



Orofaziale Schmerzen

Dominik Ettlín, Ursula Galli

Orofaziale Schmerzen sind schmerzhafte Beschwerden im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, oft unter Einbezug benachbarter Regionen, wie Ohr, Nacken/Hals und Kopf. Wird frühzeitig eine korrekte Diagnose erstellt, so können akute Schmerzen meist einfach behandelt werden. Chronische Beschwerden fordern eine interdisziplinäre Abklärung und Behandlung unter Einbezug von Zahnärzten, Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen und Physiotherapeuten.

Klassifikation

Patienten zeigen häufig multiple klinische Symptome, die als Diagnosekriterien unterschiedlicher Krankheitsbilder gelten. Allein für orofaziale Schmerzen existieren mindestens vier diagnostische Klassifikationssysteme, was auf die klinisch oft schwierige, eindeutige Zuordnung von Beschwerden hinweist [2,3,4,5]. Vorschläge für ein einheitliches Klassifikationssystem stiessen bisher (noch) nicht auf breite Akzeptanz [6]. Für den klinischen Alltag bewährt sich eine Einteilung aufgrund des zeitlichen Schmerzmusters (siehe Tab. 1).

Grundsätzliches zur Diagnostik

Der Schmerzanamnese kommt bei der Diagnostik eine enorme Bedeutung zu. Sie kann bei Infektionen der Zähne oder bei akuten Störungen im Kiefergelenk relativ kurz gehalten werden, weil die klinischen

Befunde das Krankheitsbild dominieren und bildgebende Verfahren die Vermutungsdiagnose meistens erhärten. Kann mit letzteren kein morphologisches Korrelat für die Beschwerden nachgewiesen werden, muss eine Diagnose mit Ein- bzw. Ausschlusskriterien erarbeitet werden. Fragebögen können hier hilfreich sein, sie ersetzen die sorgfältige Anamnese jedoch nicht. Im Folgenden werden die wichtigsten Krankheitsbilder orofazialer Schmerzen vorgestellt.

Zahnentzündung

Die Zahnentzündung ist häufig infektiös und kann im Zahn als Pulpitis oder um den Zahn als Gingivitis/Parodontitis auftreten. Hierbei werden freie Nervenendigungen durch Noxen, wie z.B. bakterielle Toxine, direkt erregt. Die Zahnschmerzen werden häufig als dumpf und ausstrahlend beschrieben und

Editorial

Orofaziale Schmerzen können vielfältige Ursachen und fachübergreifende Manifestationsformen haben. Diagnostische Verzögerungen führen zu zahlreichen Arzt- bzw. Zahnarztbesuchen und können in einer alle Lebensbereiche beeinträchtigenden Schmerzkrankheit resultieren. Eine frühzeitige Erkennung einer sich entwickelnden Chronifizierung und eine Behandlung in einem interdisziplinären Team sind daher wichtig [1]. Ursächliche und modulierende Schmerzfactoren sowie Patientenwünsche bestimmen die therapeutische Strategie, die häufig aus einer Kombination von nicht medikamentösen und medikamentösen Ansätzen besteht.

Dr. med. et med. dent. D. Ettlín

können durch äussere Reizeinwirkung, wie Druck oder thermische Stimuli, verstärkt werden. Die Diagnose lässt sich mit klinischen und radiologischen Tests erhärten.

Kraniale Neuralgien

Die bekannteste Gesichtsneuralgie ist die Trigeminusneuralgie (TN). Sie ist aufgrund ihres kurzzeitigen, einschliessenden Charakters, der typischen Schmerzauslöser in spezifischen Triggerzonen (leichte Berührung, Sprechen, Zähneputzen) und fehlender klinischer Zeichen leicht diagnostizierbar. Wer das Krankheitsbild der TN nicht kennt, wird am ehesten eine Zahnpathologie vermuten, im oralen klinisch-radiologischen Befund

Inhalt

Orofaziale Schmerzen	1
Psychologische Schmerztherapie bei chronischen orofazialen Schmerzen	3
Pharmanews	4



aber keine Auffälligkeiten finden. Im Gegensatz zur TN wird eine vertikale Zahnfraktur von einem Loslassschmerz begleitet, der provoziert werden kann.

