



Anne Wolowski

## What to do when nothing works?

### Was tun, wenn nichts mehr funktioniert?

Die bilateralen Kiefergelenkstrukturen zeichnen sich durch eine einzigartige Morphologie und komplexe Biomechanik aus. Invasive Eingriffe waren daher lange Zeit keine Option, geleitet von der Befürchtung, dass diese mehr Schaden als Nutzen bringen.

Für Betroffene hat das zur Folge, dass unerträgliche Schmerzen, eine eingeschränkte Unterkieferbeweglichkeit und somit die allenfalls unter Schmerzen mögliche Nahrungsaufnahme eine zufriedenstellende Lebensqualität in weite Ferne rücken lassen. Der Leidensdruck ist hoch, zumal für eine Erkrankung des Kiefergelenks typische *allgemeine* Krankheitssymptome wie erhöhte Temperatur, Abgeschlagenheit, allgemeine Bewegungs- und Funktionseinschränkung oder ähnliches, was eine eingeschränkte Lebensfreude und Leistungsfähigkeit rechtfertigen würden, fehlen und damit die Betroffenen vielfach auf Unverständnis stoßen. So auch bei einer 24-jährigen Laborantin, die betonte, dass sie ohne die unerträglichen Schmerzen gerne arbeiten würde. Das wurde ihr nicht immer so geglaubt. Seit über fünf Jahren litt sie unter massiven Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, die anfangs mehrfach für kurze Zeit gelindert werden konnten, sodass sie mit Unterbrechungen dreieinhalb Jahre seit Beginn der zunehmend intensiven Symptomatik noch arbeitsfähig war. Dann sei es so unerträglich gewesen, dass sie von ihrem Hauszahnarzt zu einem Kieferchirurgen überwiesen wurde mit der Bitte um Abklärung, ob eine Gelenkoperation indiziert sei. Aufgrund einer erheblich fortgeschrittenen idiopathischen Kiefergelenkresorption links und Zustand nach Umstellungsosteotomie ein Jahr vor Beginn der Beschwerden wurde die Indikation für einen Kiefergelenkersatz mit der Einschränkung gestellt, dass zuvor eine Schmerztherapie erfolgen müsse.

The temporomandibular joint (TMJ) is a bilateral joint with unique morphology and complex biomechanics. Consequently, invasive procedures for the treatment of temporomandibular joint disorders (TMD) were not an option for a long time because of the fear of causing more harm than good. For patients affected with TMD, this pushed into the distant future any hope of achieving a satisfactory quality of life without unbearable pain, limited jaw mobility, and pain on mastication.

The psychological pressure on TMD patients is especially high, since TMD is not accompanied by *typical* disease symptoms such as fever, fatigue, impairment of general mobility, general functional impairments or other signs that would justify a person's loss of vitality and impaired performance. Therefore, many TMD patients feel that they lack understanding from those in their environment.

This was also the case for the 24-year-old laboratory technician who reiterated that she would love to work, if only she could get rid of the excruciating TMD pain that she was experiencing. People did not always believe her story. For more than five years, the young woman suffered from excruciating pain and restricted mobility. In the beginning, she was able to alleviate the symptoms for short periods of time and was therefore able to work for three and a half years after the onset of increasingly intense TMD symptoms, albeit with periods of sick leave in between. Ultimately, the pain became so unbearable that her general dentist referred her to an oral surgeon for evaluation to determine whether TMJ surgery was indicated. Due to severely advanced idiopathic left TMJ resorption and a history of corrective osteotomy one year prior to the onset of TMD symptoms, it was found that TMJ replacement surgery would be indicated under the condition of prior pain-management therapy. Evidently, a chronic

pain disorder with significant psychosocial comorbidity was suspected due to the enormous psychological strain on the patient. After completing pain therapy, the patient consulted the oral surgeon again, expecting to receive an appointment for causal surgery. She was disappointed, however. Following that, the only option she saw open to her was to continue outpatient pain management. As the patient had to take morphine for pain relief, she was unable to return to work, and became unemployed for the long term. In this stage of the disease, social withdrawal, rest, and pain avoidance were her only options for hope of pain relief.

