

Anne Wolowski

Ist der Begriff somatoforme Prothesenunverträglichkeit noch zeitgemäß?*

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Patienten mit persistierenden diffusen Beschwerden können das zahnärztliche Team in hohem Maße belasten. Durch den Leidensdruck der Betroffenen ist das Risiko groß, dass alle Beteiligten in einen diagnostischen und therapeutischen Amoklauf geraten. Der Beitrag soll im Sinne eines narrativen Reviews, ausgehend von bisher bekannten Diagnosen und auf Basis einer praxisorientierten selektiven Literatursammlung, einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse geben, diese einordnen und Empfehlungen für eine Differenzierung und strukturierte Vorgehensweise aufzeigen.

Einleitung: Das Krankheitsbild der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“ umfasste bisher ein breites Spektrum an Betroffenen mit diffusen Beschwerdebildern.

Material und Methoden: Mittlerweile sind neue zahnmedizinische Krankheitsbilder beschrieben, sodass eine Differenzierung möglich ist. Zu nennen sind diesbezüglich das Mundschleimhautbrennen/Burning-Mouth-Syndrom (BMS), die atypische Odontalgie (persistierender [idiopathischer] dentoalveolärer Schmerz) und die okklusale Dysästhesie. Diese Krankheitsbilder lassen sich einordnen unter die 2015 neu eingeführte Diagnose der „somatischen Belastungsstörung“, welche gekennzeichnet ist durch eine mehr als 6-monatige Beschwerdedauer, der intensiven Beschäftigung der Betroffenen mit den Beschwerden und einer deutlich eingeschränkten Alltagskompetenz. Die bisherige Diagnose der somatoformen Prothesenunverträglichkeit kann als eine Untergruppe zahnmedizinisch-spezifischer Erkrankungen im Sinne einer somatischen Belastungsstörung verstanden werden.

Schlussfolgerung: Aufgrund der bisher vorliegenden klinischen Erfahrung darf man davon ausgehen, dass diese Diagnose zukünftig insbesondere auf Patienten zutreffen wird, die in der Regel mit Zahnersatz (feststehend und/oder herausnehmbar) objektiv gut versorgt sind, jedoch damit Schwierigkeiten haben und im Sinne einer somatischen Belastung dadurch auffällig werden. Eine für alle Krankheitsbilder notwendige strukturierte Vorgehensweise im Sinne der initialen und erweiterten Grundversorgung beschreibt die S3 AWMF-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“.

Schlüsselwörter: somatoforme Prothesenunverträglichkeit; Burning-Mouth-Syndrom; okklusale Dysästhesie; atypische Odontalgie; somatische Belastungsstörung; funktionelle Körperbeschwerden

Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Westfälische Wilhelms-Universität, Universitätsklinikum Münster – Zentrum ZMK, Münster: PD Dr. Anne Wolowski
*Deutsche Version der englischen Erstveröffentlichung von Wolowski A: Is the concept of somatoform prosthesis intolerance still up to date? Dtsch Zahnärztl Z Int 2021; 3: 32–39

Zitierweise: Wolowski A: Ist der Begriff somatoforme Prothesenunverträglichkeit noch zeitgemäß? Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 40–48

Peer-reviewed article: eingereicht: 10.07.2020, revidierte Fassung akzeptiert: 18.09.2020

DOI.org/10.3238/dzz.2021.0004

Is the concept of somatoform prosthesis intolerance still up to date?

Introduction: Until recently “somatoform prosthesis intolerance” covered a wide range of patients with diffuse symptoms.

Material and Methods: Meanwhile, new dental conditions have been established so that it is possible to differentiate among Burning Mouth Syndrome (BMS), atypical odontalgia (persisting [idiopathic] dental alveolar pain), occlusal dysesthesia, and somatoform prosthesis intolerance. These clinical pictures can be categorized under diagnosis of “somatic symptom disorders”, which was newly established in 2015. It is marked by a duration of symptoms of more than 6 months, intense preoccupation with those symptoms, and a significantly reduced capability to cope with everyday life. The formerly used diagnosis “somatoform prosthesis intolerance” can likewise be understood as a subcategory of specific dental somatic symptom disorder.

Conclusion: Based on available clinical experience it can be assumed that this diagnosis will be particularly applicable for patients that are equipped with objectively well-fitting fixed and/or removable dentures but experience difficulties with them and therefore attract attention with somatic stress symptoms. A structured approach is necessary for initial and basic treatment. This is described by the S3-guideline “functional disorders”.