Man unterscheidet die klassische (idiopathische) und die symptomatische Form. Bei der klassischen TN wird meistens der Nervus trigeminalis bei seiner Wurzeintrittszone in der Nähe des Hirnstamms durch ein Blutgefäß pathologisch komprimiert [7]. Bei der symptomatischen TN hingegen liegt ein Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel, eine demyelinisierende Krankheit (z.B. MS) oder eine andere Hirnpathologie vor. Ein MRI ist zum Ausschluss dieser Befunde daher bei jedem TN-Patienten mindestens einmal zweckmässig. Die Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung. Für die medikamentöse Therapie stehen Antikonvulsiva an oberster Stelle. Der Stellenwert eines chirurgischen Eingriffs sollte neurochirurgisch abgeklärt werden.

Primäre Kopfschmerzzerkrankung

Primäre Kopfschmerzen als Ursache orofazialer Schmerzen werden allgemein unterschätzt und können eine klinische Herausforderung darstellen, wenn die Schmerzsymptome sich teilweise oder ausschliesslich im Zahn- oder Kieferbereich manifestieren [8]. Charakteristisch ist hier das episodische Auftreten, mit völlig schmerzfreien

Intervallen zwischen den Schmerzepisoden. Sie treten meist ohne identifizierbaren Auslöser auf und dauern je nach Kopfschmerzform (Migräne, Clusterkopfweg, paroxysmale Hemicranie, SUNCT) Augenblicke, Stunden oder wenige Tage. Diagnostisch aufschlussreich sind autonome Begleitsymptome wie Tränen- und Nasenfluss oder Augenrötung, die explizit erfragt werden sollten. Die Therapie orientiert sich an den Richtlinien der entsprechenden Kopfschmerzzerkrankung.

Anhaltender idiopathischer Zahn-/Gesichtsschmerz

Dieser Schmerz im Zahn oder Gesicht mit meist schwankender Intensität ist täglich vorhanden [3]. Der Schlaf ist fast immer ungestört. Es wird ein Dauerschmerz beschrieben, der tief sitzt, schlecht lokalisierbar ist und anfangs einseitig, später auch beidseitig oder wechselseitig bestehen kann. Oft brennend oder ziehend, kann er aber auch dumpf und bohrend sein. Es werden auch affektiv gefärbte Schilderungen wie quälend, zermürbend und unerträglich benutzt [9]. Im Gegensatz zur TN und den primären Kopfschmerzen ist der leicht- bis mittelgradig intensive Schmerz anhaltend. Zeitlich begrenzte, heftigere Schmerzverstärkungen können sich auflagern. Diese werden oft durch ein subjektives Schwellungs- oder Taubheitsgefühl begleitet, welches aber nicht objektiviert

werden kann; ansonsten wäre eine andere Pathologie zu verfolgen. Die Diagnose anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz darf nur gestellt werden, wenn andere bekannte Schmerzsyndrome ausgeschlossen werden können und apparative Untersuchungen inklusive bildgebender Verfahren des Gesichts und Schädels keine pathologischen Befunde zeigen. Bei eingrenzbarem Schmerz kann eine anästhetische Infiltration diagnostisch hilfreich sein, da der Schmerz damit nicht oder höchstens teilweise gelindert wird.

Therapeutisch extrem wichtig sind Informationsvermittlung und adäquate Aufklärung des Patienten. Anhaltende idiopathische Zahn- oder Gesichtsschmerzen können beim Patienten und seinem Umfeld nämlich „Verzweiflungstaten“ (Austausch von Füllungsmaterialien, Wurzelbehandlung, Zahnextraktion) provozieren und zusätzlichen biologischen (und finanziellen) Schaden anrichten. Diesen nicht indizierten Eingriffen gilt es zu widerstehen. Der Patient reagiert erleichtert auf eine erklärende Diagnose und eine mögliche Behandlung nach quälender Unwissenheit. Anhaltende idiopathische Zahn-/Gesichtsschmerzen erfordern frühzeitig den Einbezug eines interdisziplinären Therapeutenteams sowie pharmakologische und schmerzpsychologische Therapieansätze.

Tabelle 1
Klinische Differentialdiagnose orofazialer Schmerzen nach Zeitmuster

<i>episodisch (dazwischen schmerzfrei)</i>	<i>persistierend (schwankende/progrediente Intensität)</i>
<p><i>Attacken < 1 min</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma/Infekt • vertikale Zahnfraktur • kraniale Neuralgie • Herpes-Reaktivierung (Herpes Zoster) <p><i>Minuten bis Stunden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • primäre Kopfschmerzen (Migräne, trigeminoautonome Kopfschmerzen) <p><i>(vorwiegend) funktionsabhängig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Myoarthropathie (MAP) • Arteriitis temporalis • Dissektionen der Karotis, A-V-Fisteln • Tumor im Bereich der Kiefergelenke (artikulär, extraartikulär) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnschmerz (Pulpitis, Parodontitis, Pericoronitis) • Myoarthropathie (MAP) • anhaltender idiopathischer Zahn-/Gesichtsschmerz (früher: atypischer Gesichtsschmerz) • Deafferenzierungsschmerz • postherpetische Neuralgie • Zungen-, Mundbrennen • Spannungskopfschmerz • Tumoren im Kopf und ORL-Bereich