Over the course of outpatient treatment, the young woman found a pain specialist. It was thanks to the commitment, brilliant and clearly differentiated assessment, and structured diagnostic approach of this pain specialist that she was reevaluated as a candidate for total TMJ replacement surgery at another TMJ hospital, where she ultimately underwent the surgery. Three months postoperatively, the patient was able to return to work. She then "proved" that she was able to handle shift work and other work-related stresses, and began to enjoy working again. The patient herself rated her new quality of life as 100%, which she has enjoyed for many years since.

Many TMD patients still find that, although conservative treatments do not provide sufficient pain relief, specialists are reluctant to offer them other treatment options. A lack of experience and knowledge about adequate treatment modalities and concepts is obviously one reason for this. Another factor is that the behavioral quirks that many patients develop due to long-term symptoms are often misdiagnosed as secondary gain from illness or as a primary psychosomatic disorder.

Today, numerous surgical treatment options are available for TMD, ranging from minimally invasive procedures such as arthrocentesis to total TMJ replacement surgery, the latter being increasingly performed in Germany as well as in countries such as the UK, where 60 to 65 of the procedures are performed each year, according to the statistics cited in an article by B. Speculand<sup>1</sup>.

The keys to success include not only good planning and execution of the actual surgical intervention but also the use of a multidisciplinary approach, which should be characterized by shared knowledge of the respective competences, diagnostic boundaries, and treatment limitations, as well as a well-coordinated treatment concept. All dentists who provide functional and therapeutic TMJ diagnostic services need to be aware of the theory and basic options for minimally invasive and more extensive surgical treatment in order to

Offensichtlich bestand aufgrund des enormen Leidensdrucks der Verdacht auf eine chronische Schmerzerkrankung mit erheblicher psychosozialer Komorbidität. Nach erfolgter Schmerztherapie stellte sich die Patientin erneut beim Chirurgen mit der Erwartung vor, dass die kausale chirurgische Therapie terminiert werde. Sie wurde dann jedoch abgewiesen und sah als einzigen Ausweg die Fortsetzung einer ambulanten Schmerztherapie. Ihre Arbeitsfähigkeit war aufgrund einer notwendigen Einnahme von Morphin nicht wiederhergestellt, sodass sie langzeitarbeitsunfähig war. In dieser Krankheitsphase blieben der Patientin nur der soziale Rückzug und die Option, durch Schonung und Ruhe auf Linderung zu hoffen. Letztendlich war es der strukturierten Diagnostik und der sehr guten, klar differenzierenden Einschätzung und dem Engagement des Schmerztherapeuten im Rahmen der ambulanten Therapie zu verdanken, dass in einer anderen kieferchirurgischen Klinik die berechtigte Indikation zum totalen Kiefergelenkersatz erneut geprüft und umgesetzt wurde. Drei Monate postoperativ war die Patientin wieder arbeitsfähig und „bewies“, dass Schichtdienst und andere arbeitsplatzbedingte Belastungen für sie kein Problem darstellten und sie die Freude an ihrer Tätigkeit wiedererlangt hatte. Sie selbst gab an, dass ihre Lebensqualität auf 100% gestiegen sei, was auch Jahre später so anhielt.

Viele Betroffene machen nach wie vor die Erfahrung, dass konservative Maßnahmen keine hinreichende Linderung bringen, weitere Optionen aber mit großer Zurückhaltung angeboten werden. Hier mangelt es offensichtlich an Erfahrung und dem Wissen um adäquate Möglichkeiten und Konzepte. Es kommt hinzu, dass Verhaltensauffälligkeiten, die in vielen Fällen wesentlich durch eine lange Beschwerdezeit begründet sind, im Sinne eines Krankheitsgewinns oder einer primären psychosomatischen Störung fehlinterpretiert werden.

Die Kiefergelenkchirurgie bietet heute vielfältige Möglichkeiten vom minimalinvasiven Eingriff wie beispielsweise einer Arthrozentese bis hin zum totalen Kiefergelenkersatz. Letzteres wird in zunehmendem Maße durchgeführt (beispielsweise 60 bis 65 pro Jahr in Großbritannien<sup>1</sup>).

