

Bruno Imhoff

Okklusale Dysästhesie*

S1-Leitlinie zu einem häufig nicht erkannten Krankheitsbild

Immer wieder kommen Patienten zu uns, bei denen Befund und Befinden nicht recht zusammenpassen (wollen) und unsere Maßnahmen zur Herstellung einer okklusalen Harmonie nicht den gewünschten Erfolg haben. Wenn diese Patienten zusätzlich über Beschwerden in anderen Körperregionen berichten, könnte es sich um okklusale Fehlempfindungen handeln. Die Leitlinie gibt Hinweise für die Diagnostik und das Management dieses Beschwerdebildes.

Im klinischen Alltag begegnen wir nicht häufig, aber immer wieder Patienten, bei denen es trotz großen Aufwands nicht gelingt, eine für sie zufriedenstellende Okklusion einzustellen. Der Patient kommt überproportional häufig zu Nachbesprechungen und hat meist eine sehr genaue Vorstellung davon, wo und was in Bezug auf die Okklusion störend ist. Zusätzlich wird meist auf ein Beschwerdebild in anderen Regionen des Körpers verwiesen, das durch den (vermeintlichen) Fehlbiss ausgelöst oder unterhalten wird.

Es kann vorkommen, dass mehrfach und von verschiedenen Behandlern mit großem Aufwand die Einstellung einer für den Patienten komfortablen Okklusion versucht wird, aber alle ansonsten wirksamen zahnärztlichen Maßnahmen nur kurzzeitig zu wirken scheinen, letztlich aber in der Bewertung durch die Patienten als nicht erfolgreich beschrieben werden. Die Behandlungssituation ist für beide Beteiligten emotional anstrengend und gibt Anlass für Missverständnisse

und Konflikte, die immer wieder auch juristisch ausgetragen werden. Somit stellt die Erkennung des Krankheitsbildes, besonders auch im Rahmen juristischer Auseinandersetzungen, erhöhte Ansprüche an eine erweiterte Diagnostik, die in der Regel auch eine orientierende Abklärung von psycho-sozialen Faktoren erforderlich macht.

Zur Vermeidung solcher Situationen ist eine Kenntnis des Beschwerdebildes „Okklusale Dysästhesie“ unerlässlich und dessen Erkennung therapeutisch leitend. Da eine zusammenfassende Darstellung bisher fehlte, hatte sich unter Führung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) eine achtköpfige Arbeitsgruppe mit TeilnehmerInnen aus vier Fachgesellschaften gebildet, um eine entsprechende Leitlinie zu erarbeiten. Diese wurde im Oktober 2019 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) veröffentlicht und beschreibt den aktuellen Wissensstand.

Klinischer Bezug

Zahnkontakte werden üblicherweise vom Menschen nicht bewusst wahrgenommen. Sie kommen beim Schlucken und (selten) beim Kauen vor, zudem im Rahmen von Bruxismus. Störende Fehlkontakte können im Rahmen restaurativer oder kieferorthopädischer Maßnahmen, nach Zahnverlust, durch skelettale Veränderungen oder muskuläre Fehlhaltungen des Unterkiefers entstehen. Sie werden vom Patienten oft mit recht genauer Ortsangabe wahrgenommen und können mit ursachenbezogenen zahnärztlichen Maßnahmen erfolgreich ausgeglichen werden.

Im Gegensatz hierzu beschreiben Patienten mit dem Beschwerdebild okklusale Dysästhesie sehr hartnäckig ein Fortbestehen von Fehlkontakten, auch wenn diese durch den Zahnarzt nicht nachvollzogen werden können (Abbildungen). Einige verwenden zahnärztliche Fachbegriffe, mit denen sie die Lage des Fehlkontakts beschreiben und formulieren sehr genau, durch welche zahnärztliche Maßnahme sie das Problem gelöst haben wollen. Die emotionale Bindung der Patienten an den Zahnarzt ist enger als üblich, die Heilserwartung besonders hoch. In der Regel liegen auch andere ganzkörperliche Beschwerden vor, die von den Patienten als durch die Okklusion verursacht bewertet werden. Es dominiert eine mechanistische Sicht auf die Verknüpfung unterschiedlicher Krank-

Definition Okklusale Dysästhesie

Die okklusale Dysästhesie (OD) ist ein Beschwerdebild, bei dem Zahnkontakte, die klinisch weder als Fehlkontakte objektivierbar sind noch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (beispielsweise des Parodonts, der Pulpa, der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke) stehen, dauerhaft – länger als sechs Monate – als störend oder unangenehm empfunden werden. Der klinische Befund steht in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu Inhalt und Stärke der beklagten Beschwerden. Die Patienten leiden unter einer starken psychischen und psychosozialen Belastung.

