

Merging things that belong together— for the benefit of patients and to improve clinical practice

Hier wächst zusammen was zusammengehört – Zum Wohle des Patienten und zur Verbesserung ärztlicher Praxis

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn die Behandlungs- und Betrachtungsweise der CMD-Patienten ganzheitlich medizinisch wird, verändert dieses nicht nur die Ansicht der Zahnärzte, sondern auch der ärztlichen Konsiliare.

Zu einem derartig konsequenten Zusammenwachsen gehören immer zwei Seiten, die sich aufeinander zubewegen. Für mich als Orthopäden und Schmerztherapeuten hat sich durch dieses Zusammenwachsen von zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung zu medizinischer Behandlung eine erfreuliche Veränderung ergeben: Meine Arbeitswelt ist durch die Erkenntnisse dieser Zusammenarbeit reicher als früher.

Vor 15 Jahren hörte ich als Oberarzt in der Rheumaklinik Bad Bramstedt bei einer dortigen Fortbildung zwei jungen dynamischen Oberärzten aus der Zahn-, Mund- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zu. Sie sprachen über Zähne und Kiefer, aber auch über Muskeln und Kiefergelenke und über Schmerzen, die keine reinen Zahnschmerzen waren. Als Orthopäde eröffneten sich mir plötzlich völlig neue Aspekte. Dazu muss man wissen, dass wir Orthopäden bisher den Kopf mit allen Muskeln gleichsam „an die Neurologen abgegeben“ hatten. Dem darunter liegenden Hals nähern sich die „konservativen“ Orthopäden überwiegend von hinten, und die operativ tätigen Orthopäden, die zunehmend von vorn auf die Halswirbelsäule zugehen, sind an funktionellen Zusammenhängen häufig weniger interessiert.

Dear colleagues,

If we were to take a more all-encompassing approach to treating and thinking about CMD patients, it would not only change the perspective of dentists, but it would also have an impact on consultations with physicians.

There are always two sides to the process of steadily merging into one entity, two sides that have to move toward each other. For me, as an orthopedist and pain therapist, this merging of dental and medical treatment has led to a very pleasant change: the spheres in which I work are richer now than they were before, thanks to the insights gained from this collaboration.

Fifteen years ago, when I was a senior physician attending a CME event at the Bad Bramstedt Clinic for Rheumatic Diseases, I heard two dynamic young senior physicians from the Center for Dental and Oral Medicine at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [UKE]) talking about teeth and jaws, muscles and TMJs, and pain that was not purely dental in nature. This suddenly opened my eyes to entirely new ideas as an orthopedist. Here I should mention that before this time, we orthopedists had more or less “handed over” the head and all of its muscles, to neurologists. The neck and everything below it are things that “nonsurgical operating” orthopedists usually approach from behind while orthopedic Surgeons, who approach the cervical spine more frequently from ahead are not as likely to be interested in functional contexts.

The two dedicated colleagues I mentioned were our peers Priv.-Doz. Dr. Ahlers and Prof. Dr. Jakstat. After their presentation we talked, and our mutual interest in each other's work grew and grew. It was almost inevitable that the interdisciplinary CMD consultation at the UKE expanded to include an orthopedist. It turned out that this approach was extremely intelligent from a clinical perspective, and in the course of our cooperation, there were jointly authored publications and a joint presentation at the annual conference of the AGF (now the DGFDT) in Bad Homburg, Germany.

At the time, the notion that the musculoskeletal structure as a whole might have an effect on the craniomandibular system was still quite visionary and was seen by some as being too daring. Our colleagues in dentistry who focus on functional disorders were in the process of growing accustomed to dealing with psychosomatic issues in patients. And no sooner had physiotherapists arrived on the scene than suddenly an orthopedist cropped up as well and started talking about pelvic obliquity, sacro-iliac joints, and effects on the cervical spine and occlusion. Over time, however, it was shown that this was the correct approach, and the fact that the Prof. Türps work group has identified nearly 500 journal publications on this wide-ranging topic speaks for itself.

For my patients, this collaborative approach was and is a definite blessing. Some of my chronic pain patients suffered from recurrent pain and dysfunction. At first they responded well to my orthopedic-physiotherapeutic treatment and usually also continued with the prescribed regime of exercises to be done at home. After discontinuing treatment, however, the complaints returned in some patients. Taking an interdisciplinary approach has led to a gratifying increase in the success rate among these complicated cases.

Nowadays, patients with neck pain present as outpatients or consult with me as the medical superintendent at the RehaCentrum Hamburg, and when I ask them, "Do you grind your teeth?" or "Do you clench your jaw?" they are confused at first, but usually answer the question with a "yes!" At the same time, though, they are fascinated to learn about the functional contexts, since it helps them understand why they have more pain in the jaw, face, or neck after exercises using spinal-therapeutic equipment. Here it can be very useful to place patients in front of a mirror and show them what the muscles of their neck and mastication do during their back exercises.

Let me cite a simple example of one consequence that the collaborative approach has had in orthopedic treatment. For several years now, our patients who grind their teeth or clench their jaw have worn their occlusal splint during

Bei den beiden engagierten Oberärzten handelte es sich seinerzeit um die Kollegen Priv.-Doz. Dr. Ahlers und Prof. Dr. Jakstat. Nach dem Vortrag tauschten wir uns aus und unser Interesse am Wissen der jeweils „anderen Seite“ wurde immer größer. So war es fast eine zwangsläufige Folge, dass die interdisziplinäre CMD-Sprechstunde im UKE um einen orthopädischen Konsiliarius erweitert wurde. Wie sich zeigte, war dieser Weg klinisch ausgesprochen sinnvoll, und so folgten im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit gemeinsame Veröffentlichungen und ein gemeinsamer Auftritt auf der Jahrestagung der damaligen AGF (heute DGFDT) in Bad Homburg.

