

Daniel Hellmann, Hans J. Schindler

Fallstrick okklusale Dysästhesie*

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Da die gängigen Therapiemodelle der Zahnmedizin die Symptomatik einer okklusalen Dysästhesie dramatisch verschlechtern können, sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte diese Pathologie kennen und erkennen.

Einleitung: In der zahnärztlichen Praxis, aber auch in der Physio-, Schmerz- und Psychotherapie, stellen sich immer wieder Patienten vor, die über störende und als unangenehm empfundene Zahnkontakte klagen, welche klinisch weder als Fehlkontakte objektivierbar sind noch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (beispielsweise des Parodonts, der Pulpa, der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke) stehen. Nicht selten erleben die Patienten diese empfundenen okklusalen Störungen als dauerhafte Einschränkung ihres oralen oder auch ganzkörperlichen Wohlbefindens. Begleitend bestehen häufig psychologische Belastungen. In den beschriebenen Fällen handelt es sich häufig um Patienten, die an einer okklusalen Dysästhesie (OD) leiden, wobei eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu einer Okklusopathie in jedem Fall geboten ist.

Methoden: Im vorliegenden Beitrag werden alltagsrelevante klinische Aspekte der okklusalen Dysästhesie auf der Basis der aktuellen AWMF-Leitlinie „Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management“ sowie anhand von Fallbeispielen erläutert. Als ätiologische Faktoren einer OD werden psychologische Faktoren, Neuroplastizität und Phantomphänomene sowie eine Veränderung der propriozeptiven Reizübertragung und Wahrnehmung diskutiert, wobei die genauen Zusammenhänge bisher wenig erforscht und verstanden sind. Eine invasive okklusale Therapie erscheint nicht empfehlenswert. Die Anwendung oraler Schienen wird in der Literatur ebenfalls kritisch diskutiert. Eine Informationstherapie mit dem Ziel der Aufklärung und Defokussierung ist eine empfehlenswerte Maßnahme. Kognitives Verhaltenstraining, eine fachärztliche Behandlung eventueller komorbider psychischer Begleitfaktoren, eine Pharmakotherapie sowie die Verordnung von körperlicher Aktivität sind weitere therapeutische Möglichkeiten.

Schlussfolgerung: Trotz fachgerechter Therapie stellt sich jedoch häufig kein Erfolg für die betroffenen Patienten ein.

Schlüsselwörter: Okklusion; verlorener Biss; falscher Biss; Okklusionsstörung; Okklusopathie; okklusale Dysästhesie

Akademie für zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe: PD Dr. Daniel Hellmann

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Würzburg: PD Dr. Daniel Hellmann; Prof. Dr. Hans J. Schindler

*Deutsche Version der englischen Erstveröffentlichung von Hellmann D, Schindler HJ: A subtle trap – occlusal dysesthesia. Dtsch Zahnärztl Z Int 2021; 3: 40–45

Zitierweise: Hellmann D, Schindler HJ: Fallstrick okklusale Dysästhesie. Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 49–54

Peer-reviewed article: eingereicht: 13.07.2020, revidierte Fassung akzeptiert: 18.09.2020

DOI.org/10.3238/dzz.2021.0005

A subtle trap – occlusal dysesthesia

Introduction: Patients complaining of uncomfortable and unpleasant tooth contacts are encountered in the dental practice time and time again, as well as in the fields of physiotherapy, pain therapy, and psychotherapy. These tooth contacts are neither clinically identifiable as premature contacts nor associated with other disorders (e.g., of the periodontal tissues, dental pulp, masticatory muscles, or temporomandibular joint). It is not uncommon for patients to experience this perceived occlusal discomfort as a constant impairment of their oral or physical well-being. This is often accompanied by psychosocial problems. The cases discussed in this article often concern patients suffering from occlusal dysesthesia (OD), although a differential diagnosis must always be carried out to distinguish OD from occlusal disease.

