

6.6

Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom und atypischer Gesichtsschmerz

H.-J. Demmel, M. Daubländer

Inhalt

Einleitung	496
Definition	497
Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom	497
Atypischer Gesichtsschmerz	497
Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom	498
Klinik	499
Ätiologische und pathogenetische Faktoren	499
Atypischer Gesichtsschmerz	501
Ätiologie und pathogenetische Faktoren	501
Psychodynamische Erklärungskonzepte	501
Differenzialdiagnostische Überlegungen	501
Therapieempfehlungen	502
Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom	502
Atypischer Gesichtsschmerz	504

Einleitung

Die Begriffe „orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom“ und „atypischer Gesichtsschmerz“ werden häufig synonym verwendet, obwohl es sich um zwei ätiologisch völlig unterschiedliche Krankheitsbilder handelt. Betrachtet man darüber hinaus die weiteren zahllosen, häufig gleichbedeutend ver-

wendeten Begriffe in der Literatur, so ist daran die Problematik der Definition chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerzen zu erkennen (Tab. 6.6-1). Dabei handelt es sich häufig um Begriffe, die den Zeitgeist der jeweils aktuellen pathogenetischen Konzepte widerspiegeln. Teilweise werden diese Diagnosen aber auch als Ausweg aus dem Dilemma eines nicht gut erklärbaren Schmerzes gestellt (Mumford 1989).

Tab. 6.6-1: Häufig gebrauchte Synonyme für das orofaziale Schmerz-Dysfunktionssyndrom

Begriff	Autor(en)
Atypical facial neuralgia	Engel 1951
Myofacial pain syndrome	Simons u. Travell 1984
Myoarthropathie	Graber et al. 1980; Schöttl 1980
Myofaziales Schmerzsyndrom	Graber 1980
Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom	Lamprecht et al. 1986
Pain-dysfunction syndrome	Laskin 1969

Tab. 6.6-1: (Fortsetzung)

Begriff	Autor(en)
Mandibular pain dysfunction syndrome	Molin et al. 1973
Temporo-mandibular joint dysfunction (TMJ)	Lupton 1966, 1969
Myofacial pain-dysfunction syndrome	Lupton u. Johnson 1973
Functional disorders of the masticatory system	Agerberg u. Carlsson 1973
Mandibular dysfunction pain	Berry 1969
Funktionelle Kiefergelenkbeschwerden	Doms et al. 1969
Phantom bite	Marbach 1976
Maxillofacial pain	Moulton 1955

Definition

Da die Bestrebungen hinsichtlich einer national und international einheitlichen Nomenklatur sowie Klassifikation bislang nicht den erwünschten Erfolg zeigten, existieren derzeit nicht ausreichend viele standardisierte Kriterien, die einem interdisziplinären Konsens gerecht werden. Es können daher in diesem Zusammenhang auch nur Teilaspekte dargestellt werden.

Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom

Die schmerzhaften myofazialen Beschwerden im Kiefer- und Gesichtsbereich werden im Rahmen der Klassifikation chronischer Schmerzen der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) unter dem Begriff „Temporo-mandibular Pain and Dysfunction Syndrome“ aufgeführt. Die Internationale Kopfschmerzgesellschaft wählt hingegen die Diagnosen „Oromandibular Dysfunction“ bzw. „Temporo-mandibular Joint Disease“. Beide Begriffe stellen den skeletalen Anteil und die Funktionsstörung in den Vordergrund, was dem Krankheitsbild nicht gerecht wird, da das Leitsymptom in der Regel der Schmerz ist. Gleiches gilt für die Bezeichnungen „Temporomandibular Disorders“, „Myoarthropathie des Kausystems“ und die derzeit zahnmedizinischerseits präferierte „kranio-mandibuläre Dysfunktion“ (CMD). Zumindest im Rahmen der Forschung existieren zur besseren Vergleichbarkeit klinischer Studien diagnostische Kriterien für „Temporomandibular Disorders“ (Dworkin u. LeResche 1992). Diese berücksichtigen die somatischen Befunde wie auch die psychischen und sozialen Aspekte in zwei getrennten Achsen, sodass ein integratives Konzept erkennbar wird. Die physischen Beschwerden werden entsprechend der vorhandenen Symptome in drei Gruppen unterteilt und dabei die

Schmerzhaftigkeit von Kaumuskelatur und/oder Kiefergelenken berücksichtigt (s. Kap. 4.10).

