

Therapie bei Schmerzpatienten in der MKG-Chirurgie durch Komplex: Zahnmedizin – Neurologie - Osteopathie

Mona Jaber¹⁾, Linda Daume¹⁾, Marcel Hanisch¹⁾, Susanne Jung¹⁾, Mohammed Jaber²⁾
¹⁾Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Münster, Deutschland
²⁾Neurologisches Kompetenzzentrum, St. Franziskus-Hospital Ahlen, Deutschland

Studienziel:

Ziel dieser Studie war es, inwieweit es durch die Anwendung eines neuen konservativen Behandlungs-Ansatzes bei Patienten mit Kiefer- und Gesichtsschmerzen, eine Schmerzreduktion erreicht werden kann.

Der Behandlungsansatz ist eine Kombination aus zahnmedizinischer und falls notwendig neurologischer, mit osteopathischer Therapie.

Material und Methoden:

42 Schmerzpatienten stellten sich nach erfolgloser zahnärztlicher Fokussuche in der MKG-Ambulanz mit starken bis sehr starker Schmerzintensität vor. Einschlusskriterium waren Kiefer- und Gesichtsschmerzen. Davon war vorab bei 25 Patienten eine stationäre neurologische Abklärung aufgrund von akuter Schmerzexazerbation erfolgt. Unterteilt wurde ebenfalls, ob die Patienten Medikamente bekamen.

Die neurologische Behandlung zielte auf die akute Schmerzexazerbation ab. Je nach Diagnose wurde neuroleptische oder nicht steroidale Antirheumatika eingesetzt, ggf. in Kombination mit Muskelrelaxierung (medikamentös und/oder physikalisch).

Alle Patienten wurden in der MKG nach dem gleichen Protokoll behandelt. In den Abbildungen 1-2 sind die Schritte der osteopathischen Behandlung exemplarisch dargestellt. Zu erst wird extraoral (Abb. 1) und anschließend die intraoral zugängliche Kaumuskulatur behandelt (Abb. 2). Die Patienten haben während der ganzen Sitzung keinen Zahnkontakt (Biss durch Watterollen gesperrt). Die Bissnahme für eine Unterkieferschienen erfolgt direkt nach der osteopathischen Behandlung im Sitzen mit Futar (elastomeres A-Silikon) (Abb. 3,4,5). Die Okklusionsschiene wurde im UK angefertigt. Die Patienten bekamen insgesamt 2 Fragebögen (vor Therapiebeginn und nach 6 Wochen Tragemodus der Schiene). Es wurde ein Tragemodus von 24/7 Stunden für 6 Wochen empfohlen (bis auf Nahrungsaufnahme).

Ergebnisse:

•42 Patienten stellen sich in unsere Klinik/Sprechstunde mit starker bis sehr starker Schmerzintensität vor. 26% der Patienten (n=11) trugen die Schiene nachts und auch stundenweise tagsüber. Bei dieser Patientengruppe wurde eine entspannte Kaumuskulatur am Morgen beschrieben. Die Schmerzintensität und die anfänglichen Symptome wurden reduziert, waren aber noch vorhanden.

•74 % der Patienten (n=31) trugen die Schiene nach der Empfehlung. Bei 70% der Patienten kam es zu einer Symptom- und Beschwerdefreiheit. Bei den restlichen 30% der Patienten war die Schmerzintensität deutlich gemildert.

Schlussfolgerung:

- Therapieansatz ist erfolgsversprechend bei Kiefer- und Gesichtsschmerzen einzusetzen
- Patienten mit akuter Schmerzexazerbation müssen vorab neurologisch vorgestellt werden
- Erfolgsrate hängt von Patientencompliance ab



Abb. 1: Osteopathische Behandlung von extraoral



Abb. 2: Osteopathische Behandlung intraoral zugänglicher Kaumuskeln

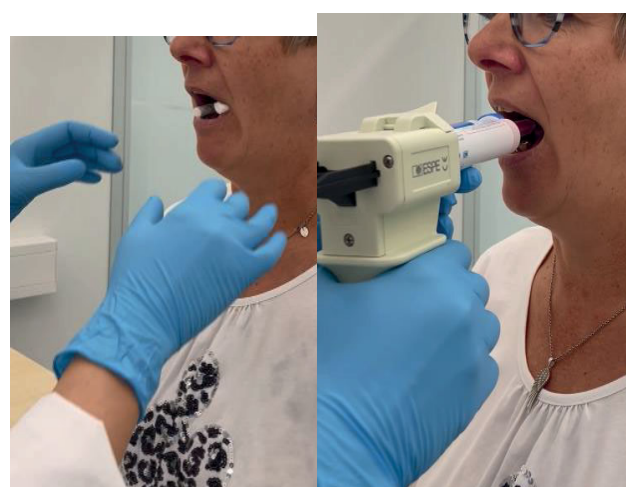


Abb. 3: Okklusion durch Watterollen gesichert



Abb. 4: Bissnahme mit Futar

Abb. 5: ungeführte Bissnahme

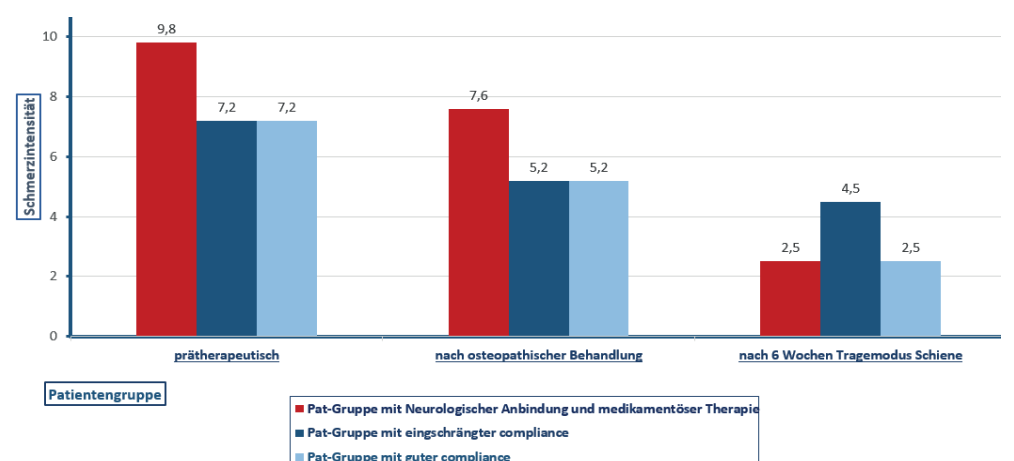


Abb. 6: Subjektive Schmerzskala: prätherapeutisch / nach Osteopathischer Behandlung / nach 6 Wochen Tragedauer Schiene bei den 3 Patientengruppen