Zahnarztpraxis, Josef-Haubrich-Hof 5, 50676 Köln: Dr. Bruno Imhoff

*Mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm); Erstpublikation in zm 2020, 110, Nr. 3, S. 38–40

Zitierweise: Imhoff B: Okklusale Dysästhesie. Dtsch Zahnärztl Z 2020; 75: 115–117

DOI.org/10.3238/dzz.2020.0115-0117



Abbildung 1 Aufsicht Unterkiefer September 2014



Abbildung 2 Aufsicht Unterkiefer September 2018: In den vier Jahren suchte der Patient die Praxis über 100-mal auf mit der Bitte um Korrekturen an den Kauflächen, weil der Biss nicht stimmt und dies seine Gesundheit beeinträchtigt.

heitssymptome. Ein mehrdimensionaler Ansatz zum Krankheitsverständnis unter Einbeziehung psychosozialer Faktoren wird regelhaft abgelehnt.

Studien haben gezeigt, dass bei den meisten dieser Patienten die Erstmanifestation in der Phase einer intensiven Belastung im Leben entsteht, in der eine Zahnbehandlung bei bereits vorbestehender Krank-

heitsangst stattfand. Hierbei kann jede Art der Zahnbehandlung von der Extraktion über die kleine Füllung bis zu umfangreichem Zahnersatz fokussierend wirken. Entscheidend ist die nachfolgend auftretende Hypersensitivität des Patienten in Bezug auf die Empfindung seiner Zahnkontakte.

Auch wenn es so scheint, als ob die Tastsensibilität an sich erhöht

ist, haben Studien gezeigt, dass im Mittelpunkt des Beschwerdebildes die zentrale maladaptive Bewertung des Zahnkontakts steht. Das übliche Wegfiltern neutraler Signale (hier: Zahnkontakt) wird durch ein immer wiederkehrendes übersteigertes Wahrnehmen ersetzt. Die Patienten leiden sehr unter der Situation, ohne die Zusammenhänge erkennen zu können. Auch die behandelnden Zahnärzte leiden unter den fruchtlosen Behandlungsversuchen und sind ebenfalls mit zunehmender Behandlungsdauer stark belastet.

Diagnostik

Eine frühzeitige Erkennung des Beschwerdebildes „Okklusale Dysästhesie“ ist erforderlich, um eine passende Behandlung veranlassen zu können und nicht zielführende okklusale Maßnahmen zu vermeiden.

Als Hinweise auf das Vorliegen einer okklusalen Dysästhesie gelten:

1. wiederholte, aber erfolglose Änderungen der Okklusion
2. Diskrepanz zwischen okklusalem Befund und Befinden
3. Patienten ordnen unspezifische Beschwerden kausal der Okklusion zu.
4. Patienten beschreiben ihr Problem ausführlich und zum Teil mit Begriffen aus der (zahn)medizinischen Fachsprache.
5. starke negative Emotionen gegenüber den Vorbehandlern, verknüpft mit überhöhten positiven Erwartungen an den oder die Folgebehandler

Es empfiehlt sich, neben einer ausführlichen allgemeinen Anamnese mit strukturierten Fragebögen den gesamten Gesundheitszustand zu erfragen. Eine Ganzkörperzeichnung zum Schmerzerleben beziehungsweise von Beschwerden in den vergangenen Monaten öffnet den Blick auf gleichzeitig vorliegende zusätzliche Gesundheitsprobleme.

Ergänzend sind validierte Fragebögen als Screening auf unspezifische Risikofaktoren hilfreich zur Erfassung der Dimensionen der Probleme.

- Chronifizierung: Graduierung chronischer Schmerzen (GCPS)
- Angst, Depression: Personal health questionnaire-4 (PHQ-4) oder Fra-

Klinische Unterscheidung zwischen Okklusopathie und okklusaler Dysästhesie

Okklusopathie	Okklusale Dysästhesie
<p>störende Zahnkontakte in statischer und/oder dynamischer Okklusion, die objektivierbar dargestellt werden können (Befund = Befinden)</p> <p>Eine Okklusopathie ist durch eine Behandlung der Ursache (muskulär, arthrogen, skelettal, okklusal) gut beherrschbar.</p>	<p>Vermeintlich störende Zahnkontakte in statischer und/oder dynamischer Okklusion, die in der Regel nicht objektivierbar sind (Befund ≠ Befinden) UND häufig für (mehrere) andere unspezifische Körperbeschwerden verantwortlich gemacht werden.</p> <p>Änderungen der okklusalen Kontakte führen nicht zu einer dauerhaften Symptomlinderung.</p>

gebogen Depression, Angst und Stress (DASS)

- Emotionaler Stress: Stressfragebogen (SRRS) oder DASS
- Somatisierung: Beschwerdeliste nach von Zerssen (BL-R/BL-R') oder Somatic symptom scale (SSS-8) oder Personal health questionnaire 15 (PHQ-15)

Differenzialdiagnostisch ist die OD von der Okklusopathie abzugrenzen (Tabelle).