Methods: This article presents clinical features of occlusal dysesthesia that are relevant to everyday practice. These features are explained based on the current guideline "Occlusal Dysesthesia – Diagnostics and Management" published by the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) and by means of case examples. Psychopathological factors, neuroplasticity, phantom phenomena, and changes to the transmission of proprioceptive stimuli and perception have been discussed as etiological factors of OD; however, the exact connections have not yet been extensively researched or fully understood. Invasive occlusal therapy is not advisable. The use of dental splints is also a controversial topic of discussion in the literature. Patient counselling and education about the nature of OD ("information therapy") that aims to explain and defocus is a recommended measure. Other therapeutic alternatives include cognitive behavioral therapy, specialist medical treatment of possible comorbid psychological factors, pharmacotherapy, and the prescription of physical activity.

Conclusion: Despite professional therapy, treatment of affected patients is often unsuccessful.

Key words: occlusion; lost bite; false bite; occlusal discomfort; occlusal disease; occlusal dysesthesia

Einführung

„Vielleicht hört sich das komisch an, aber ich habe meinen Biss verloren!“

In der zahnärztlichen Praxis, aber auch in der Physio-, Schmerz- und Psychotherapie, stellen sich immer wieder Patienten vor, die über störende und als unangenehm empfundene Zahnkontakte klagen. Nicht selten erleben diese Patienten diese empfundene okklusale Störung als dauerhafte Einschränkung ihres oralen oder auch ganzkörperlichen Wohlbefindens. Obwohl der Stellenwert der Okklusion als Risikofaktor für die Entstehung von schmerzhaften muskuloskelettalen Erkrankungen innerhalb

und außerhalb des Kauorgans nach dem aktuellen Stand des Wissens als gering und die Okklusion in diesem Zusammenhang lediglich als Kofaktor, nicht aber als hinreichende Bedingung zu interpretieren ist [8, 17, 28], ist noch immer die Meinung weitverbreitet, dass die Okklusion nur dann verträglich für den Menschen sei, wenn diese gewissen konzeptionellen Regeln entspreche.

Vor dem Hintergrund dieser klassischen zahnmedizinischen Ansichten über den „optimalen Biss“ tritt in den oben beschriebenen Fällen der konsultierte Zahnarzt nicht selten mit invasiven Maßnahmen in Akti-

on, was jedoch leider meist in für beide Seiten frustrierten Therapieversuchen, Konflikten und einem vollständigen gegenseitigen Vertrauensverlust mündet. Handelt es sich um eine kostspielige Behandlung, schließt sich nicht selten eine gerichtliche Aufarbeitung der therapeutischen Bemühungen an. Wie der Titel bereits vermuten lässt, handelt es sich in diesen Fällen häufig um Patienten, die an einer okklusalen Dysästhesie (OD) leiden.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden im vorliegenden Beitrag alltagsrelevante klinische Aspekte der okklusalen Dysästhesie auf der Basis der AWMF-Leitlinie „Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management“ [1, 11] und den Erfahrungen der Autoren als Therapeuten und bestellten Sachverständigen in Gerichtsverfahren dargestellt und diskutiert. Ergänzend werden Zitate verschiedener Patientinnen angeführt, welche aus Sicht der Autoren als typisch für das Krankheitsbild der OD zu bewerten sind. An dieser Stelle sei ein ausdrücklicher Dank an die Autoren der Leitlinie gerichtet, die mit ihren Ausführungen eine wertvolle Grundlage für Entscheidungen im Umgang mit an einer OD leidenden Patienten und eine Hilfe für zahnmedizinische Sachverständige geschaffen haben.

