

Everything is different in patients with temporomandibular and other types of orofacial pain

Bei myoarthropathischen und anderen orofazialen Schmerzen ist alles anders!

Liebe Leserinnen und Leser,

Patienten mit Myoarthropathien (MAP)^a lassen sich mit der üblichen zahnärztlichen Klientel nicht vergleichen, denn MAP-Patienten leiden. Sie leiden vor allem aufgrund von Schmerzen in Kaumuskeln oder Kiefergelenken, daneben auch aufgrund einer eingeschränkten Unterkieferbeweglichkeit oder störender Kiefergelenkgeräusche. Deshalb erscheinen diese Patienten in der Praxis. Während sie die Beschwerden schildern, schwingen neben dem reinen Sachinhalt („Beim Abbeißen und Kauen harter Nahrung habe ich starke Schmerzen im rechten Kiefergelenk!“) immer drei weitere Botschaften mit: „Ich bin besorgt! Helfen Sie mir! Ich vertraue Ihnen“³!

Gefordert sind von zahnärztlicher Seite Empathie und Verständnis für die Situation und das Anliegen des Betroffenen. Bedeutsam ist, dass die Patientenschilderungen wichtiger sind als die Befunde der klinischen Untersuchung⁴ – ein Grundsatz, der die üblichen Gepflogenheiten in der Zahnmedizin auf den Kopf stellt: Bei Karies oder Parodontopathien ist der Patient subjektiv fast immer erstaunlich lange beschwerdefrei. Daher gibt es für ihn auch nichts zu berichten; stattdessen stellt der Zahnarzt nach klinischer oder radiologischer Untersuchung die Diagnose, oft zufällig und unerwartet.

Bei MAP hingegen gilt es, dem Patienten zuzuhören⁵, denn er liefert die relevanten Befunde. Dass dafür ungleich mehr Zeit benötigt wird als gewohnt, versteht sich von selbst. Bei mir hat es sich bewährt, das Gespräch nicht im

Dear readers,

Patients with temporomandibular disorders (TMDs)^a are very different from the usual clientele at the dental office. These patients suffer. They suffer from pain in the masticatory muscles or the temporomandibular joints (TMJs). Or they suffer from limited mandibular movements, or from irritating TMJ noise. It is the suffering that prompts them to seek the clinician's help. Whenever they describe their complaints, they send an overt message (“When I try to take a bite of something harder, I feel a terrible pain in the right jaw joint!”) and three covert messages: “I am concerned! Help me! I trust you!”³

Clinicians in this situation are called upon to show empathy and understanding for the patient's situation and concern. What the patient reports is more important than the clinical findings⁴ – a principle that turns the usual practice in dentistry on its head. A patient with caries or periodontal disease will often be free of symptoms for a surprisingly long time, and this is why that patient has “nothing to report.” Instead, the dentist will arrive at a diagnosis – often accidentally and unexpectedly – following a clinical or radiological examination.

In TMDs, by contrast, it is important to listen to the patient⁵, because it is the *patient* him- or herself who provides the relevant diagnostic information. Of course, this takes more time than the usual patient interview. A proven method for me has been to hold the interview while sitting at a regular table together with the patient, rather

^a Bewusst wird der Begriff „kranio-mandibuläre Dysfunktion“ vermieden, weil darin von einigen Zahnärzten Normvarianten eingeschlossen und als Dysfunktion interpretiert werden, was zur Ergreifung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen führen kann^{1,2}.

^a I consciously avoid the term “cranio-mandibular dysfunction” or “temporomandibular joint dysfunction,” because for some clinicians this includes certain variations from the norm which they then interpret as a dysfunction, potentially resulting in unnecessary diagnostic and therapeutic measures.^{1,2}

than with the latter in a narrow dental chair. The table also accommodates all the available material (medical reports, imaging findings, jaw casts, oral appliances, etc.), as well as the patient's own notes or previously completed questionnaires on health or pain.