Keywords: somatoform prosthesis intolerance; burning mouth syndrome; occlusal dysesthesia; atypical odontalgia; somatic stress disorder; functional disorders

Rückblick

Bereits 1921 beschrieben Moral und Ahnemann [33] in einer Abhandlung über Grenzfälle den Krankheitsverlauf einer 50-jährigen Patientin, die über Zungenschmerzen klagte: „Ihre Darstellung hat den Anschein der Unklarheit, der Verschwommenheit, des Sprunghaften ... Zeigten sich einmal die Schmerzen auf der rechten Zungenseite, traten sie bei der Untersuchung der anderen Zungenseite [...] plötzlich auch hier auf [...], sodass der Schmerz also mit Leichtigkeit von einem Nervengebiet in das andere [...] hinüber geleitet werden kann.“ Für die beklagten Beschwerden fanden die Autoren klinisch keine therapiebedürftigen Auffälligkeiten. Die Prothesen bezeichneten sie kunstgerecht gearbeitet und gut okkludierend, der Karerntest war negativ in dem Sinne, dass die Patientin auch ohne integrieren Zahnersatz über gleiche Beschwerden klagte. Die Autoren betonen in diesem Zusammenhang die Nutzlosigkeit

und vor allem Schädlichkeit unzähliger Behandlungsversuche, die in der Regel eine Chronifizierung zur Folge haben. Der Wunsch, den gequälten Patienten zu helfen, führt ihrer Meinung nach zu therapeutischen Irrtümern und Missgriffen. Einer gezielten somatischen Ausschlussdiagnostik, gegebenenfalls interdisziplinär, messen sie große Bedeutung bei. Sie sehen es keineswegs als Aufgabe des Zahnarztes an, die – wie sie sie bezeichnen – Hysterie zu behandeln, wohl aber eine notwendige zahnärztliche Behandlung vorzunehmen. Auf die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei dem mannigfaltigen und facettenreichen Krankheitsbild weisen sie insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache hin, dass für rein zahnärztliche Routinemaßnahmen in der Regel eine „... oberflächige Aufnahme der Anamnese genügt“, womit die von ihnen dargestellten Grenzfälle zu meist jedoch nicht erkennbar sind. Das Krankheitsbild der „Hysterie“,

welches nach Moral und Ahnemann „... auf einer Störung der normalen Beziehung zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht“ und für welches sie als Grundbedingung festhalten, „... dass die Hysterie eine Erkrankung der Seelenfunktion ist und dass hier die Behandlung einzusetzen hat ...“, wurde 1859 bereits von dem französischen Arzt Briquet [5] in seinem Werk „Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie“ beschrieben. Ähnlich wie Moral und Ahnemann [33] mithilfe von Fallbeispielen das Krankheitsgeschehen zu analysieren versuchen, findet man auch bei ihm eine deskriptive Vorgehensweise. Er listet eine Vielzahl von körperlichen und seelischen Symptomen auf, die bei „hysterisch“ Kranken in Form eines hervortretenden Leitsymptoms oder in Kombination mehrerer Beschwerden, möglicherweise im Wechsel mit unterschiedlicher Gewichtung und Intensität, auftreten. Die Arbeiten von Briquet wurden in der Folgezeit von vielen Autoren aufgegriffen. Im Wesentlichen unter Mitwirkung von Guze [17–19] wurde der Versuch unternommen, seine Beobachtungen zu systematisieren. Mit Einführung des DSM-III im Jahre 1980 [3] wurde das Briquet-Syndrom als Gerüst des Prototyps der Somatisierungsstörung erstmals als eigenständige Kategorie in ein klinisch verbindliches Klassifikationssystem aufgenommen.

Müller-Fahlbusch und Marxkors [30] prägten den Begriff der „psycho-genen Prothesenunverträglichkeit“, eine Bezeichnung, die Peterhans [36] bereits 1948 verwendet hatte. Müller-Fahlbusch und Marxkors verstehen auf Basis eines im Jahre 1976 durchgeführten interdisziplinären Forschungsprojektes [39] darunter, „Beschwerden, die nicht ins Bild der jeweiligen Befundsituation passen. Die Beschwerden sind mehr allgemeiner Art, wenig griffig und lassen keine oder zumindest keine direkten Schlüsse auf einen Mangel der prothetischen Arbeit zu“ [31, 34]. Während Marxkors den Begriff im prothetischen Kontext sah, erweiterte Müller-Fahlbusch diese Sichtweise um psychiatrische Aspekte. Im Rahmen der interdisziplinären Studie diagnostizierte er bei 57 % der wegen psycho-

Diagnostische Kriterien einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit nach Müller-Fahlbusch

1.	Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Grenzen
2.	Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den uns aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen
3.	Ex non juvantibus (eine normalerweise hilfreiche Behandlung führt nicht zum Erfolg)
4.	Ungewöhnliche Mitbeteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen
5.	Koinzidenz von biografisch-situativen Ereignissen und Beginn der Beschwerden

Tabelle 1 Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit nach Müller-Fahlbusch [34]

gener Prothesenunverträglichkeit betreuten Patienten eine phasische und chronische Depression, bei 21 % eine abnorme Persönlichkeitsstörung, bei 19 % eine abnorme Erlebnisreaktion. Etwa 3 % der Patienten ordnete er in die Gruppe der Schizophrenien ein. Erst im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit entwickelte sich eine Sichtweise im Sinne der psychosomatischen Diagnostik, welche vor allem Ausdruck fand in jenem von Müller-Fahlbusch [34] zusammengestellten Katalog von 5 diagnostischen Kriterien zur Erkennung psychosomatisch auffälliger Patienten (Tab. 1).