Behandlungsmethoden

Diagnostik

„Alles fing 1988 an, als ich ein Inlay am Zahn 14 bekommen hatte. Der Kontakt zum Gegenzahn war viel zu stark. Auf einmal hatte ich eine Rückschrittblockade links beim Tanzen – ab da stimmte nichts mehr. [...] Mit jeder Zahnbehandlung ging es nur noch bergab! Ich habe Ihnen mal die ganzen Modelle aus den Jahren mitgebracht, falls Sie die sehen wollen. [...] Bitte helfen Sie mir! Ich weiß sonst nicht mehr, wie es noch weitergehen soll.“

In der Regel wird der antagonistische Kontakt der Zähne von Ober- und Unterkiefer durch unsere Patienten nicht bewusst wahrgenommen [23]. Der maßgebliche Unterschied in der Wahrnehmung von Patienten, die an einer OD im wahrsten Sinne des Wortes „leiden“, wird in der Leitlinie bereits in der Definition deutlich he-

Diagnostisch wichtige und häufig anzutreffende Hinweise auf eine OD im Rahmen der speziellen Anamnese sind [16, 19, 24, 25, 27]:
Die Beschwerden bestehen länger als 6 Monate (häufig langjährige Krankengeschichte – mit zahlreichen Behandlerwechseln und häufig negativen Emotionen gegenüber den Vorbehandlern).
Es besteht ein Fokus mit einer bewussten Wahrnehmung der Okklusion.
Der Auslöser war eine Zahnbehandlung (unabhängig von der Intensität).
Die Beschwerden bestimmen relevant das Leben und Erleben.
Unspezifische Beschwerden werden der Okklusion zugeordnet.
Häufig extrem detaillierte Beschreibungen der Okklusionsstörung unter Verwendung der Fachterminologie.
Trotz Aufklärung erfolgt ein vehementes Beharren auf den eigenen pathophysiologischen Vorstellungen.
Wiederholte Änderungen der Okklusion blieben erfolglos.

Tabelle 1 Diagnostische Hinweise, die auf das Vorliegen einer OD hinweisen können (modifiziert nach [1]).

rausgearbeitet. Diese definiert die OD als „ein Beschwerdebild, bei dem Zahnkontakte, die klinisch weder als Fehlkontakte objektivierbar sind noch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (beispielsweise des Parodonts, der Pulpa, der Kaumuskelatur oder der Kiefergelenke) stehen, dauer-

haft (länger als 6 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.“ [1]

Als ätiologische Faktoren einer OD werden psychologische Faktoren, Neuroplastizität und Phantomphänomene sowie eine Veränderung der propriozeptiven Reizübertragung und Wahrnehmung diskutiert, wobei die genauen Zusammenhänge noch wenig erforscht sind [9, 19, 21].

„Das war damals alles ziemlich ungünstig. Ich war beruflich im Ausland (Spanien), um dort eine Niederlassung aufzubauen. Genau da musste mir natürlich ein Zahn abbrechen und ich musste dort zum Zahnarzt. [...] Die Krone hat von Anfang an nicht gestimmt. Es hat sich angefühlt, als hätte ich nur diesen einen Zahn im Mund. Der Zahnarzt hat immer gesagt, dass alles stimmen würde, hat aber zigmal nachgeschliffen. In der Phase taten dann aber auch der Kiefer und der Nacken schon weh.“

Das erstmalige Auftreten einer OD steht häufig in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung, nicht selten gepaart mit einer Lebensphase, die durch die Patienten als belastend empfunden wurde [5, 26]. Art und Umfang des zahnmedizinischen Eingriffs scheinen nicht entscheidend zu sein [23]. Die OD tritt isoliert oder auch in Kombination mit einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) in Erscheinung [12]. Es ist beschrieben, dass häufige okklusale Interventionen mit dem Ziel der Beseitigung unspezifischer Symptome iatrogen zur Ausbildung einer OD beitragen können [24]. In der Mehrheit der Fälle sind es Frauen im mittleren Alter, die mit dem Beschwerdebild der OD bei einem Zahnarzt vorstellig werden [9, 25] (Frauen sind circa 5-mal häufiger betroffen als Männer). Auf Basis der aktuellen Datenlage ist anzunehmen, dass die Erkrankung im Mittel mit 45 Jahren beginnt [9, 14]. Es scheinen ausschließlich Erwachsene betroffen zu sein [1] (Tab. 1).