An interview this extensive is certainly uncommon for a dental office. However, it will uncover many facts relevant to the diagnosis and establish a relationship of trust between the patient and the clinician from the very beginning.

By contrast, the clinical examination, which should be limited to demonstrably valid and clinically useful measures, can be rather short in most cases. It serves mainly to confirm the symptoms reported by the patient and to exclude conditions whose symptoms mimic those of TMDs.⁶

Unless the presence of a tumor is suspected – and any tumor suspicion will, with very few exceptions, generally arise from the patient's medical history and the clinical examination –, no imaging procedures beyond a panoramic radiograph (for differential diagnosis) will be necessary. The principle of “*First, do no harm*” starts with diagnostics.⁷

In patients with *persistent* TMD-related pain (or other orofacial pain), it is necessary to document additional aspects relevant to the pain experience. Standardized questionnaires to be completed by the patient at home are useful tools. The fact that these instruments include psychosocial aspects related to pain (such as depression, anxiety, individual stress level) – whereby the dentist acts as a “psychodontist” to some extent – is a novel experience in dentistry, which has traditionally had a strictly somatic orientation. However, this is the only way to reliably differentiate between “simple” and complex cases and to initiate the appropriate therapy.

The therapy itself, too, is different. The most important therapeutic measure is to inform and reassure the patient, a step that is closely associated with the (hopefully correct) diagnosis.⁸ TMDs are musculoskeletal problems located in the face (rather than in the back). So in these cases, the dentist will be more of a pain specialist or orthopedist and less of a classical dentist. Practical implementation of the required therapy requires interdisciplinary networking, for example with physiotherapists specializing in the jaw region, psychotherapists and physicians specializing in pain, and colleagues from other disciplines. Moreover, the clinician must have a sound pharmacological background to be able to prescribe pain medications in a safe and well-targeted manner.

The jaw relation record taken to fabricate a Michigan splint, which is considered the gold standard among all oral appliances,^{9,10} also exhibits a fundamental difference, as this procedure is preferably performed with the patient in a supine position.¹¹

engen Zahnarztstuhl zu führen, sondern an einem Tisch. Auf ihm können auch alle bereits vorhandenen Unterlagen (Arztbriefe, bildgebende Befunde, Kiefermodelle, orale Schienen etc.), vom Patienten mitgebrachte eigene Aufzeichnungen und im Wartezimmer ausgefüllte gesundheits- und schmerzrelevante Fragebögen ausgebreitet werden.

Die Art und Dauer eines solchen Gesprächs ist für zahnärztliche Verhältnisse unüblich. Es erbringt aber viele der für die Diagnosen relevanten Informationen und schafft darüber hinaus von Anfang an ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.

Die sich anschließende klinische Untersuchung, die sich auf nachgewiesene valide und klinisch sinnvolle Maßnahmen beschränken sollte, kann demgegenüber in den meisten Fällen kurz gehalten werden. Sie dient in erster Linie der Bestätigung der vom Patienten geschilderten Beschwerden sowie dem Ausschluss von Diagnosen, deren Symptome eine MAP vortäuschen⁶.

Sofern kein Tumorverdacht besteht – dieser ergibt sich bis auf wenige Ausnahmen aus der Anamnese und der klinischen Untersuchung –, ist eine über ein Orthopantomogramm (zur Differenzialdiagnostik) hinausgehende Bildgebung unnötig. Der Grundsatz *Primum nihil nocere* beginnt bereits bei der Diagnostik⁷!