Funktionseinschränkungen können bereits initial bestehen oder kausal beteiligt sein, stellen aber vor allem bei zunehmender Chronifizierung eine zusätzliche therapeutische Herausforderung dar, da unter Umständen iatrogene Schäden die Therapie erschweren. Dabei besteht keineswegs eine Korrelation zwischen dem Ausmaß der Beschwerden und der diagnostizierbaren Funktionseinbuße, sondern häufig eine Diskrepanz. Berücksichtigt werden müssen auch die häufig vorhandenen weiteren körperlichen Beschwerden dieser Patienten.

Atypischer Gesichtsschmerz

Zwischen der typischen Trigeminusneuralgie und den myofazialen Beschwerden wurde eine Diagnose etabliert, die sich bereits durch den Begriff „atypisch“ von diesen beiden abgrenzen soll. Doch die Definition ist wie auch das klinische Bild nicht einheitlich. Teilweise wird sie als Ausschlussdiagnose verwendet oder stellt eine Restkategorie dar für alle nicht eindeutig zuzuordnenden chronischen Gesichtsschmerzen. Ferner kann sie als Sonderform der posttraumatischen oder postläsionellen Neuropathie interpretiert werden (Maier 1997). **Diagnostische Kriterien** sind (Sprotte u. Türp 2001):

- Dauerschmerz wechselnder Intensität
- Sensibilisierung aller Strukturen der betreffenden Gesichtsrregion
- Unabhängigkeit der Lokalisation von den neuralen Innervationsgebieten
- Auslösung oder Verstärkung durch lokale Traumen, operative Eingriffe oder Infektionen
- parallel verlaufende affektive und kognitive Störungen

Da andererseits bei diesen Patienten die psychische Komponente der Erkrankung häufig im Vordergrund steht, stellt sich auch das Problem der Abgrenzung zur somatoformen Schmerzstörung. Erschwert wird die Diagnosestellung vor allem dann, wenn infolge umfangreicher invasiver Therapiemaßnahmen eine Trigeminusneuropathie oder im Rahmen der Chronifizierung ein orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom entstanden sind und im Sinne von Komorbiditäten diagnostisch und therapeutisch abgegrenzt werden müssen. Das Risiko für Chronifizierung und Therapieresistenz ist beim atypischen Gesichtsschmerz höher als bei anderen chronischen Kiefer- und Gesichtsschmerzen.

Abgesehen von allen ätiologischen und pathogenetischen Unterschieden haben jedoch beide Krankheitsbilder eine Gemeinsamkeit: Sie können nur auf dem Boden eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit adäquat diagnostiziert und therapiert werden.

Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom

(s. Fallbeispiel)

Fallbeispiel

Ein 38-jähriger Mann wird wegen seit 7 Jahren bestehender Schmerzen im Bereich des linken Oberkiefers mit Ausstrahlung in die Nase, den linken Halsbereich, das linke Auge sowie Schläfe und Stirn linksseitig von der Zahnklinik in die Schmerzzambulanz überwiesen. Seine Schmerzen beschreibt er als permanent vorhandenes „eigenartiges Ziehen“ von wechselnder Intensität. Die Vorgeschichte ergibt zahlreiche diagnostische und therapeutische Interventionen bei verschiedenen HNO-Ärzten, Orthopäden, Kieferorthopäden und Zahnärzten, die keinerlei Erfolg brachten. Dabei wurden unter anderem sämtliche Amalgamfüllungen unter der Vorstellung einer toxischen Genese der Symptomatik entfernt und durch Goldinlays ersetzt; auch mehrere Zähne wurden aufgrund des starken Drängens des Patienten extrahiert. Allein eine Aufbisschiene, die in der Zahnklinik angepasst worden war, habe „eine ca. 25%ige Schmerzreduktion“ erbracht. Neben der Schmerzsymptomatik berichtet der Patient noch von einem reduzierten Allgemeinbefinden, wobei Abgeschlagenheit- und Schwindelgefühle im Vordergrund stünden, die zwischenzeitlich zu einer zunehmenden Leistungseinschränkung führten.