„Ich will doch nur wieder so beißen wie früher. Ich will mein altes Leben zurück!“

Die Betroffenen haben in der Regel über die Zeit einen starken Fokus auf okklusale Aspekte entwickelt [15, 23, 24]. Auffällig ist, dass die beschriebenen Beschwerden einen zentralen Stellenwert im Leben der Betroffenen einnehmen und dass häufig das Umfeld der Betroffenen weitreichend in die beklagte Situation eingebunden



Abbildung 1 In der Regel bestehen begleitend zu einer okklusale Dysästhesie weitere psychologische Belastungen, von denen eine Auswahl in dieser Abbildung in ihrer prozentualen Häufigkeit dargestellt sind (modifiziert nach [1]).

wird. Bestätigt durch pseudowissenschaftliche Beiträge im Internet wird von den Betroffenen den okklusalen Störungen ein deutlich übertriebenes pathophysiologisches Potenzial mit meist weitreichenden Einflüssen auf die allgemeine ganzkörperliche Gesundheit zugesprochen. Dieser Sachverhalt löst bei den Patienten häufig zusätzlich starke Ängste aus. Die OD erfüllt die Kriterien einer „somatischen Belastungsstörung“ (DSM-5 300.82). Begleitend bestehen häufig weitere psychologische Belastungen [9, 22, 25] (Abb.1).

„Kein Zahnarzt hört mir richtig zu – alle wollen mich gleich in die Psycho-Schublade stecken!“

Ergeben sich aus der Anamnese entsprechende Hinweise, kann die Dimension des Krankheitsbildes der betroffenen Patienten mithilfe geeigneter und häufig verwendeter Befundbögen (Tab. 2) erfasst werden. Werden solche Befunde erhoben, sind die Ergebnisse mit den Betroffenen zu besprechen, wobei eine Abgrenzung psychischer oder psychiatrischer Krankheitsbilder nicht in den zahnärztlichen Kompetenzbereich fällt und durch einen entsprechenden Facharzt zu erfolgen haben.

„Sie müssen doch auch sehen, dass die Form meiner Kronen nicht stimmt. Dadurch hat mein Unterkiefer keinen Halt mehr und rutscht mir immer nach links raus.“

Die somatische Befunderhebung ist durch eine Diskrepanz des okklusalen Befindens und des okklusalen Befundes gekennzeichnet. Die Beschreibungen der Betroffenen bezüglich ihrer Beschwerden sind meist sehr präzise und bildhaft und gehen in der Regel weit über das Maß hinaus, welches unbelastete Patienten im Rahmen von okklusalen Eingriffen nutzen.

Okklusopathie vs. okklusale Dysästhesie

Abzugrenzen von der OD ist die Okklusopathie (Abb. 2). Der maßgebliche Unterschied besteht darin, dass sich bei der Okklusopathie dentogene, myogene oder arthrogene Ursachen finden lassen. Dies bedeutet, dass die vom Patienten angegebenen Missempfindungen mithilfe der üblichen zahnärztlichen Diagnostik

Fragebögen zu Kofaktoren der OD

Schmerzlokalisierung
• Ganzkörperzeichnung aller Schmerzbereiche

Chronifizierung
• Graduierung chronischer Schmerzen (GCS)

Angst und Depression
• Personal Health Questionnaire-4 (PHQ-4)
• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
• Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS)

Emotionaler Stress
• Social Readjustment Rating Scale (SRRS)
• Depressions-Angst-Stress-Skalen (DASS)

Somatisierung
• Beschwerden-Liste (B-LR und B-LR')
• Somatic Symptom Scale (SSS-8)
• Personal Health Questionnaire-15 (PHQ-15)

Table 2 Fragebögen zur Evaluation möglicher Kofaktoren der okklusalen Dysästhesie (modifiziert nach [1])

(Tab. 1 und 2, Abb. 1 und 2: Übernahme der Inhalte der Tabellen und Abbildungen aus [1])

plausibel und nachvollziehbar zu objektivieren sind. Subjektives Befinden und objektiver Befund stimmen in diesem Falle also überein.