Müller-Fahlbusch misst dem Behandlungszeitpunkt einer möglicher-

weise notwendigen somatischen Therapie eine besondere Bedeutung bei und zeigt Empfehlungen auf, wie mit diesen Patienten umzugehen ist. So empfiehlt er ebenso wie Haneke [20] die Verordnung von Psychopharmaka, in der Regel Antidepressiva. Balcers [4] rät zu einer psychologischen Betreuung der Erkrankten, die ihnen helfen soll, den Zahnverlust ins Positive zu kehren. Marxkors [31] warnt im Umgang mit schwierigen Patienten vor Überrumpelungen und davor, Behandlungen entgegen besserer Einsicht seitens des Zahnarztes über ein vertretbares Maß hinaus auszudehnen, nur weil dieses vom Patienten so gewünscht wird. Andere Autoren

[8, 48] empfehlen bei mit „Psychose behafteten Patienten“ zuerst feste Konstruktionen in Erwägung zu ziehen. Einig sind sich alle Autoren hinsichtlich einer dringend erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit.

2008 wurde die Bezeichnung „psychogene Prothesenunverträglichkeit“ durch den Begriff der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“ [13] ersetzt. Damit erfolgte die seit längerem notwendige Anpassung an die in der Allgemeinmedizin gebräuchliche Nomenklatur [12]. Neben dem Burning-Mouth-Syndrom, der somatoformen Schmerzstörung und der körperdysmorphen Störung (als Sonderform) stellt die somatoforme Prothesenunverträglichkeit eine für die Zahnmedizin relevante Untergruppe der somatoformen Störung dar: „Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ereignisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Ist aber irgendeine Organpathologie vorhandenen, dann erklärt sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“ Mit dieser Einordnung des Krankheitsbildes der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“ erhält das erste Kriterium nach Müller-

	Somatische(s) Symptom(e)	
Kriterium A	Belastend Zu Störungen des Alltagslebens führend	
	Psychologische Merkmale bezogen auf körperliche(s) Symptom(e)	
Kriterium B	Übertriebene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome	Kognitive Dimension
	Anhaltend stark ausgeprägte Ängste bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome	Emotionale Dimension
	Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome aufgebracht werden	Verhaltensdimension
Kriterium C	Symptombelastung länger als 6 Monate	

Tabelle 2 Somatische Belastungsstörung: Für die Diagnose nach DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen) müssen die Kriterien A, B (mindestens 1 von 3 psychologischen Dimensionen) und C erfüllt sein [11, 25].

Fahlbusch eine deutlich erweiterte Dimension. Während Müller-Fahlbusch die Diskrepanz auf anatomische Strukturen bezog – „ohne Anatomie geht auch in der ärztlichen Psychologie und Psychosomatik gar nichts“ [34] –, wird mit der Einbeziehung somatischer Befunde gefordert, dass die Beschwerden im Kontext möglicher, auch pathologischer Befunde hinsichtlich ihrer Art, Ausdehnung und Intensität bewertet werden müssen, um eine dann gegebenenfalls vorliegende Diskrepanz zu geklagten Beschwerden aufdecken zu können.

Merkmale einer „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob der Begriff der somatoformen Prothesenunverträglichkeit heute noch ausreichend präzise diese Patientengruppe zusammenfasst oder ob es mittlerweile weitere Klassifikationen/Einteilungen gibt, die eine genauere Unterscheidung und damit auch gezieltere behandlerische Optionen erlauben. Belastbare Zahlen, wer typischerweise von diesem Krankheitsbild betroffen ist, gibt es kaum. Studien [32, 39] konnten nachweisen, dass Frauen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren etwa 5-mal häufiger eine dafür spezialisierte Sprechstunde aufsuchen. Die von den Betroffenen geklagten Leitsymptome sind Schmerz, Mundschleimhautbrennen und Gewöhnungsstörungen (zumeist bezogen auf Zahnersatz und häufig speziell bezogen auf Zubisschwierigkeiten). Diese Symptome können lokalisiert auftreten oder auch weit über die Mundhöhle hinaus ausstrahlen. Sie werden dem Krankheitsverständnis der Betroffenen folgend ursächlich ausschließlich mit dem Mundbereich in Zusammenhang gebracht. In der Regel bestehen die Beschwerden länger als 6 Monate. Der Weg der Patienten auf der Suche nach Entlastung ist gekennzeichnet von unzähligen diagnostischen Prozeduren und Therapieversuchen („doctor hopping, doctor shopping“). Es ist nicht selten zu beobachten, dass Betroffene wie auch nahestehende Personen das gesamte Leben dem Diktat der Beschwerden unterwerfen und somit eine deutlich reduzierte Le-

Symptomliste	
• Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	
• Rückenschmerzen	
• Schmerzen in Armen, Beinen und Gelenken	
• Kopfschmerzen	
• Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	
• Schwindel	
• Müdigkeit oder Gefühl der Energielosigkeit	
• Schlafstörungen	
Schweregrad der somatischen Belastung	
0–3	Keine bis minimal
4–7	Gering
8–11	Mittelgradig
12–15	Hoch
16–32	Sehr hoch