Bei Patienten mit *anhaltenden* myoarthropathischen (oder anderen orofazialen) Schmerzen ist die Erfassung weiterer schmerzrelevanter Aspekte ausschlaggebend. Von Vorteil sind standardisierte Fragebögen, die der Patient daheim ausfüllt. Dass dabei auch schmerzassoziierte psychosoziale Aspekte erfasst werden (zum Beispiel Depressivität, Ängstlichkeit, individuelle Stressbelastung), wodurch der Zahnarzt quasi als „Psychodont“ tätig ist, stellt in der traditionell rein somatisch orientierten Zahnmedizin ein Novum dar. Aber nur so gelingt es mit hoher Verlässlichkeit, die „einfachen“ von den komplexen Fällen zu unterscheiden und adäquate Behandlungsmaßnahmen einzuleiten.

Das Anderssein findet bei der Behandlung seine Fortsetzung. Die wichtigste therapeutische Maßnahme ist die mit dem Stellen der (hoffentlich korrekten) Diagnose einhergehende Aufklärung und Beruhigung des Patienten⁸. MAP sind muskuloskelettale Probleme, die im Gesicht statt im Rücken lokalisiert sind. Der Zahnarzt agiert daher als oraler Schmerzarzt oder oraler Orthopäde, weniger als klassischer Zahnarzt. Für die praktische Umsetzung muss er interdisziplinär vernetzt sein, zum Beispiel mit im Kieferbereich arbeitenden Physiotherapeuten, Schmerzpsychotherapeuten, Schmerzmedizinern und anderen Fachkollegen. Er sollte gute pharmakologische Kenntnisse besitzen, um Schmerzmedikamente gezielt und sicher einsetzen können.

Und selbst bei der Kieferrelationsbestimmung zur Anfertigung einer Michigan-Schiene, dem Goldstandard aller oralen „Aufbissbehelfe“^{9,10}, zeigt sich ein fundamentaler Unterschied: Es ist von Vorteil, wird diese im Liegen durchgeführt wird¹¹.

Auch beim Therapieerfolg muss man umdenken: Dieser ist bei MAP – anders als sonst in der Zahnmedizin – nicht auf den Milli- und Mikrometerbereich fixiert: Bei anhaltenden Schmerzen wird bereits von einem Therapieerfolg gesprochen, wenn die vor der Behandlung vorhandene durchschnittliche Schmerzstärke um 50 % (in der Schmerzmedizin üblicherweise sogar nur um 30 %!) gesenkt wurde. Dabei darf der Zahnarzt nicht vergessen, dass der wichtigste therapeutische Partner bei muskuloskelettalen Beschwerden in keinem (zahn)medizinischen Lehrbuch erwähnt wird: die Selbstheilungskräfte des menschlichen Körpers¹².

Aus all dem folgt, dass auch Zahnärzte, die sich um Patienten mit MAP (beziehungsweise orofazialen Schmerzen) kümmern, anders sein müssen: wenig „Zahn“, viel Arzt. Wären daher doppelt approbierte Kollegen – und damit sind nicht Kieferchirurgen gemeint – vielleicht besser in der Lage, MAP-Patienten zu versorgen? Nach allem, was wir aus der Schmerzmedizin wissen, können wir darauf eine klare Antwort geben: mitnichten! Die in der Regel sehr bescheidenen Kenntnisse eines Großteils der Ärzteschaft über (chronische) Schmerzen stellen eine Dauerklage in der medizinischen Fachliteratur dar^{13–16} und geben einem solchen Vorschlag wenig Legitimation.

Andererseits gilt: Orofaziale Schmerzen und nichtschmerzhaftes Kieferfunktionsstörungen sind ein eigenständiger Fachbereich. In vielen Ländern wurde dies erkannt und in Universitätszahnkliniken entsprechende, separate Einrichtungen geschaffen. Solange in den deutschsprachigen Ländern myoarthropathische und andere orofaziale Schmerzen von im Grunde fachfremden Abteilungen als mehr oder weniger geliebtes Anhängsel mitgeführt werden, sind der Entfaltung dieses Gebiets Grenzen gesetzt. Und dies gereicht den leidenden Patienten nicht unbedingt zum Vorteil¹⁷.