Management

Das Beschwerdebild „Okklusale Dysästhesie“ ist Ausdruck einer funktionellen Erkrankung, wobei „funktionell“ den bislang verwendeten Begriff „psychosomatisch“ ersetzt (siehe S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“). Als solche ist es durch zahnärztliche Maßnahmen nicht zielführend behandelbar, sondern bedarf der fachärztlichen Betreuung. Okklusale Korrekturen sind nicht wirksam und sollten daher vermieden werden. Da Betroffene in der Regel auf ihr Krankheitsbild fixiert sind, empfiehlt sich ein wiederholtes Anbieten von nicht-invasiven Maßnahmen und Therapiealternativen außerhalb der Zahnmedizin.

Wichtigstes therapeutisches Werkzeug ist die Beratung und Aufklärung über das Wesen des Beschwerdebildes. Wie bei allen funktionellen Erkrankungen ist nicht zu erwarten, dass die Patienten das Angebot einer psychologischen Betreuung oder einer Behandlungsunterstützung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin zügig annehmen. Oft fühlen sie sich durch solche Überlegungen in ihrem Beschwerdebild nicht ernst genommen. Daher sind ZahnärztInnen an dieser Stelle besonders gefor-

dert, durch geduldigen und einfühlsamen Umgang eine ausreichend vertrauensvolle Behandlungssituation zu schaffen, die dem Patienten das Annehmen des fachlichen Rates erleichtert. Kurzzeitig kann der Einsatz von Aufbisschienen zur Reizreduktion versucht werden.

Unterstützend können Entspannungsverfahren und Achtsamkeitstraining eingesetzt werden. Auch regelmäßiger Ausdauersport und das Pflegen sozialer Kontakte können als unspezifische Maßnahmen lindernd empfohlen werden.

Als psychologisches Therapieverfahren kann eine kognitive Verhaltenstherapie einzelnen Patienten helfen, mit dem Beschwerdebild umzugehen.

Spezifisch wirksame Medikamente zur Behandlung der okklusalen Dysästhesie sind nicht bekannt. Eine psychologische beziehungsweise psychiatrische Erkrankung kann gegebenenfalls fachärztlich medikamentös eingestellt werden.

Zusammenfassung

Zum Management der okklusalen Dysästhesie werden folgende Maßnahmen empfohlen:

1. Aufklärung und Beratung (Erklärung der pathophysiologischen Zusammenhänge, gegebenenfalls Dokumentation der okklusalen Kontaktpunkte, Defokussierung)
2. Kognitive Verhaltenstherapie
3. Als zahnärztliche Intervention gegebenenfalls Schienentherapie
4. Fachärztlich geleitete medikamentöse Therapie der Grunderkrankung

Eine Änderung der Okklusion ist NICHT zielführend und sollte unterlassen werden.

Prognose

Wie bei allen funktionellen (vormals: psychosomatischen) Körperbeschwerden hängt die Prognose im Wesentlichen vom Erkennen des Beschwerdebildes durch den Zahnarzt als nicht körperlich verursacht und der Akzeptanz dieser Diagnose seitens der Betroffenen ab. Leider ist diese in der Regel gering und somit die Prognose in diesen Fällen als eher schlecht zu bewerten.

Die Aufgabe des Zahnarztes besteht bei Patienten mit okklusaler Dysästhesie darin, Schäden zu vermeiden und irreversible okklusale Behandlungen zu unterlassen, auch wenn Betroffene diese vehement einfordern.

Ergänzende Hintergründe und Informationen sind in der S1-Leitlinie „Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management“ zusammengefasst, abrufbar unter www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-037.html

Weiterführende Literatur: S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“, AWMF 2018 (AWMF-Registernummer 051-001), www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html



(Foto: Bruno Imhoff)

DR. BRUNO IMHOFF
Spezialist für Funktionsdiagnostik
und -therapie (DGFD)
Josef-Haubrich-Hof 5, 50676 Köln
imhoff@dgfd.de