Vorgehen nordamerikanischer Provenienz.

- Moore RA, Derry S, McQuay HJ, Wiffen PJ: Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 9, CD008659 (2011)

In einer detaillierten Analyse 35 systematischer Cochrane-Übersichten, die zusammengenommen Daten von rund 45.000 erwachsenen Studienteilnehmern aus ca. 350 randomisierten kontrollierten doppelblinden Einzelstudien enthalten, untersuchten die Oxforder Autoren die Wirksamkeit oraler Analgetika bei akuten (postoperativen) Schmerzen. Der Großteil der Publikationen bezog sich auf Odontalgien in Zusammenhang mit Weisheitszahnextraktionen (insgesamt ca. 29.000 Studienteilnehmer).

Zielgröße war die Zahl der Patienten, die notwendig ist, um nach Gabe einer Einzeldosis eines Analgetikums oder einer Analgetika-Kombination (im Vergleich zu einer Placebo-Medikation) bei einem Patienten eine über einen Zeitraum von 4 bis 6 Stunden anhaltende Schmerzreduktion von mindestens 50% zu erzielen (*number needed to treat*, NNT). Am besten wirkten (mit einer NNT von jeweils 1,6) folgende 3 Analgetika(kombinationen): Etoricoxib 120 mg, Ketaprofen 100 mg sowie die Kombination

aus Ibuprofen 200 mg und Paracetamol 500 mg. Mit dieser im September 2011 veröffentlichten Übersicht ist es noch einfacher geworden, eine wissenschaftlich fundierte Analgetika-Auswahl zu treffen.

- Ettlin D, Lukic N: Das Burning-Mouth-Syndrom. Quintessenz 62, 1339–1344 (2011)/
- Renton T: Burning mouth syndrome. Rev Pain 5(4), 12–17 (2011)

Das idiopathische (= primäre) Mund- und Zungenbrennen (wenn gemeinsam mit Dysgeusie und Xerostomie auftretend auch als Burning-Mouth-Syndrom bezeichnet) stellt Behandler und Patienten oft vor außerordentliche Probleme, weil die Therapiemöglichkeiten beschränkt sind. Umso wichtiger ist es, Kenntnisse über den aktuellen Stand dieses oralen Schmerzproblems zu besitzen. Insbesondere sind therapeutische Eskalationen zu vermeiden: „Patienten sollten darüber informiert werden, dass prothetische bzw. operative Eingriffe an Zähnen und Kiefer die persistierenden Schmerzen nicht lindern können, sondern im Gegenteil die Beschwerden unter Umständen noch verstärken.“ (Ettlin & Lukic).

Die Behandlung ist stattdessen rein non-dental: pharmakologisch und schmerzpsychologisch. Von Interesse erscheint in diesem Zusammenhang ein Blick auf eine Patienteninformation der US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH): alles Relevante zum idiopathischen Mund- und Zungenbrennen komprimiert auf 2 Seiten (www.nidcr.nih.gov/oralhealth/topics/burning/burningmouthsyndrome.htm). Wieso gibt es Vergleichbares nicht auch hierzulande?

- Häuser W, Hansen E, Enck P: Nocebo-Phänomene in der Medizin. Bedeutung im klinischen Alltag. Dtsch Arztebl 109, 459–465 (2012)/
- Benedetti F, Amanzio M: The placebo response: how words and rituals change the patient's brain. Patient Educ Couns 84, 413–419 (2011)

Die Therapieerwartungen und Vorerfahrungen des Patienten sowie Elemente der verbalen und nonverbalen (Zahn-)Arzt-Patienten-Kommunikation spielen für den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung eine ausschlaggebende Rolle. Die beiden Artikel geben Hinweise, wie man im Rahmen einer Patientenbehandlung die Placebo-Antwort ver-

stärken und unerwünschte kontextabhängige Effekte vermeiden kann. Häuser et al. gehen im Besonderen auf ein Dilemma während des Aufklärungsgesprächs ein, in welchem der (Zahn-)Arzt schon aus juristischen Gründen auf mögliche therapeutische Nebenwirkungen hinweisen muss, was seinerseits der Auslöser für Noceboantworten sein kann. Drei Lösungsmöglichkeiten zur Verringerung dieses Problems werden angeboten.

Lehrbücher

Im Berichtsjahr erschien ein empfehlenswertes deutschsprachiges Lehrbuch (Abb. 1).