Medikamentös können lokal Substanzen appliziert werden, welche auf die Membrankanäle der afferenten Nervenfasern wirken, insbesondere Lokalanästhetika. Dank Medikamententrägern (weiche Zahnschiene mit Deckung der Schleimhaut) können diese in Gel-Form für längere Zeit lokal einwirken, ohne vom Speichel verdünnt oder weggespült zu werden. Neueste Tierexperimente weisen auf eine synergistische Wirkung von Capsaicin und Lokalanästhetika hin [10]. Ein peripherer Wirkmechanismus wird zunehmend auch den trizyklischen Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) attestiert [11,12,13]. Viel bekannter ist jedoch ihre bewährte Wirkung bei systemischer Applikation, wobei der analgetische Effekt vor der antidepressiven Wirkung einsetzt und die Dosis meist niedrig gehalten werden kann. Bei zusätzlichen stechend blitzartigen Schmerzen können Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin, Pregabalin, Lamotrigin) zur Besserung beitragen.

Deafferenzierungsschmerz

Der Zahnnerv wird bei einigen zahnärztlichen Eingriffen wie Wurzelbehandlung oder Zahnextraktion nicht, wie angenommen, „abgetötet“ oder „devitalisiert“. Der Zellkern jedes Neurons ist hingegen weiter aktiv und kann gelegentlich überaktiv werden. Nervenverletzungen infolge traumatischer oder chirurgischer Schädigungen (Zahnwurzelbehandlungen, Zahnextraktionen, Zahnersatz mittels Implantat, Nasennebenhöhlen-Chirurgie [14], etc.) können zu so genannten Deafferenzierungsschmerzen führen. Das Risiko ist erhöht, wenn Schmerzen vorbestehen [15]. Deafferenzierungsschmerzen ähneln den anhaltenden idiopathischen Schmerzen, wobei der typische brennende Charakter zu betonen ist. Auch die medikamentöse Therapie bezieht sich auf die vorher besprochene Schmerzform. Definitionsgemäss ist eine Hypästhesie oder Anästhesie Voraussetzung für Deafferenzierungsschmerzen. Es muss allerdings beim dentalen Deafferenzierungsschmerz berücksichtigt werden, dass Nervenfasern im Zahninnern (Zahnpulpa) einer klinischen Testung auf Hypästhesie nicht zugänglich sind. Auf das therapeutische Management hat diese Einschränkung keinen Einfluss. Vielmehr ist

zu berücksichtigen, dass falsche Vorstellungen bei Betroffenen immer wieder zu zusätzlichen Eingriffen im Mundbereich führen. Werden medizinisch nicht indizierte Eingriffe missverständlich erklärt, halten Prüfmethode nicht stand und sind mit heutigem Fachwissen nicht vereinbar, so ist besondere Vorsicht geboten.

Myoarthropathie des Kausystems (MAP)

Die Kiefergelenke formieren ein durch die hufeisenförmige Mandibula gekoppeltes, bilaterales Artikulationssystem, in dem Gleit- und Drehbewegungen zu einer Bewegungsvielfalt kombiniert werden. Zwischen der Gelenkpfanne und dem Kieferköpfchen ist ein faserknorpeliger Discus articularis eingeschoben, dessen Verlagerung im Gelenk zu Geräuschen bei Kieferbewegungen sowie Bewegungseinschränkungen führen kann. Die Form der Kiefergelenke und die Lage des Discus articularis sind extrem anpassungsfähig. Die optimale Position des Unterkiefers ist die schwebende Ruhelage, das heisst Ober- und Unterkieferzähne sind ohne Kontakt. Voraussetzung hierfür ist eine entspannte Kaumuskelatur. Die muskuläre Spannung wiederum wird im Zusammenspiel peripherer und zentralnervöser Strukturen reguliert [16,17,18].