Die Familienanamnese ergibt, dass der Vater vor 3 Jahren an den Folgen eines Herzinfarktes bei bereits bestehender arterieller Verschlusskrankheit verstorben war. Der Vater war infolge einer Kriegsverletzung armamputiert und in der Gemeindeverwaltung tätig gewesen. Die Mutter verstarb vor 8 Jahren an den Folgen eines Schlaganfalls, ohne vorher ernsthaft krank gewesen zu sein. Die Ehefrau und die beiden Kinder (14 und 9 Jahre) sind gesund, ebenso wie die 4 Jahre ältere Schwester des Patienten.

Der Patient ist in der elterlichen Landwirtschaft aufgewachsen. Infolge der Kriegsbehinderung des Vaters wurde diese von der Mutter betrieben. Da diese damit fast vollständig ausgelastet war, übernahm die 4 Jahre ältere Schwester des Patienten weitgehend dessen Versorgung. Während diese

Schwester von ihm als fürsorglich und aufopfernd charakterisiert wird, beschreibt er die Mutter als streng und emotional distanziert. Der Vater wurde von ihm als „weich“ und „schwach“ erlebt. Diesem sei es wohl recht gelegen gekommen, dass er wegen der Kriegsbehinderung in der Verwaltung tätig gewesen sei und nicht in der Landwirtschaft mitarbeiten musste. Wie erst im Rahmen der späteren Gruppentherapie deutlich werden kann, hat der Patient früh unter dieser Rollenaufteilung der Eltern gelitten: Er habe sich dafür geschämt, dass im Unterschied zu den Gleichaltrigen die Mutter in der Männerrolle gewesen sei und der Vater handwerklich nichts zustande bringen konnte. Schon als kleiner Junge habe er deshalb Handwerker sein wollen. So sei er mit einem Gleichaltrigen häufig zu verschiedenen Handwerksmeistern im Ort gegangen und habe dort mitarbeiten wollen, was von jenen meist nicht richtig ernst genommen werden konnte. Meist sei er zurückgewiesen worden und habe sich dann noch mehr für sein Elternhaus geschämt. Als Achtjähriger habe er ganz alleine die Garageneinfahrt des Elternhauses mit Platten ausgelegt, um gegenüber dem Dorf diesen „Schandfleck“ zu beheben.

Auf diesem Hintergrund sei es ihm in der Kindheit und Jugend – und im Grunde genommen bis heute – immer darum gegangen, auf keinen Fall negativ aufzufallen. Jegliche aggressive Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, jeden Widerspruch gegenüber Vorgesetzten hat er unterdrückt, war bemüht, nach Außen „das Gesicht zu wahren“. So übernimmt er dann auch nach Abschluss der Volksschule auf Drängen der Mutter die elterliche Landwirtschaft, obwohl er eigentlich eine Mechanikerlehre absolvieren wollte. Als sich nach einigen Jahren jedoch abzeichnet, dass die Landwirtschaft zu klein ist, um genügend abzuwerfen, verpachtet er sie mit Einverständnis der Mutter nach und nach und lässt sich zum Feinmechaniker umschulen. Seit 10 Jahren ist er nun in einer Firma tätig, die sich in dieser Zeit immer mehr vergrößerte. In dieser gilt er als