Damals war die Vorstellung, der gesamte Halteapparat könne Auswirkungen auf das kranio-mandibuläre System haben, noch sehr visionär und wurde von manchem als zu kühn empfunden. Die zahnärztlichen Kollegen, die sich mit Funktionsstörungen beschäftigten, gewöhnten sich gerade umfassend an Psychosomatiker, und nun kam nach den Physiotherapeuten plötzlich auch noch ein Orthopäde daher und berichtete von Beckenschiefständen, Kreuz-Darmbein-Gelenken und Auswirkungen auf die oberen Halswirbelsäulengelenke und die Okklusion. Mit der Zeit hat sich aber gezeigt, dass dieser Ansatz richtig war, und die von der Arbeitsgruppe Türp nachgewiesenen mittlerweile fast 500 wissenschaftlichen Zeitschriftenpublikationen zu diesem Themenkomplex sprechen für sich.

Für meine Patienten war und ist diese Kooperation auf jeden Fall ein Segen. So litten einige meiner chronischen Schmerzpatienten unter rezidivierenden Verläufen: Sie sprachen zwar initial gut auf meine orthopädisch-physiotherapeutische Behandlung an und führten auch meistens das verordnete selbstständige Heimübungsprogramm durch. Nach dem Absetzen der Therapie kamen jedoch bei einigen die Beschwerden wieder. Durch das interdisziplinäre Herangehen hat sich die Erfolgsrate bei diesen komplizierten Patienten erfreulich verbessert.

Wenn ich heute Nackenschmerzpatienten in meiner Ambulanz oder bei der Chefarztvisite im RehaCentrum Hamburg frage „Knirschen Sie mit den Zähnen?“ oder „Pressen Sie mit den Zähnen?“, sind die Patienten zunächst verwirrt, und dies meist, weil sie die Frage mit „Ja!“ beantworten müssen. Sie sind aber auch fasziniert, wenn sie plötzlich durch die Vermittlung der funktionellen Zusammenhänge verstehen, warum sie nach einem rückertherapeutischen Gerätetraining vermehrt Kiefer-, Gesichts- oder Nackenschmerzen verspüren können. Hierbei hilft es bereits, die Patienten vor einen Spiegel zu stellen und ihnen dabei zu zeigen, was ihre Kau- und Halsmuskulatur bei den Rückenübungen anstellt.

Als einfaches Beispiel einer Konsequenz in der orthopädischen Therapie tragen Patienten, die knirschen oder pressen, bei uns seit einigen Jahren während der Durchführung der „medizinischen Trainingstherapie“ (ein komplexes Behandlungsprogramm mit Bodenübungen, Übungen an Geräten, Ausdauer- und Koordinationsübungen) und dem Koordinationstraining ihre Okklusionsschiene und haben weniger Probleme und Beschwerden.

Rehabilitanden, die angeben zu knirschen und/oder zu pressen bekommen dafür den Rat, sich bei ihrem Zahnarzt vorzustellen und bis zu einer zahnärztlichen Lösung eventuell Kaugummi zu kauen oder währenddessen einen Speiseeisstiel zwischen die Zahnreihen zu legen. Die Zusammenarbeit mit den Zahnärzten hat mein Spektrum und auch meinen Behandlungserfolg bei schwierigen Schmerzpatienten deutlich verbessert und geprägt.

Im Juni 2010 hat in Wien der Kongress der ÖGZMK und der DGFDT zum Thema „CMD – Eine Frage der Haltung?“ stattgefunden. Dieses Thema spiegelt nicht nur die wissenschaftliche Fragestellung, sondern auch meine veränderte Haltung bei der Behandlung chronischer orthopädischer Schmerzpatienten wider – diese hat sich nachhaltig geändert.

Ich freue mich, dass dieses wichtige Thema mit dem *Journal of Craniomandibular Function / Zeitschrift für Craniomandibuläre Funktion* eine fundierte Plattform bekommen hat.



Dr. Horst-W. Danner
Arzt für Orthopädie, Spezielle Schmerztherapie,
Chirotherapie, Rehabilitationswesen, Physikalische
Therapie, Sozialmedizin, Diplom des deutschen
Sportärztebundes

their coordination training or “medical training therapy” (a complex regimen of exercises done on the floor and on equipment, as well as exercises to improve stamina and coordination). As a result, they have fewer problems and complaints.

Rehab patients who say they grind and/or clench their jaw are asked to see their dentist. Until a dental solution can be found, they may be advised to chew gum or put a popsicle stick between their teeth during their workout. Working with dentists has expanded my spectrum as well as greatly improving and affecting my therapeutic success in treating difficult pain patients.

In June 2010, a conference of the ÖGZMK and the DGFDT took place in Vienna. Its title, “Is CMD a matter of posture?”, not only reflects the scientific issue under discussion but it also indicates how my attitude about treating patients with chronic orthopedic pain has shifted. My stance has undergone a lasting change.

I am pleased that this important topic has been given a proper platform in the *Journal of Craniomandibular Function / Zeitschrift für Craniomandibuläre Funktion*.

Dr. Horst-W. Danner
Physician of orthopedic medicine, special pain therapy,
chirotherapy, physical rehabilitation, physical therapy, and
social medicine; with a degree from the German Society of
Sports Medicine and Prevention