Tabelle 3 Somatische Symptomskala zur Erhebung der somatischen Belastung (SSS 8) [28]. Es wird ein Summenscore von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „sehr stark“ gebildet auf die Beantwortung der Frage „wie stark die Beeinträchtigung durch die genannten Symptome während der vergangenen Woche war“.

bensqualität aufweisen. Begleitet werden diese Leitsymptome teils von Klagen über Mundtrockenheit oder Geschmackssirritationen. Die Beschwerden sind im Verlauf hinsichtlich ihrer Intensität individuell unterschiedlich und variabel. Diese Merkmale hinsichtlich Verlauf und Dauer, Krankheitsverständnis bzw. Beschäftigung mit den Beschwerden sind wesentliche Kriterien der neu in die Klassifikationen eingeführten Diagnose der „somatischen Belastungsstörung“, welche somit als übergeordnete Kategorie angesehen werden kann.

Somatische Belastungsstörung (SBS)

Unter einer SBS (engl.: Somatic Symptom Disorder, SSD) versteht man eine im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) neu eingeführte Klassifikation [7, 25, 26, 41].

Damit sollen jene ca. 30 % Patienten in der Grundversorgung diagnostisch erfasst werden, die sich durch bestehende körperliche Symptome erheblich bis stark belastet und im Alltag aufgrund dieser Beschwerden eingeschränkt fühlen. Zur Stellung dieser Diagnose ist es unerheblich, ob die in Tabelle 2 genannten Merkmale durch eine somatische und/oder psychische Ursache ausgelöst wurden. Der Schweregrad der Belastung wird in der allgemeinen Medizin über eine 8 Symptome umfassende Skala (SSS 8) mit entsprechenden Punktwerten bestimmt [16, 28] (Tab. 3).

Typische zahnmedizinische Symptome werden bisher im SSS 8 nicht erfasst. Zur Einschätzung einer möglicherweise grundsätzlich bestehenden Problematik kann diese Symptomskala im Kontext allgemeinmedizinischer Fragen jedoch durchaus

Krankheitsbild	Burning-Mouth-Syndrom	Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz	Atypische Odontalgie	Okklusale Dysästhesie
Diagnosekriterien	<ul style="list-style-type: none"> – tägliches Brennen/brennender Schmerz oder Dysästhesiegefühl – > 3 Monate – mind. > 2 Stunden täglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Schmerz nahezu ganztägig – allenfalls geringe Beeinträchtigung des Nachtschlafs 	<ul style="list-style-type: none"> – Tagesschmerz, kurz bis lang anhaltend – unbeeinträchtigter Nachtschlaf – > 4 Monate – spontaner Beginn, der (oft) zeitlich verzögert sein kann nach Traumatisierung eines peripheren trigeminalen Nervs (risikoerhöhend ist ein Schmerzerleben während einer solchen Maßnahme) 	<ul style="list-style-type: none"> – Wahrnehmung nur im Wachzustand
	<ul style="list-style-type: none"> – Frauen – > 50 Jahre – Reduzierte Lebensqualität – Zunahme der Intensität im Tagesverlauf 	<ul style="list-style-type: none"> – fluktuierende Intensität – allenfalls noch anfangs anatomisch begrenzte Ausdehnung – „merkwürdiges“ Krankheitsverursachungsmodell 	<ul style="list-style-type: none"> – diffuse Ausbreitungstendenz – variable Intensität – Schmerzverstärkung durch periphere Reize – Allodynie/Hyperalgesie – unsichere Schmerzausschaltung – ex non iuvantibus 	<ul style="list-style-type: none"> – „okkusal fixiertes“ Krankheitsmodell – intensive Beschäftigung mit der Störung – Chronifizierungstendenz mit vielen erfolglosen den Regeln der Kunst entsprechenden Okklusionsveränderungen – abwertende Beurteilung von Vorbehandlern – Verherrlichung des aktuellen Behandlers – psychosoziale Belastungen/Beinträchtigung zu Beginn und/oder im Verlauf – weitere körperliche Beschwerden zumeist ohne objektivierbare Ursache und plausiblen Therapieabläufen
	<ul style="list-style-type: none"> – keine lokalen/allgemein-medizinischen und psychischen Ursachen 	<ul style="list-style-type: none"> – keine relevanten pathologischen Befunde 	<ul style="list-style-type: none"> – fehlende adäquate pathologische Befunde 	<ul style="list-style-type: none"> – keine relevanten Störungen der Okklusion
Screening/Untersuchungsbögen (sofern verfügbar)		Schmerztagebuch hinsichtlich Modulationsfaktoren, Entlastungsmöglichkeiten und Begleitsymptomatik		<ul style="list-style-type: none"> – Chronifizierung: GCS [43, 45]. – Angst, Depression: HADS [21]; PHQ-4 [27]; DASS [20,34]. – emotionaler Stress: SRRS [1, 22]; – Somatisierung: BL-R/BL-R' [46] – Schmerzlokalisationen: Ganzkörperzeichnung [42] aller bestehenden Schmerzgebiete.