Tüftler, der weitgehend eigenständig komplexe Probleme in der Konstruktion von Maschinen umsetzen kann. Obwohl er weiß, dass er von den Vorgesetzten aufgrund seiner Fähigkeiten sehr geschätzt wird, kommt er wegen Kleinigkeiten immer wieder in einen innerlichen Rechtfertigungszwang ihnen gegenüber. So meint er etwa eine Erklärung schuldig zu sein,

wenn er einen Vorgesetzten im Betrieb an einem Ort trifft, wo dieser den Eindruck haben könnte, dass er sich außerhalb der vorgesehenen Arbeitspausen in Richtung Kantine bewegt. In solchen und ähnlichen Situationen merkt er dann, dass er unter eine verstärkte innere Anspannung gerät und sich dabei auch die Gesichtsschmerzen verstärken.

Klinik

Bruxismus (Zähneknirschen oder -pressen), der nachts oder (seltener) tagsüber auftritt, gehört bei 15–60% dieser Patienten zu den klinischen Zeichen (Dworkin 1983; Ebersole u. Machado 1985; Demmel u. Lamprecht 1990). Nächtlicher Bruxismus kann zu Schlafstörungen (Phase IV) und damit zu einem fehlenden Erholungseffekt führen, wie dies auch bei Patienten mit primärer Fibromyalgie (s. Kap. 6.14) beobachtet wurde. Auffallend ist auch die Gleichzeitigkeit von Muskelspasmen im Kiefer-Gesichts-Bereich und der Lendenwirbelsäule, Halswirbelsäule oder Schulter-Arm-Region. Während in der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des Auftretens kein Unterschied zwischen Männern und Frauen beobachtet werden konnte (Helkimo 1974; Lamprecht et al. 1986; Egle et al. 1999), scheinen Frauen wegen dieser Beschwerden sehr viel häufiger den Arzt oder die Klinik aufsuchen (Schwarz u. Cobin 1957; Franks 1967; Perry 1968; Buttler 1970; Weinberg u. Lagerheller 1980; Reider et al. 1983). Der Altersgipfel der Erkrankung liegt nach älterer Literatur zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (Schwarz u. Cobin 1957; Franks 1967), muss aber heute eher nach oben erweitert werden.

Darüber hinaus muss unterschieden werden zwischen Patienten, die keinerlei somatische Anzeichen einer Erkrankung erkennen lassen, solchen, die im Zahnbild eindeutige Zeichen von Bruxismus (Reiben oder Pressen der Zähne aufeinander) zeigen und Patienten, die zwar Bruxismuszeichen aufweisen, deren Schmerzbild aber nicht allein mit solchen Parafunktionen erklärt werden kann.

Ätiologische und pathogenetische Faktoren

Der Verlust von Zähnen im Bereich der Stützzonen, ungenügender oder dislozierender Kontakt beim Schlussbiss, Frühkontakte mit Seitabweichungen und Balancestörungen bei der Unterkieferexkursion führen zu einer Verlagerung der Kondylen aus ihrer zentrischen Position (Gerber 1971; Gausch 1979). Als Folge dieser funktionellen Störungen kommt es über neuromuskuläre Reflexmechanismen zu einem **gesteigertem Muskeltonus**, der wiederum mit dem unter Stress ansteigendem Muskeltonus kolludiert. Auch werden Muskelak-

tionen bei ausgedehntem Zahnverlust durch die fehlende okklusale Abstützung nicht genügend aufgefangen, sodass die Kräfte direkt auf das Kiefergelenk einwirken und Funktionsstörungen bewirken können (Gausch 1979). Auch **Traumata** sind als lokale Faktoren für das Beschwerdebild prägend. Diese können auch durch zahnärztliche Behandlungen wie Füllungen, Kronen oder Prothesen mit funktionell nicht adäquaten okklusalen Strukturen bedingt sein. Kieferfrakturen sowie verschiedene organische Grunderkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis), angeborene Fehlanlagen, degenerative Veränderungen etc. können ebenfalls zu einem orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom führen.