Beschwerden im und um das Kiefergelenk werden im klinischen Alltag meistens unter dem Überbegriff „Myoarthropathie des Kausystems“ (MAP) zusammengefasst. Es handelt sich um Störungen des Kausystems, verursacht durch entzündliche und/oder degenerative Veränderungen der Kaumuskelatur und/oder der Kiefergelenke [19]. Leitsymptome und Begleitsymptome führen zur Diagnose. Die wichtigsten drei Leitsymptome für eine MAP sind Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers, Gelenkgeräusche und lokale Schmerzen in der Kaumuskelatur und/oder im Kiefergelenkbereich. Zusätzlich liegen häufig Begleitsymptome unterschiedlicher Ausprägung vor: Zahnschmerzen, Kopfschmerzen, Ohrschmerzen/Ohrgeräusche, Nackenschmerzen, Schwindel, Tränen-/Nasenfluss, Taubheitsgefühl, Ameisenlaufen, andere Körperschmerzen, Schlafstörungen, usw. Das Vorhandensein eines oder mehrerer Begleitsymptome sollte den Kliniker zu einer gezielten Suche nach

Leitsymptomen (zum Ein- oder Ausschluss einer MAP) veranlassen. Gerade dauerhafte Kopfschmerzen im Schläfenbereich oder anhaltende Ohrschmerzen, aber auch beständige Nackenschmerzen sind häufig mit einer Störung des Kausystems assoziiert.

Psychologische Schmerztherapie bei chronischen orofazialen Schmerzen

Anhaltende oder rezidivierende orofaziale Schmerzen sollten, wie andere chronische Schmerzen auch, im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitskonzepts betrachtet werden [20]. Bei Schmerzen, die trotz Therapie länger als drei Monate andauern und das Leben der Betroffenen deutlich beeinträchtigen, sollte die Anamnese um psychosoziale Aspekte erweitert und bei Auffälligkeiten eine fachärztliche oder fachpsychologische Therapie eingeleitet werden. Zur psychosozialen Anamnese gehören Fragen zu den Lebensumständen (Life-events, Stressoren und Ressourcen), der Beeinträchtigung und den Auswirkungen der Schmerzen im Alltag, den Schmerzbewältigungsstrategien, den Krankheitsüberzeugungen, sowie der psychischen Befindlichkeit.

Komorbiditäten

69% der Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen haben auch in anderen Körperbereichen Schmerzen [21]. Häufig finden sich ausserdem Überlappungen mit anderen chronischen Beschwerdebildern wie Fibromyalgie, Spannungskopfschmerz, chronischem Erschöpfungssyndrom und funktionellen Beschwerden [22]. Psychische Komorbiditäten treten bei 20–60% der Patienten auf, wobei Depressionen, Angst- und Belastungs- sowie somatoforme Störungen am häufigsten vorkommen. Diskutiert wird sowohl für die Fibromyalgie als auch für chronische orofaziale Schmerzen eine Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung [23,24].

Schmerz-Psychotherapie

Die schmerzbezogene Psychotherapie bei chronischen Gesichtsschmerzen unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen anderer chronischer Schmerzpatienten [25].

Ziel ist die Klärung von Zusammenhängen zwischen Gefühlen, Gedanken, Verhalten, äusseren Bedingungen (z.B. Arbeitssituation) und den Schmerzen und die Entwicklung von Veränderungsmöglichkeiten. Betroffene können den besseren Umgang mit dem Schmerz lernen und die Einschränkung ihres Lebens durch den Schmerz verringern. Die bei anhaltenden Schmerzen häufig vorkommenden Gefühle von Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit können reduziert werden.

Psychoedukation – Krankheitsmodell: Ein zentraler Bestandteil ist hier die Erarbeitung eines gemeinsamen Schmerzmodells mit dem Patienten, da subjektive Schmerzmodelle, insbesondere bei schmerzbezogenen Ängsten, sowohl das Schmerzerleben als auch das Schmerzverhalten beeinflussen [26]. Je besser die Patienten ihr spezifisches Schmerzbild verstehen, desto realistischer können sie ihre Symptome beurteilen. Adäquat vermittelte Informationen bezüglich peripherer und zentraler Sensitivierungsprozesse können bisher unverständliche Schmerzen (z.B. neuropathische Schmerzen) für die Patienten erklärbar machen, entlastend wirken und Ängste nehmen. Für Patienten mit Bruxismus sind Informationen zu Zusammenhängen zunehmender Parafunktionen bei Stress (insbesondere unbewusstes Zähnepressen) und erhöhter Schmerzintensität wichtig.