Tabelle 4 Typische Merkmale, Screeningmöglichkeiten, Differenzialdiagnosen und Aufklärungshilfen bei diffus erscheinenden Krankheitsbilder im orofazialen Bereich.

auch in einer zahnärztlichen Sprechstunde abgefragt werden. Damit besteht die Chance, in diese Richtung weisende Tendenzen und damit die Gefahr einer Ausweitung auf den Kie-

fer-Gesichtsbereich durch gegebenenfalls notwendige zahnmedizinische Maßnahmen frühzeitig zu erkennen und entsprechend darüber aufzuklären. In Abhängigkeit von der Schwere

der Störung muss entschieden werden, ob eine „Risikoaufklärung“ durch den Zahnarzt ausreichend ist oder ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden sollte. Für eine solche

Krankheitsbild	Burning-Mouth-Syndrome	Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz	Atypische Odontalgie	Okklusale Dysästhesie
Differenzialdiagnosen (Screening, sofern verfügbar)	sekundäres Mundschleimhautbrennen	neuropathischer Schmerz (ggf. ausgelöst durch Operationen in der angegebenen Schmerzregion)	dentogene Ursachen	objektivierbare Okklusionsstörung craniomandibuläre Dysfunktion/Bruxismus CMD-Screening https://www.dgfdt.de/documents/266840/3732097/CMD-Screening+DGFDt/cc704187-a983-4eed-893c-614ae3969bd1 Bruxismus-Screening https://www.dgfdt.de/documents/266840/3732097/Bruxismus+Screening+02_20/8039b42a-9640-47e9-bd9f-0717a3c4d423 Funktionsstatus https://www.dgfdt.de/documents/266840/406693/Erfassungsfomular+Funktionsstatus+2012/1d692d7a-bf94-4509-9035-a091a82d58f7?version=1.0
Unterstützende Aufklärung (sofern verfügbar, abrufbar über DGZMK: https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/patienteninformationen/)	https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10157/903264/Zungen-und_Schleimhautbrennen/	https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10157/1129556/268572_1567299_Chronischer+Kiefer-+und+Gesichtschmerz.pdf		https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10165/1430990/PI+Bruxismus-final.pdf https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10157/1129556/268572_1567355_Kiefergelenkschmerz.pdf/

Tabelle 4 Fortsetzung Typische Merkmale, Screeningmöglichkeiten, Differenzialdiagnosen und Aufklärungshilfen bei diffus erscheinenden Krankheitsbildern im orofazialen Bereich

Entscheidung kann es hilfreich sein, relevante zahnmedizinische Krankheitsbilder zu differenzieren. Die Notwendigkeit dieser Differenzierung ergibt sich auch daraus, dass ein interdisziplinäres Setting mitbehandelnder „Nichtzahnmediziner“ eindeutige Angaben zum zahnmedizinischen Kontext benötigt.

Zahnmedizinische Krankheitsbilder mit diffus erscheinender Symptomatik

Zahnmedizinische Krankheitsbilder innerhalb der Gruppe der somatischen Belastungsstörungen lassen sich durch

eine beschwerdebezogene Einteilung differenzieren. Die Leitsymptome sind Mundschleimhautbrennen, Schmerz und okklusale „Störungen“.

Mundschleimhautbrennen: Scala et al. [40] unterscheiden das sekundäre Mundschleimhautbrennen als Folge einer diagnostizierbar zugrundeliegenden zahnmedizinischen, allgemeinmedizinischen, einschließlich psychischen Erkrankung/Störung vom idiopathischen Mundschleimhautbrennen, welches als BMS zu diagnostizieren ist [47]. Entsprechend der aktuell gültigen Definitionen [24] basiert die Diagnose BMS somit auf ei-

ner Ausschlussdiagnostik. Die verschiedenen aktuellen Definitionen bezüglich des BMS unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Angabe zur Gesamtdauer und dem tageszeitlichen Verlauf. Da in der Literatur in vielen Studien BMS nicht immer gleich definiert wurde, lässt sich bezogen auf psychische Faktoren nicht durchgängig unterscheiden, ob diese als Ursache für ein sekundäres Mundschleimhautbrennen verantwortlich sind oder ob psychische Faktoren als Folge eines (idiopathischen) BMS auftreten. Genannt werden Angstzustände bis hin zur Krebsphobie, was bei ca. 20 %