Experimentell konnte die Bedeutung **zentralnervöser Faktoren** beim orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom belegt werden. Mittels Elektrostimulation von Hypothalamus und Mandelkernen konnten orale Hyperaktivität und Bruxismus ausgelöst werden (Graber 1978). In experimentellen Belastungssituationen zeigten Patienten mit orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom im Elektromyogramm eine Zunahme der Muskelaktivitäten, während diese bei Gesunden im Verlaufe des Versuchs rückläufig waren (Frame et al. 1973). Auch Angst und Aggression führen bei diesen Patienten zu Muskelhyperaktivität und -anspannung (Cathomen-Rötheli et al. 1976; Heggendorf et al. 1979). Beim Vergleich verschiedener Muskelgruppen zeigte sich, dass Niveau und Zeitdauer der Aktivität des M. masseter deutlich höher bzw. länger waren als in anderen Muskelgruppen (Mm. temporalis, biceps und triceps) (Perry et al. 1960; Thomas et al. 1973; Greene et al. 1982; Heggendorf et al. 1998). Als **äußere Belastungsfaktoren**, die bei dieser Patientengruppe zur Auslösung der Schmerzsymptomatik führen, werden zu 30% Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, zu 12% familiäre Probleme, zu 6% Verantwortlichkeit für kranke Angehörige sowie ebenfalls zu 6% finanzielle Probleme beschrieben (Helöe et al. 1977).

Spezifische **Persönlichkeitsfaktoren** können bei dieser Patientengruppe nicht definiert werden. Allerdings werden Persönlichkeitsmerkmale beschrieben, die auch immer wieder bei anderen psychosomatischen Erkrankungen zu finden sind: Hinter einem nach außen gezeigten verantwortungsvollen, geschäftstüchtigen und angepasst-unauffälligen Verhalten zeigen sich die Patienten bei genauerer Betrachtung als gefühlsmäßig besonders kontrolliert, dabei vor allem aggressionsgehemmt, kränkbar sowie ängstlich und unsicher. Dies führt zu

Verleugnung jeglicher persönlicher Probleme (Lupton 1966; Pomp 1974; Cathomen-Rötheli et al. 1976; Staats et al. 1982; Demmel u. Lamprecht 1990). Diese Persönlichkeitsmerkmale können als gering ausgeprägte Ich-Stärke bei gleichzeitig stark ausgeprägtem Über-Ich (Engel 1951; Moulton 1955; Gross u. Vacchiano 1973) oder auch als „retentive Charakterneurose“ (Fallschlüssel 1983) verstanden werden.

Erklärt werden könnte dies aufgrund der Entwicklung dieser Patienten in **Kindheit** und **Jugend**. Im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen werden eine größere Zahl an frühen Verlusten eines Elternteils durch Scheidung, Trennung oder Tod (Helöe et al. 1976; Egle et al. 1993), eine emotionale Deprivation trotz Anwesenheit beider Elternteile (Violon 1980) sowie eine große erzieherische Strenge mit vielen Normen und Tabus (Fallschlüssel 1983; Demmel u. Neubauer 1988) sowie der fehlenden Möglichkeit aggressiver Auseinandersetzungen (Fallschlüssel 1983; Egle u. Demmel 1991) beschrieben. Aufgrund dieser Entwicklung in Kindheit und Jugend verfügen die Patienten bei der Bewältigung belastender Lebensereignisse nur über unreife Abwehrmechanismen (Egle et al. 1991a, b; Egle u. Nickel 1998), was dann bei ihrem Bemühen, sich nach außen als stark und unauffällig zu zeigen, aufgrund der engen zentralnervösen Verknüpfung des M. masseter mit dem limbischen System durch γ -Fasern (Laskin 1969; Yemm 1985) zu Muskelverspannungen und – wahrscheinlich durch Ermüdung – letztlich zu Muskelschmerzen führt.