Somit ist festzuhalten, dass die bloße Angabe, dass der Biss nicht oder nicht mehr stimme, nicht zwangsläufig in der Diagnose einer OD münden darf. Vielmehr sind zunächst weitere Informationen einzuholen.

Management

„Ich habe gehört, dass Sie ein sehr guter Zahnarzt sein sollen. Die anderen Zahnärzte vor Ihnen haben mich nicht so gründlich untersucht wie Sie. Sie kriegen das bestimmt hin.“

An dieser Stelle soll betont werden, dass das Beschwerdebild der OD als Ausdruck einer funktionellen Erkrankung durch zahnärztliche Maßnahmen nicht zielführend behandelbar ist, sondern einer weiterführenden fachärztlichen Betreuung bedarf. Daher bietet es sich an, eher von Management als von einer Therapie zu sprechen. Auch wenn die vermeintliche Lösung für die Betroffenen oftmals klar auf der Hand liegt und sie die Umsetzung ihrer Handlungsideen bezüglich einer okklusalen Therapie entsprechend vehement einfordern, empfiehlt sich ein wiederholtes Anbieten von nicht-invasiven Maßnah-

men und Therapiealternativen außerhalb der Zahnmedizin.

„Ihr Vorgänger hatte es fast geschafft. Als dann fast alles in Ordnung war, wollte er am Ende aber nicht mehr da schleifen, wo ich es ihm gesagt habe.“

Es bleibt stets zu beachten, dass bei Vorliegen einer OD therapeutische Maßnahmen an der Okklusion keinen dauerhaften Erfolg bringen. Häufig werden nach zunächst initialen Erfolgen die okklusalen „Korrekturen“ entweder wirkungslos sein oder gar zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen [14, 25]. Dies belastet in den meisten Fällen das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig. Werden invasive Eingriffe auf bloßen Wunsch der Betroffenen durchgeführt, obwohl das geschilderte Befinden nicht durch etablierte zahnärztliche Maßnahmen als Befund objektiviert werden kann, verlässt man schlichtweg das Feld der Regeln der zahnärztlichen Kunst. In einem etwaigen späteren Streitfall gibt es für ein solches Handeln keine plausible Begründung. Vor dem Hintergrund der aktuellen Leitlinie [1] ist zu erwarten, dass zukünftig in Rechtsstreitigkeiten die Frage nach einer differenzialdiagnostischen Abgrenzung zwischen einer OD und einer Okklusopathie eine zentrale Rolle spielen könnte.

Klinische Unterscheidung zwischen einer Okklusopathie und einer okklusalen Dysästhesie	
Okklusopathie	Okklusale Dysästhesie
<ul style="list-style-type: none">• Störende Zahnkontakte in statischer und/oder dynamischer Okklusion (Befund = Befinden)• Durch Behandlung der Ursache (muskulär, arthrogen, skelettal, okkusal) gut therapierbar	<ul style="list-style-type: none">• Vermeintlich störende Zahnkontakte in statischer und/oder dynamischer Okklusion (Befund ≠ Befinden), die häufig für (mehrere) andere unspezifische Körperbeschwerden verantwortlich gemacht werden.• Änderung der okklusalen Kontakte führen <u>nicht</u> zu einer dauerhaften Symptomlinderung

Abbildung 2 Klinische Unterscheidung zwischen einer Okklusopathie und einer okklusalen Dysästhesie (modifiziert nach [1])