Ihr
Jens Christoph Türp

And even the evaluation of therapeutic success requires some rethinking. In TMDs, as opposed to other areas within dentistry, we are not dealing with millimeters or micrometers. Therapy is considered successful if the pain level has been reduced by 50% (in contrast, within pain medicine, a reduction of least 30% is targeted). Dental clinicians must not forget, however, that the most important therapeutic adjunct in patients with musculoskeletal pain is not mentioned in any textbook: the self-healing capacity of the human body.¹²

All this means that even the clinicians caring for patients with temporomandibular or other orofacial pain must be different: less of a “tooth doctor” and more of a general physician. So would not clinicians with a dual qualification in medicine *and* dentistry – and we are not talking of oral and maxillofacial surgeons here – be in a better position to treat TMD patients? According to everything we know from pain medicine, the answer is: not at all! The usually rather modest level of knowledge among much of the medical profession when it comes to (chronic) pain are a standing complaint in the medical literature,^{13–16} giving such a proposal fairly limited legitimacy.

On the other hand, orofacial pain and non-painful jaw disorders are a specialty in its own right. This has been recognized in many countries, where separate facilities have been created within university dental schools and clinics. But as far as temporomandibular and other types of orofacial pain are taken, more or less committed, care of by extraneous departments, as it is the case in German-speaking countries, we cannot expect this field to develop and blossom. And that does not exactly benefit the affected patients.¹⁷



Sincerely,
Jens Christoph Türp



References

1. Türp JC. Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Funktionsdiagnostik und -therapie – Beispiele, Gefahren, Gründe. Teil I. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;112:819–823.
2. Türp JC. Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Funktionsdiagnostik und -therapie. Teil II. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;112:909–915.
3. Schulz von Thun F. Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt, 1981.
4. Okeson JP. Bell's Orofacial Pains. The Clinical Management of Orofacial Pain. Sixth ed. Chicago: Quintessence, 2005:144.
5. Perry HT. Stop! Look and listen [Editorial]. J Orofac Pain 1993;7:233.
6. Gobetti JP, Türp JC. Fibrosarcoma misdiagnosed as a temporomandibular disorder: a cautionary tale. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:404–409.
7. Perry HT. Above else, do no harm [Editorial]. J Craniomandib Disord Facial Oral Pain 1991;5:81.
8. Michelotti A, Iodice G, Vollaro S, Steenks MH, Farella M. Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. J Am Dent Assoc 2012;143:47–53.
9. Friction J, Look JO, Wright E, Alencar FG, Jr, Chen H, Lang M, Ouyang W, Velly AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating intraoral orthopedic appliances for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2010;24:237–254.
10. Klasser GD, Greene CS. Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:212–223.
11. Türp JC. Vorstellung einer Methode zur Kieferrelationsbestimmung für die Michigan-Schiene. Quintessenz Zahntechnik 2011;37:1136–1143.
12. Hüther G. Selbstheilungskräfte aktivieren. Dtsch Ärztebl 2012;109:422–423.
13. Buchbinder R, Staples M, Jolley D. Doctors with a special interest in back pain have poorer knowledge about how to treat back pain. Spine 2009;34:1218–1227.
14. Erdeljić V, Francetić I, Makar-Ausperger K, Likić R, Sarinić VM. Pain relief in medical patients: does clinical judgment and prescribing knowledge suffice? Coll Antropol 2011;35:363–368.
15. Finestone AS, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, Milgrom C. Orthopaedists' and family practitioners' knowledge of simple low back pain management. Spine 2009;34:1600–1603.
16. Pflughaupt M, Scharnagel R, Gossrau G, Kaiser U, Koch T, Sabatowski R. Befragung schmerztherapeutisch interessierter Ärzte zum Umgang mit Opioiden. Schmerz 2010;24:267–275.
17. Türp JC. Patienten mit chronischen Schmerzen – Waisenkinder der (Zahn-)Medizin? Dtsch Zahnärztl Z 2000;55:797–804.