Initiale Grundversorgung		Erweiterte Grundversorgung	
Bei milder Verlaufsform		Bei wiederholter Vorstellung und „Doctor-hopping-Tendenz“	
Erkennen	Ausführliche Anamneseerhebung <ul style="list-style-type: none"> – Hauptsymptomatik – Begleitsymptomatik – Beeinträchtigungen – Patientenverhalten – Befunderhebung – Vorbefunde einfordern – Redundanzen vermeiden – weitere Untersuchungen mit zurückhaltender und strenger Indikationsstellung 	Simultandiagnostik	Zur Betonung der Gleichwertigkeit körperlicher und psychosozialer Einflussfaktoren <ul style="list-style-type: none"> – Cave: „Patientendruck“ nicht aufgreifen, „Entschleunigen“ – zielorientiertes klares Setting – keine technischen Zusatzuntersuchungen zur Beruhigung des Patienten – Normalbefunde erklären – Prognose/Risiken bei einseitiger somatischer Betrachtungsweise aufzeigen
Beruhigen	Bewerten der Befunde und Risiken <ul style="list-style-type: none"> – Ankündigung „erwartbarer“ Normalbefunde – keine Verharmlosung, Krankheitsmodell um psychosoziale Sichtweise erweitern 	Bewältigung	– biopsychosoziales Erklärungsmodell ausgehend von subjektiver Erkrankungstheorie z.B. anhand individueller Verstärker, Modulationsfaktoren wie auch Entlastungsmöglichkeiten gemeinsames „erarbeiten“ <ul style="list-style-type: none"> – Erwartungshaltung klären und ggf. korrigieren – Eigenverantwortlichkeit betonen, „aktive“ Bewältigungsstrategien entwickeln – regelmäßige beschwerdeunabhängige Termine
Beraten	<ul style="list-style-type: none"> – „ernst nehmen“ – Glaubwürdigkeit betonen – positive Ressourcen herausarbeiten 	Ggf. Interdisziplinäre Kooperation einleiten	<ul style="list-style-type: none"> – transparente Befundfeststellung – motivieren, psychosoziale Therapieoptionen in Anspruch zu nehmen – zahnmedizinische Befunde zur Vermeidung polypragmatischen Vorgehens „überwachen“
Unterstützende Aufklärung	https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001p3_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2020-01.pdf		
Therapeutische „Begleitung“	Abwartendes Offenhalten		

Tabelle 5 Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen [in Anlehnung an 37]

(Tab. 1–5: A. Wolowski)

der BMS-Patienten zu beobachten ist. Als weitere Diagnosen werden Depression und Somatisierungsstörungen genannt [2, 6, 14, 27, 29, 37] (Tab. 4).

Schmerz im Sinne eines anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes (Persistent Idiopathic Facial Pain [PIFP]/Atypische Odontalgie (persistierender [idiopathischer] dentoalveolärer Schmerz): Unter PIFP versteht man einen Schmerz, der nicht die Kriterien einer Gesicht neuralgie erfüllt und nicht mit Zeichen einer organischen Läsion assoziiert ist. „Der Schmerz ist täglich vorhanden, überwiegend kontinuierlich, einseitig und schlecht lokalisierbar. Sensibilitätsstörungen oder andere Ausfälle liegen nicht vor. Zusatz-

untersuchungen inklusive Röntgen diagnostik von Gesicht und Kiefer sind unauffällig. Eine Verletzung oder Operation von Gesicht, Kiefer und Zähnen kann den Schmerz ausgelöst haben, aktuell darf jedoch kein pathologischer Lokalbefund zu erheben sein“ [10]. Damit handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose [15].

Als lokalisierte Form des PIFP wird die atypische Odontalgie beschrieben, bei welcher ein dem Phantomschmerz vergleichbarer Pathomechanismus eines neuropathologischen Dauerschmerzes angenommen wird [15, 44]. Aufgrund fehlender pathologischer Befunde handelt es sich hierbei auch um eine Ausschlussdiagnose-

tik. Als Risiko- bzw. Auslösefaktoren werden endodontische Eingriffe oder eine schmerzhaft erlebte zahnärztliche Behandlung vor einer Zahnextraktion beschrieben (Tab. 4).

Okklusale Dysästhesie: Das Krankheitsbild der okklusalen Dysästhesie (OD) beschreibt das Phänomen, dass Patienten über Beschwerden, ausgehend von der Okklusion klagen, die klinisch in keiner Weise objektivierbar sind. Die Betroffenen sind zumeist psychosozial belastet und weisen Merkmale einer Depression und/oder Angststörung auf. Sie sind in hohem Maße bis ausschließlich fokussiert auf eine somatische/okklusale Ursache ihres Leidens, und jeder noch so objek-

tiv den Regeln der Kunst entsprechende Therapieversuch bei zumeist wechselnden Behandlern führt fast regelhaft zu einer Intensivierung der Beschwerden. Das für dieses Krankheitsbild in der Literatur beschriebene mittlere Alter wird mit 52 Jahren (plus/minus 11 Jahren) angegeben, was auch der klinischen Erfahrung im Rahmen spezialisierter Sprechstunden entspricht. Als ätiologische Faktoren werden psychopathologische Ursachen, Neuroplastizität, Phantomphänomene und Veränderungen der propriozeptiven Reize und ihrer Übertragung diskutiert [9] (Tab. 4).