Da die Datenlage in Bezug auf das Management von Patienten mit OD sehr begrenzt ist, liegt den folgenden Ausführungen lediglich ein aus der Leitlinie hervorgehender expertenbasierter Konsensus zugrunde. Im Falle einer OD ist als primäres Ziel von therapeutischen Bemühungen die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität über eine umfangreiche Aufklärung und Defokussierung zu nennen [3, 21]. Dies gelingt nur, wenn ein beiderseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht, d.h. der Zahnarzt nimmt den Patienten ernst und der Patient ist von der Kompetenz des Behandlers überzeugt. Die generelle Empfehlung, konfrontative Gesprächssituationen mit den Patienten zu vermeiden und im Sinne einer Informationstherapie wiederholt alternative Wege aus den vom Patienten gewohnten Deutungen seiner körperlichen Wahrnehmung anzubieten, ist mit Sicherheit eine sinnvolle und hilfreiche, jedoch vor dem Hintergrund der Abrechnungsmodalitäten zumindest für in Deutschland ansässige Zahnärzte ein schwer zu leistender Weg. Aufgrund der oben genannten Kofaktoren der OD wird an dieser Stelle nochmals die Bedeutung eines psychologischen bzw. psychiatrischen Therapieansatzes deutlich. Als zentraler Aspekt der Informationstherapie soll dem Patienten seine im Vergleich mit Gesunden übersteigerte Wahrnehmung bezüglich seiner okklusalen Kontaktsituation verdeutlicht werden [13]. Viele der Patienten neigen dazu, ständig ihre Okklusion in

Form von statischen und dynamischen Beißaktivitäten zu „überprüfen“, was den Fokus verstärken kann und zusätzlich einen Risikofaktor für eine CMD darstellt [4, 10, 20], da gerade Beißaktivitäten mit geringer Kraft und längerer Dauer Schmerzen innerhalb der Kiefermuskulatur auslösen können [7]. Daher sollte im Fall des Vorliegens von myofaszialen Schmerzen eine Aufklärung mit dem Ziel der Vermeidung des bewussten Überprüfens der Okklusion erfolgen.

Eine invasive okklusale Therapie ist nicht empfehlenswert. Die Anwendung oraler Schienen wird in der Literatur kritisch diskutiert und, wenn überhaupt, als kurzfristige Therapie im Sinne einer Reizreduktion und damit eventuell möglichen Defokussierung empfohlen [6, 9, 25].

Anhand des Beispiels einer betroffenen Patientin, die ursprünglich bereits seit Jahren den Wunsch nach einer umfassenden (nicht indizierten) prothetischen Sanierung aller Zähne des Ober- und Unterkiefers verfolgte, sollen die gerade angeführten therapeutischen Überlegungen erläutert werden. Durch Gesprächstherapie zur Defokussierung lernte die Patientin, das Krankheitsbild der OD zu akzeptieren. Aufgrund der noch immer gesteigerten Wahrnehmung in Bezug auf die Okklusion adjustiert die Patientin seither die von einem der Autoren für den Unterkiefer angefertigte Okklusionsschiene – ohne zahnärztlichen Rat, also im Sinne einer Selbsttherapie – durch gezieltes „Unterlegen“ mittels weniger kleiner „Zellstoffstopps“, sodass ihr nach eigenen Angaben ein

Weg zurück in ein normales und nicht mehr durch die Okklusion dominiertes Alltagsleben möglich wurde. Dieses Beispiel soll nicht als bevorzugte Form der Schientherapie bei OD Schule machen, ist aber ein Beleg dafür, dass häufig auch Teilerfolge für die Patienten den Schritt zurück in ein normales Leben bedeuten können.