Die Entwicklung in Kindheit und Jugend kann insofern als Prädisposition für ein psychogen verursachtes orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom verstanden werden,

das durch das Auftreten belastender Lebensereignisse, die aufgrund unreifer Abwehrmechanismen nur unzureichend bewältigt werden können, dann ausgelöst wird.

Abbildung 6.6-1 fasst die beiden skizzierten pathogenetischen Mechanismen, den zentralen und den lokalen bzw. peripheren, zusammen und zeigt gleichzeitig, wie sie im Sinne eines biopsychosozialen Geschehens auch miteinander interagieren können und damit meist den Chronifizierungsprozess bedingen.

Psychodynamisch stehen abgewehrte aggressive Impulse im Vordergrund. Dabei müssen zwei Mechanismen unterschieden werden: Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten, bei denen pathogenetisch zentrale Faktoren (vor allem Angst) im Vordergrund stehen, liegt der Mechanismus psychovegetativer Spannungszustände zugrunde (s. Kap. 2.7).

Bei einer kleineren Subgruppe, bei der keine Muskelverspannungen nachweisbar sind, ist psychodynamisch eher vom Mechanismus der Konversion (Engel 1951) bzw. der somatoformen Störung auszugehen. Auch hier sind zwar in engem zeitlichem Zusammenhang psychische Belastungssituationen vorhanden, doch können Wahl und Lokalisation aufgrund von konflikthaftern Wünschen und Vorstellungen oder einem Krankheitsmodell in der eigenen Anamnese oder bei wichtigen Bezugspersonen erklärt werden. Darüber hinaus dient das Symptom der Neutralisierung des zugrunde liegenden Konflikts (Adler u. Hemmeler 1992). Es handelt sich dabei um ein rein zentrales Phänomen, sodass Muskelverspannungen und „Tender Points“ hier fehlen.

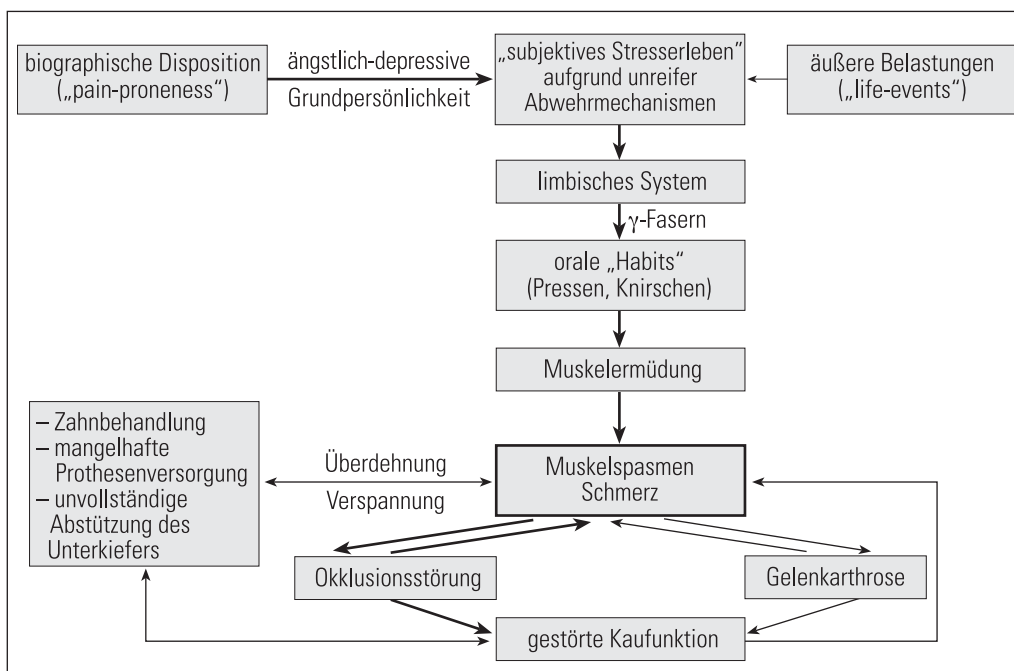


Abb. 6.6-1: Pathogenetisches Modell des orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndroms. (nach Egle u. Demmel 1993).