Körperwahrnehmung – Entspannungsverfahren: Mittels Selbstbeobachtung, Körperwahrnehmungsübungen und Biofeedback können Patienten Zusammenhänge zwischen emotionalen Zuständen, innerer Unruhe, mangelnder psychophysiologischer Entspannungsfähigkeit und Schmerzverstärkung erkennen lernen [27]. Verschiedene, nach persönlicher Präferenz gewählte, Entspannungstechniken verbessern die Fähigkeit zur Entspannung. Für Schmerzpatienten ist die progressive Muskelentspannung nach Jacobson gut untersucht, bei der eine differenziertere Wahrnehmung von muskulären Spannungszuständen geübt wird [28].

Kontrollerleben und Akzeptanz: Ein wichtiges Therapieziel ist das Erleben von Veränderbarkeit, Selbstwirksamkeit und Kontrollierbarkeit des Schmerzes im Rahmen des individuell Möglichen. Die eigene Rolle bei der Entstehung und Veränderung von Beschwerden kann so neu erfahren und häufig auch eine akzeptierendere Haltung den Schmerzen gegenüber gefunden werden, und zwar im Sinne eines erfüllten Lebens mit Schmerzen statt eines Lebens im Kampf gegen die Schmerzen.

Weitere wichtige Themen neben der reinen Schmerzbewältigung sind: der soziale Kontext (wie beeinflusst die Schmerzkrankheit die Be-

ziehungen, Familie?), die mögliche Funktionalität des Schmerzes (wovor schützt mich der Schmerz?), sowie belastende ungelöste aktuelle Konflikte, die den Schmerz aufrechterhalten können. Ziel ist es, die Balance zwischen Schmerzkontrolle und einer Fokusverlagerung auf nicht-schmerzbezogene Lebensthemen (was gibt dem Leben trotz Schmerzen einen Sinn?) zu finden.

Interdisziplinarität

Die Mehrdimensionalität chronischer Schmerzen sollte sich auch im Behandlungsteam widerspiegeln, wobei der interdisziplinäre Austausch und ein gemeinsames Behandlungskonzept wesentliche Voraussetzungen für ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis sind.

Literatur: siehe www.dolor.ch

Pharmanews

Pfizer Schweiz AG NEU: Behandlung von zentralen neuropathischen Schmerzen – LYRICA® als einziges Antiepileptikum für alle Neuropathien zugelassen

Swissmedic hat Anfang April 2008 das Arzneimittel LYRICA® (Pregabalin) neu auch für zentrale neuropathische Schmerzen zugelassen. Zur neuen Indikation „zentrale neuropathische Schmerzen“ gehören beispielsweise neuropathische Schmerzen nach einem Schlaganfall, bei einer Rückenmarksverletzung oder bei Patienten mit Multipler Sklerose. Für die Ärzteschaft, wie auch für die betroffenen Patienten ist diese neue Indikation von zentraler Bedeutung: Mit der neuen Indikation werden die LYRICA®-Therapiekosten für sämtliche neuropathische Schmerzen von den Krankenkassen übernommen. Ein umfassendes Studienprogramm belegt die hohe Wirksamkeit von LYRICA® bei peripheren [1] und zentralen [2,3] neuropathischen Schmerzen und zeigt, dass die Patienten eine klinisch bedeutsame und langfristig anhaltende Schmerzlinde- rung erfahren [1]. Die Behandlung wird zudem – dank der unkomplizierten Verabreichung (2 x täglich 1 Kapsel) gegenüber früher verwendeten Therapien wie z.B. Gabapentin – vereinfacht. Dies erleichtert es den Patienten, die Therapie in ihren Alltag einzubetten.

[1] Freynhagen R et al.: Pain; 115: 254-263, 2005; [2] Siddall PJ et al.: Neurology; 67: 1792-1800, 2006; [3] Vranken JH et al. Pregabalin in patients with central neuropathic pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen. Pain; 2007; (article in Press)

Alle Texte unter Pharmanews nach Selbstangaben der Industrie

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U. W. Buettner, Aarau; PD Dr. med. M. Felder, Zürich; Prof. Dr. med. P. Keel, Basel; Prof. Dr. med. dent. S. Palla, Zürich; Verantwortliche Redakteurin: Dr. N. Leyser, IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Basel

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Dosierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Herausg.: Dr. Christian Jäggi, IMK, Basel; Verlag: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel; Tel. 061/271 35 51; Fax 061/271 33 38; E-Mail: dolor@imk.ch; www.dolor.ch

Erscheinungsweise: zwei- bis viermal pro Jahr
ISSN 1422-0628 © IMK

Folgenden Firmen unterstützen dolor:



Die Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt der Publikation. Sie können kurze Mitteilungen unter Pharmanews publizieren.