Kognitives Verhaltenstraining mit dem Ziel einer Veränderung der Wahrnehmung bezüglich der okklusalen Kontaktsituation wird von vielen Autoren als empfehlenswerter Therapiearm befürwortet [2, 6, 9, 13, 18, 21, 26]. Wie bereits oben erwähnt, sollten komorbide psychische Begleitfaktoren entsprechend fachärztlich behandelt werden. In Deutschland kann dieser Weg mangels Zuweisungsbefugnis nicht über den Zahnarzt eingeleitet werden, sondern erfolgt in der Regel über den Hausarzt. Dabei ist es jedoch wichtig, den Patienten von zahnärztlicher Seite mit einem erläuternden Befundbericht auszustatten.

Im Hinblick auf eine eventuell mögliche Pharmakotherapie lehrt der klinische Alltag, dass viele Patienten diese aus Mangel an einem spezifisch wirkenden Medikament und vor dem Hintergrund der hier häufig eingesetzten Antidepressiva oder Neuroleptika ablehnen.

Analog zur Behandlung chronischer Schmerzen könnte die Empfehlung von körperlicher Bewegung eine vielversprechende Therapieoption bei der Behandlung der OD sein. Je nach körperlicher Konstitution der Patienten können u.a. Waldspaziergänge, Tanzen, Yoga oder Ausdauersportarten als Beispiele genannt werden. Körperliche Aktivität in der Gruppe kann dabei gleichzeitig auch als ein Weg der sozialen Reaktivierung genutzt werden.

Ergebnis/Schlussfolgerung

„Ich dachte, Sie seien ein Experte, aber scheinbar haben Sie auch keine Ahnung!“

Das Beschwerdebild der OD ist Ausdruck einer funktionellen Erkrankung. Daher ist die OD durch zahnärztliche Maßnahmen nicht zielführend behandelbar, sondern bedarf einer weiterführenden fachärztlichen Betreuung. Bei Verdacht auf eine OD

sollte eine Differenzialdiagnose zur Okklusopathie vorgenommen werden. Es ist ratsam, ergänzend validierte Fragebögen (Tab. 2) als Screening auf unspezifische Risikofaktoren einzusetzen, um die Dimensionen des Krankheitsbildes besser erfassen zu können. Auf der Basis ihrer klinischen Erfahrungen stellen die Autoren fest, dass sich ein großer Anteil der Patienten den in diesem Artikel dargestellten therapeutischen Bemühungen aus Überzeugung entziehen und die Suche nach einem vermeintlichen Spezialisten fortsetzen, der mit invasiven Therapiemethoden das Problem im Sinne des Patienten vollumfänglich lösen kann.