Strukturierte Vorgehensweise

Angesichts der zumeist komplexen und diffusen Beschwerdeproblematik und auch des Leidensdrucks der Betroffenen gilt es als oberstes Ziel, möglichst frühzeitig alle Einflussfaktoren zu identifizieren und umfassend darüber aufzuklären, damit Betroffene in dem weiteren diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Prozess aktiv eingebunden sind. Die 2019 veröffentlichte Leitlinie zu „funktionellen Körperbeschwerden“ [37], die ausdrücklich das Krankheitsbild der somatischen Belastungsstörung in das Spektrum der darunter zusammengefassten Krankheitsbilder einbezieht, gibt eine strukturierte Vorgehensweise vor. Diese orientiert sich an der Schwere des Verlaufs und wird eingeteilt in eine immer notwendige initiale Grundversorgung und eine erweiterte Grundversorgung bei längeren Krankheitsverläufen sowie eine multimodale Behandlungsphase angesichts schwerer Verläufe, wobei es sich gerade bei solchen Verläufen in der zahnärztlichen Praxis als große Schwierigkeit erweist, Betroffene einer multimodalen Therapie zuzuleiten. In diesem Kontext sollte betont werden, dass die weitere zahnmedizinische Behandlungsbegleitung in jedem Fall aufrechterhalten werden sollte und kein Entweder-/oder-Prinzip eingeleitet wird mit der Überweisung in andere Fachdisziplinen. Die Problematik sollte zum besseren gegenseitigen Verständnis für Mitbehandler und dem Patienten schriftlich dargelegt werden. Hier gilt der Grundsatz der maximalen Transparenz. Dies setzt eine tragfähige

und somit belastbare Arzt-Patienten-Beziehung voraus, die durch eine strukturierte Vorgehensweise gefördert werden kann (Tab. 5).

Was bleibt vom Krankheitsbild der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“?

Abschließend stellt sich die Frage, wann die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ heute noch gerechtfertigt ist. Diese kann gleichfalls als eine Untergruppe zahnmedizinisch-spezifischer Erkrankungen im Sinne einer somatischen Belastungsstörung verstanden werden bei Betroffenen, deren Hauptsymptomatik sowohl Mundschleimhautbrennen als auch Schmerzen und/oder okklusale Schwierigkeiten bis hin zu einer allgemein körperlich schwer belastenden Symptomatik ist. Aufgrund der bisher vorliegenden klinischen Erfahrung darf man davon ausgehen, dass diese Diagnose insbesondere auf Patienten zutreffen wird, die in der Regel mit Zahnersatz (feststehend und/oder herausnehmbar) den Regeln der Kunst entsprechend versorgt sind, damit Schwierigkeiten haben und im Sinne einer somatischen Belastung dadurch auffällig werden. Auch wenn die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ grundsätzlich keine Ausschlussdiagnostik sein darf, sondern es vielmehr erforderlich ist, Hinweise auf somatische wie auch psychosoziale Einflussnahmen aufzudecken, sollte ein differenzialdiagnostischer Ausschluss der o.g. spezifischen Krankheitsbilder erfolgen. Es ist zu erwarten, dass die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ auch gemeinsame Schnittmengen aufweisen kann mit den beschriebenen zahnmedizinischen Krankheitsbildern. Hilfreich und entscheidend für den Praktiker ist die für alle Differenzialdiagnosen gültige identische Vorgehensweise im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung.

Interessenskonflikte

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

Literatur

- Ahlers MO, Jakstat HJ: Sozialanamnese: Fragebogen „Stressbelastung“. In: Ahlers MO, Jakstat HJ (Hrsg): Klinische Funktionsanalyse. dentaconcept, Hamburg 2011, 170–179
- Amenabar JM, Pawlowski J, Hilgert JB et al.: Anxiety and salivary cortisol levels in patients with burning mouth syndrome: case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: 460–465
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. revised. APA, Washington DC, 1980
- Balters W: Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten – von der Psychologie her gesehen. *Dtsch Zahnärztl Z* 1951; 11: 465–468
- Briquet P: *Traité clinique et thérapeutique de l’Hystérie*. Baillière et fils, Paris 1859
- Browning S, Hislop S, Scully C, Path MRC, Shirlaw P: The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 171–174
- Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M: Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract* 2015; 16: 180–190
- Costen JB: A syndrome of ear and sinus symptoms dependent on disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934; 43: 1–15
- DGZMK, DGFDT: S1-Leitlinie: Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management, AWMF Registernummer 083–037, 2019; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-037.html> (letzter Zugriff am 4. Juli 2020)
- Diener HC, Weimar C, Berlit P et al.: Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz in Kommission „Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme, Stuttgart 2012, 562–566
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J et al.: Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res* 2013; 75: 223–228
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Remschmidt H: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Hogrefe, Bern 2015
- Doering S, Wolowski A: Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Wissenschaftliche Mitteilung

der DGZMK 2008. https://secure.owid.de/documents/10165/2216111/Psycho_somatik_in_der_Zahn-_Mund-_und_Kieferheilkunde_2008.pdf/0f0bbb61-d371-490d-b22d-65d6865976e4 (letzter Zugriff am 31. August 2020)