- Ahlers O, Jakstat HA (Hrsg.): Klinische Funktionsanalyse. Manuelle Strukturanalyse. Interdisziplinäre Diagnostik. 4. Aufl. dentaConcept, Hamburg (2011)

Das praxisorientierte, gleichwohl wissenschaftlich fundierte Arbeitsbuch des Hamburger Herausgeberduos – auch wenn Holger Jakstat seit vielen Jahren im sächsischen Leipzig lehrt, ist und bleibt er ein „Hamburger Jung“ – hat sich seit seiner Erstauflage im Jahre 2001 zum derzeit besten deutschsprachigen Lehrwerk über die kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) gemauert. Die auf den 682 Seiten besprochenen Bereiche sind: „Funktionsstörungen des Kauorgans“, „Zahnärztliche klinische Funktionsanalyse“, „Interdisziplinäre Zu-



Abbildung 1 Coverabbildung des empfehlenswerten Lehrbuches von Oliver Ahlers und Holger Jakstat.



Abbildung 2 Titelseite der Patientenbrochure, die von der TMJ Association herausgegeben wurde und eine Einführung in den Themenkomplex MAP gibt.

sammenarbeit in Diagnostik und Therapie bei Verdacht auf CMD“, „Instrumentelle Funktionsdiagnostik und Therapie“, „Behandlungsmanagement in der Funktionsdiagnostik“.

Bereits der erste Satz des ersten Kapitels verweist darauf, dass der abgehan-

delten Thematik eine nicht zu verleugnende Brisanz innewohnt. Er lautet: „Die Diagnostik craniomandibulärer Dysfunktionen und deren Therapie stellt für viele Zahnärzte noch immer ein Reizthema dar.“ So wird der Leser in den 26 Kapiteln zweifellos auf viel Nachdenkenswertes stoßen. Und selbst wenn er ein erfahrener „alter Hase“ ist: Zumindest einzelne Aspekte dieser von 17 hochkarätigen Autoren erstellten „praxis-tauglichen Arbeitsanleitung“ (S. 39) wird er mit Gewinn in seine eigene Diagnostik und Therapie integrieren können.

Patienteninformationsbroschüren

Die in Patientenbroschüren enthaltenen Informationen müssen korrekt und verständlich sein. Bedauerlicherweise ist dies längst nicht immer der Fall – die folgende Schrift bildet eine löbliche Ausnahme (Abb. 2).

- A Resource Guide for Temporomandibular Disorders. TMJ Association, Milwaukee, Wisconsin, USA, 2011 <<http://www.tmj.org/site/pdf/TMJbrochure.pdf>>

Die TMJ Association ist die größte Patientenselbsthilfeorganisation für MAP-Patienten in der Welt. Sie wird von ausgewiesenen Wissenschaftlern und Klinikern beraten und ist ein respektierter Partner wichtiger Institutionen, wie der in Bethesda (Maryland) ansässigen US-amerikanischen Nationalen Gesundheitsbehörde (National Institutes of Health, NIH).

Die vorgelegte 20-seitige Broschüre gibt eine schöne Einführung in den The-

menkomplex MAP. Sie kann dazu beitragen, die größte Gefahr, der MAP-Patienten ausgesetzt sind, in die Schranken zu weisen: die Übertherapie. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung mit durch Diskus- und Kiefergelenkimplantaten hervorgerufenen Misserfolgen wird dem Thema „TMJ Surgery“ bzw. „TMJ Implants“ besondere Aufmerksamkeit gewidmet – wie bereits ein Jahr zuvor in der von den der NIH untergeordneten National Institute of Dental and Craniofacial Research herausgebrachten Schrift „TMJ Disorders“ <http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/39C75C9B-1795-4A87-8B46-8F77DDE639CA/0/TMJ_Disorders.pdf> (Ein Satz daraus: „Surgical replacement of jaw joints with artificial implants may cause severe pain and permanent jaw damage.“).

Ein Abschnitt der Broschüre der TMJ Association ist mit „Disease Prevention“ übertitelt. Der Text lautet: „Patients who are told they should undergo treatment(s) to prevent the development of a TM disorder problem should know that there is currently no evidence that such conditions can be prevented.“ Es wäre schön, wenn Patienteninformationen im deutschsprachigen Raum ebenfalls in solchem Klartext sprechen würden. DZZ

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jens C. Türp
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin
und Myoarthropathien
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Hebelstrasse 3
CH-4056 Basel
Tel.: 0041 61 267 26 32
jens.tuerp@unibas.ch