Atypischer Gesichtsschmerz

Fallbeispiel

Ein 35-jähriger Patient litt zum Zeitpunkt der Erstkonsultation bereits seit 5 Jahren an Dauerschmerzen im linken Oberkiefer. Diese wurden als dumpf und ziehend beschrieben mit einer Intensität von maximal 5 von 10 cm auf der visuellen Analogskala. Begleitsymptome lagen nicht vor. Begonnen hatten die Schmerzen im Rahmen einer akuten apikalen Parodontitis des Zahnes 25. Nach primär konservativen Behandlungsversuchen erfolgte die Extraktion des Zahnes. Zunächst trat eine kurzzeitige Besserung der Beschwerden ein. Nach der Präparation der Nachbarzähne 26 und 27 für eine Brücke kam es erneut zum Auftreten von Schmerzen und Verlagerung der Beschwerden auf diese Zähne. Wiederum erfolgte primär eine konservativ endodontische Behandlung der beiden Molaren, die Wurzelspitzenresektion schloss sich an. Eine nochmalige Revision des Operationsgebietes führte ebenfalls nicht zu einer Schmerz-

reduktion, weshalb dann die Extraktion der Zähne vorgenommen wurde.

Die klinische Untersuchung ergab außer einer iatrogen entstandenen Fremdkörpereinlagerung im Bereich der Gingiva Regio 25 keine Auffälligkeiten im Bereich des linken Oberkiefers. Insbesondere ließen sich keine neuropathischen Störungen nachweisen. Es bestand ein insgesamt erhöhter Muskeltonus im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich. Die Palpation war nicht schmerzhaft, Triggerpunkte konnten nicht nachgewiesen werden.

Die psychische Evaluation ergab eine schizoid getönte Persönlichkeitsstruktur sowie einen erheblichen Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt und eine basale Selbstwertproblematik. Im Rahmen einer beruflichen Umorientierung war es zu Problemkonstellationen gekommen, die im zeitlichen Bezug zu den Zahnbehandlungen standen.

Ätiologie und pathogenetische Faktoren

Die hohe sensible Innervationsdichte im Kiefer- und Gesichtsbereich sowie die emotional hohe Besetzung der orofazialen Region müssen als prädisponierende Faktoren angesehen werden. Sehr häufig ist ein Zusammenhang mit invasiven zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen vorhanden. Darüber hinaus werden aber auch eine vaskuläre Pathogenese (Hampf 1989) sowie Mechanismen vergleichbar der sympathischen Reflexdystrophie diskutiert (Maier et al. 1989).

Psychodynamische Erklärungskonzepte

Die häufige Komorbidität psychischer Erkrankungen wie Depression, Angst und Hypochondrie bei oft fehlendem lokalem Befund führten zur Theorie eines Konversionsmechanismus (Engel 1951). Im engen zeitlichen Zusammenhang kommt es zwar zu psychischen Belastungssituationen, doch Wahl des Symptoms und Lokalisation können aufgrund von konflikthaften Wünschen und Vorstellungen oder einem Krankheitsmodell aus der eigenen Anamnese oder bei wichtigen Bezugspersonen erklärt werden. Darüber hinaus dient das Symptom der Neutralisierung des zugrunde liegenden Konfliktes (Adler u. Hemmeler 1992). Es handelt sich also um ein zentrales Phänomen, sodass Muskelverspannungen und Triggerpunkte fehlen.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Der **atypische Gesichtsschmerz** ist ein Schmerzbild, das sich nicht in die bekannten Muster einer Neuralgie einordnen lässt. Insofern ist die synonym verwendete Bezeichnung „atypische Gesichtsneuralgie“ falsch. Die Patienten klagten über Schmerzen, die ständig da sind, nicht die Grenzen der Äste des N. trigeminus einhalten, oft auch beidseitig auftreten, mit Kopfschmerzen einhergehen und tageszeitlichen Schwankungen unterliegen. Eine Schmerzauslösung im Sinne des Triggermechanismus der echten Neuralgien fehlt oder ist nicht eindeutig reproduzierbar. Verwirren kann eine weitgehende Übereinstimmung der geschilderten Symptome aufgrund von Projektion, familiärer oder medizinischer Vorerfahrung („Patientenkarriere“) mit bekannten somatischen Erkrankungen, die aber letztendlich nie schlüssig bleibt. Diese Unstimmigkeit und die bio-psycho-soziale Anamnese führen zur Diagnose.