14. Drage LA, Rogers RS: Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. *Mayo Clin Proc* 1999; 74: 223–228
15. Gaul C, Ettlin D, Pfau DB: Anhalten der idiopathischer Gesichtsschmerz und atypische Odontalgie. Persistent idiopathic facial pain and atypical odontalgia. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)* 2013; 107: 309–313
16. Gierk B, Kohlmann S, Toussaint A et al.: Assessing somatic symptom burden: a psychometric comparison of the patient health questionnaire-15 (PHQ-15) and the somatic symptom scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res* 2015; 78: 352–355
17. Guze SB, Perley MJ: Observations on the natural history of hysteria. *Am J Psychiatry* 1963; 119: 960–965
18. Guze SB: The diagnosis of hysteria: what are we trying to do? *Am J Psychiatry* 1967; 124: 491–498
19. Guze SB: The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria. (Briquet's syndrome). *Am J Psychiatry* 1975; 132: 138–141
20. Haneke E: Zungen- und Mundschleimhautbrennen – Klinik, Differentialdiagnose, Ätiologie, Therapie. Hanser, München 1980
21. Henry JD, Crawford JR: The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 227–239
22. Herrmann C, Buss U: Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 1994; 40: 143–154
23. Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213–218
24. International Headache Society: International Classification of Orofacial Pain, (ICOP). *Cephalalgia* 2020; 40: 129–221
25. Känel v R, Georgi A, Egli D, Ackermann D: Die somatische Belastungsstörung: Stress durch Körpersymptome. *Primary and Hospital Care – Allgemeine innere Medizin* 2016; 16: 192–195
26. Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC et al.: Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Fam Pract* 2013; 30: 76–87
27. Lamey PJ, Lamb AB: Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296: 1243–1246
28. Löwe B, Wahl I, Rose M et al.: A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 2010; 122: 86–95
29. Maina G, Albert U, Gandolfo S, Vitalucci A, Bogetto F: Personality disorders in patients with burning mouth syndrome. *J Personal Disord* 2005; 19: 84–93
30. Marxkors R, MüllerFahlbusch H: Psychogene Prothesenunverträglichkeit – Ein nervenärztliches Consilium für den Zahnarzt. Hanser, München 1976
31. Marxkors R: Ursachen und Therapie von Prothesenintoleranz. *Dtsch Zahnärztl Z* 1995; 50: 704–707
32. Marxkors R, Wolowski A: Unklare Kiefer-Gesichtsbeschwerden. Abgrenzung zahnärztlich-somatischer von psychischen Ursachen. Hanser, München 1999
33. Moral H, Ahnemann W: Über Grenzfälle. *Korrespondenzblatt für Zahnärzte* 1921; 47: 56–86
34. Müller-Fahlbusch H: Ärztliche Psychologie in der Zahnmedizin. Thieme, Stuttgart 1992, S 19
35. Nilges P, Essau C: Depression, Angst und Stress: DASS – ein Screeninginstrument nicht nur für Schmerzpatienten. *Schmerz* 2015; 29: 649–657
36. Peterhans P: Zur Psychologie und Psychohygiene in der Prothetik. *Med Diss, Zürich* 1948
37. Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C: Klinische Leitlinie: Funktionelle Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl* 2019; 116: 553–560
38. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JVD, Vicente T: Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. *Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 308–311
39. Sabinski, E: Prothesenunverträglichkeit in der Betrachtungsweise verschiedener Fachdisziplinen. *Dtsch Zahnärztl Z* 1976; 31: 5–7
40. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA: Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 275–291
41. Sonnleitner J, Aigner M: Von den somatoformen Störungen zur somatischen Belastungsstörung. *Diagnoserichtlinien des DSM 5. psychopraxis. neuropraxis* 2015; 18: 132–36
42. Türp JC, Marinello C: Schmerzfragebogen für Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen. *Quintessenz* 2002; 53: 1333–1348
43. Türp JC, Nilges P: Diagnostik von Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen. Die deutsche Version des „Graded Chronic Pain Status“. *Quintessenz* 2000; 51: 721–727
44. Türp J: Die atypische Odontalgie. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115: 1006–1011
45. Von Korff M, Ormel J, Keefe F, Dworkin SF: Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133–150
46. Von Zerssen D, Petermann F: Befindlichkeitsskala – Revidierte Fassung. Hogrefe, Göttingen 2011
47. Wolowski A, Runte C: Somatische Reaktionen nach restaurativer Therapie – somatisches oder psychosomatisches Krankheitsbild? *Dtsch Zahnärztl Z* 2013, 68: 471–482
48. Wupper H: Das psychische Trauma beim Zahnverlust und die Psychose des Zahnersatzes. *Zahnärztl Welt* 1971; 80: 1056–1061



(Foto: A. Wolowski)

PD DR. ANNE WOLOWSKI
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin
und Biomaterialien
Westfälische Wilhelms-Universität
Universitätsklinikum Münster –
Zentrum ZMK
Albert-Schweitzer-Campus 1 / W30
48149 Münster
wolowsk@uni-muenster.de