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

- Ahlers MO, Hugger A, Imhoff B et al.: S1-Leitlinie „Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management“ (Stand Juli 2019) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-0371_S1_Okklusale-Dysaesthesie-Diagnostik-Management_2019-10.pdf (letzter Zugriff am 06.07.2020)
- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JJ et al.: Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1512–1517
- Bartilotta BY, Galang-Boquiren MT, Greene CS: Nonpainful phantom sensations in dentistry: an update of etiologic concepts. *Gen Dent* 2014; 62: 19–21
- Chen CY, Palla S, Erni S, Sieber M, Gallo LM: Nonfunctional tooth contact in healthy controls and patients with myogenous facial pain. *J Orofac Pain* 2007; 21: 185–193
- Chow JC, Cioffi I: Effects of trait anxiety, somatosensory amplification, and facial pain on self-reported oral behaviors. *Clin Oral Investig* 2019; 23: 1653–1661
- Clark G, Simmons M: Occlusal dysesthesia and temporomandibular disorders: is there a link? *Alpha Omegan* 2003; 96: 33–39
- Farella M, Soneda K, Vilmann A, Thomsen CE, Bakke M: Jaw muscle soreness after tooth-clenching depends on force level. *J Dent Res* 2010; 89: 717–721
- Hanke BA, Motschall E, Türp JC: Bein, Becken, Kopf, Wirbelsäule und zahnmedizinische Befunde – welches Evidenzniveau liegt vor? *J Orofac Orthop* 2007; 68: 91–107
- Hara ES, Matsuka Y, Minakuchi H, Clark GT, Kuboki T: Occlusal dysesthesia: a qualitative systematic review of the epidemiology, aetiology and management. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 630–638
- Huang GJ, LeResche L, Critchlow CW, Martin MD, Drangsholt MT: Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). *J Dent Res* 2002; 81: 284–288
- Imhoff B, Ahlers MO, Hugger A et al.: Occlusal dysesthesia – a clinical guideline. *J Oral Rehabil* 2020; 47: 651–658
- Imhoff B, Hugger A, Schmitter M: Risikofaktoren für den Behandlungserfolg bei CMD-Patienten. *J Craniomand Func* 2017; 9: 303–312
- Jagger RG, Korszun A: Phantom bite revisited. *Br Dent J* 2004; 197: 241–243
- Kelleher MG, Rasaratnam L, Djemal S: The paradoxes of phantom bite syndrome or occlusal dysaesthesia ('dysesthesia'). *Dent Update* 2017; 44: 8–12, 15–20, 23–14, 26–18, 30–12
- Klineberg I: Occlusion as the cause of undiagnosed pain. *Int Dent J* 1988; 38: 19–27
- Ligas BB, Galang MT, BeGole EA, Evans CA, Klasser GD, Greene CS: Phantom bite: a survey of US orthodontists. *Orthodontics (Chic.)* 2011; 12: 38–47
- Manfredini D, Castroflorio T, Perinetti G, Guarda-Nardini L: Dental occlusion, body posture and temporomandibular disorders: where we are now and where we are heading for. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 463–471
- Marbach JJ: Psychosocial factors for failure to adapt to dental prostheses. *Dent Clin North Am* 1985; 29: 215–233
- Melis M, Zawawi KH: Occlusal dysesthesia: a topical narrative review. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 779–785
- Michelotti A, Cioffi I, Festa P, Scala G, Farella M: Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 157–162
- Mitrirattanakul S, Hon T, Ferreira J: Occlusal dysesthesia and dysfunction. In: Ferreira J, Friction J, Rhodus N (Hrsg): *Orofacial disorders: current therapies in orofacial pain and oral medicine*. Springer International Publishing, Cham 2017
- Oguchi H, Yamauchi Y, Karube Y, Suzuki N, Tamaki K: Occlusal dysesthesia: a clinical report on the psychosomatic management of a Japanese patient cohort. *Int J Prosthodont* 2017; 30: 142–146
- Palla S, Klineberg I: Occlusion and adaptation to change: neuroplasticity and its implications for cognition. In: Klineberg I, Eckert S (Hrsg): *Functional occlusion in restorative dentistry and prosthodontics*. Elsevier Mosby, St. Louis 2016, 43–53
- Reeves JL, 2nd, Merrill RL: Diagnostic and treatment challenges in occlusal dysesthesia. *J Calif Dent Assoc* 2007; 35: 198–207
- Tamaki K, Ishigaki S, Ogawa T et al.: Japan Prosthodontic Society position paper on „occlusal discomfort syndrome“. *J Prosthodont Res* 2016; 60: 156–166
- Tinastepe N, Kucuk BB, Oral K: Phantom bite: a case report and literature review. *Cranio* 2015; 33: 228–231
- Toyofuku A, Kikuta T: Treatment of phantom bite syndrome with milnacipran – a case series. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2006; 2: 387–390
- Türp JC, Schindler H: The dental occlusion as a suspected cause for TMDs: epidemiological and etiological considerations. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 502–512



(Foto: D. Hellmann)

PD DR. MED. DENT.
DANIEL HELLMANN
 Akademie für Zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
 Lorenzstraße 7, 76135 Karlsruhe
daniel_hellmann@za-karlsruhe.de