Entscheidend für den Erfolg ist nicht nur die gut geplante und durchgeführte chirurgische Intervention, sondern vielmehr die interdisziplinäre Vorgehensweise, die geprägt sein sollte von dem „gegenseitigen“ Wissen der jeweiligen Kompetenzen, der diagnostischen wie therapeutischen Grenzen und eines gut abgestimmten Konzeptes. Es sollten jedem zahnärztlichen Kollegen, der funktionsdiagnostische und -therapeutische Maßnahmen durchführt, die

grundlegenden Möglichkeiten minimaler und umfassender chirurgischer Maßnahmen in der Theorie bekannt sein, um im Einzelfall eine entsprechende Behandlung einzuleiten. Alle chirurgischen Maßnahmen haben gemeinsam, dass sie in eine gut strukturierte, aufeinander aufbauende Vor- und Nachsorge eingebettet werden müssen, die auch eine Zusammenarbeit zwischen betreuendem Hauszahnarzt und spezialisierter Einrichtung einschließen sollte. Zur Vorbereitung gehört in jedem Fall eine konservative Funktionsbehandlung, die mit klarer, vor allem zeitlicher Zielsetzung vorgenommen werden muss. Begleitend sollten physiotherapeutische Maßnahmen erfolgen, deren Ziel es ist, insbesondere bei einer sich zunehmend herauskristallisierenden OP-Indiktion, pathologische Funktionsabläufe und Schonhaltungen zu minimieren. Wie wichtig es ist, auch unter psychosomatischen Aspekten sekundäre Erscheinungen abzugrenzen, zeigt das hier vorgestellte Patientenbeispiel eindrücklich. Im Sinne eines prä- und postoperativen guten Schmerzmanagements sollte immer abgeklärt werden, ob ein Schmerztherapeut konsultiert werden muss.

Um im Einzelfall ein „hilfreicher“ Begleiter dieser Patienten sein zu können, ist jedem Kollegen zu empfehlen, den Kontakt zu einem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zu suchen. Auf diese Weise erfährt man unter anderem, mit welcher Technik gearbeitet wird und mit welchem zeitlichen Aufwand im Regelfall gerechnet werden muss. Dieses sind wichtige Informationen für Patienten, die bereits im Vorfeld eine Entscheidung für oder gegen eine solche Maßnahme erleichtern können. Weiterhin können durch eine gute Zusammenarbeit viel Zeit und Kosten gespart werden, wenn der Chirurg sicher sein kann, dass alle konservativen Maßnahmen ausgeschöpft wurden und der Patient postoperativ direkt in eine gute Nachbetreuung übergeben werden kann. Diese an sich selbstverständlichen Anforderungen – gepaart mit den zunehmend besseren Möglichkeiten der Kiefergelenkchirurgie – zeigen, was zu tun ist, wenn nichts mehr funktioniert.

Anne Wolowski

initiate appropriate treatment in individual cases, as needed. One thing that all surgical procedures have in common is that they must be embedded in a well-structured, mutually reinforcing pre- and postoperative care concept, which should include collaboration between the supervising family dentist and the specialist clinic. Preliminary treatment should always include conservative functional therapy, which should be executed with clear goals and, in particular, time targets in mind. Functional treatment should be accompanied by physical therapy interventions aimed at minimizing parafunctional habits and anticipatory pain avoidance mechanisms that develop, especially as the indication for surgery becomes increasingly apparent. The case described here shows how important it is to differentiate secondary phenomena from primary etiologies, such as psychosomatic disorders. To ensure quality pre- and postoperative pain management, each case should be evaluated to determine whether referral to a pain management therapist is necessary.

In order to be a helpful “companion” to patients requiring a pain management specialist, the referring dentist should always get in touch with an oral and maxillofacial surgeon. This gives the referring dentist the opportunity to find out the answers to questions such as which techniques and procedures will be performed and approximately how long the procedures and recovery will take. This is important information for patients as it helps them to decide before the specialist consultation whether or not to have the procedure. Furthermore, if the surgeon can be sure that all conservative options have been exhausted and that the good direct postoperative management of the patient is ensured, good collaboration can ultimately save a great deal of time and money. These self-evident principles, coupled with knowledge of the increasingly effective TMJ surgery options available today, indicate to dentists who are treating refractory TMD patients what to do when nothing works.

Anne Wolowski

## Reference

1. Speculand B. Current status of replacement of the temporomandibular joint in the United Kingdom. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009; 47:37-41.