Das **orofaziale Schmerz-Dysfunktionssyndrom** ist differenzialdiagnostisch vor allem von der **Trigeminusneuralgie** (Tic douloureux) sowie dem **vaskulären Gesichtsschmerz** abzugrenzen. Meist kann schon durch eine genaue Symptomabklärung die Diagnose mit großer Sicherheit gestellt werden. Im Unterschied zu Patienten mit Trigeminusneuralgie und vaskulärem Gesichtsschmerz schildern Patienten mit orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom ihre Schmerzen als permanent vorhanden und räumen äußerstenfalls eine wechselnde Intensität ein. Während die Lokalisation beim vaskulären Gesichtsschmerz ebenso wie bei der Trigeminusneural-

gie fast immer einseitig ist (nur bei 3% aller Patienten mit Trigeminusneuralgie tritt diese beidseits auf!), berichten Patienten mit orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom häufiger von einer beidseitigen Lokalisation, vor allem wenn die Schmerzen schon längere Zeit andauern. Die Beidseitigkeit ist allerdings selten symmetrisch, was sich aus der unterschiedlichen Belastung der orofazialen Strukturen ableiten lässt. Die Parafunktion (Bruxismus) ist fast immer seitenbetont, schon wegen der asymmetrischen Zahnfehlkontakte. Die Patienten schildern ihre Schmerzen als brennend, dumpf und häufiger ausstrahlend, während Patienten mit vaskulärem Gesichtsschmerz ihre Schmerzen eher als pochend bzw. klopfend charakterisieren. Bei der Trigeminusneuralgie handelt es sich um plötzlich einschießende, stromstoßartige Schmerzen, die nur sehr kurz anhalten. Allerdings können auch Patienten mit Trigeminusneuralgie von anhaltenden Schmerzen sprechen, wobei dann eine genaue Symptomabklärung deutlich macht, dass es sich dabei um eine Aneinanderreihung von Einzelepisoden handelt. Die Schmerzauslösung erfolgt durch nichtschmerzhaft stimulierte, z. B. Kälte, Kaubewegungen, während beim orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom ebenso wie beim vaskulären Gesichtsschmerz keine Triggierung stattfindet. Als Begleitsymptome treten beim vaskulären Gesichtsschmerz häufig Gesichtsrötung, Tränenfluss und Rhinitis auf, was weder bei der Trigeminusneuralgie noch beim orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom zu beobachten ist.

Eine genaue biographische Anamnese erbringt, dass Patienten mit orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom früher häufig unter Bauchschmerzen, Kloßgefühl (Globus) und Atembeschwerden auch ohne körperliche Belastungen gelitten haben. Darüber hinaus zeigen sie ein Desinteresse an Sexualität. Die Eltern-Kind-Beziehung war von einem legalistischen Erziehungsstil geprägt, d. h. bei Meinungsverschiedenheiten war keine persönliche Auseinandersetzung möglich, Prügel und Misshandlungen seitens der Eltern sowie Scheidung bzw. Trennung der Eltern in den ersten 7 Lebensjahren waren nicht selten (Egle u. Demmel 1991; Egle u. Nickel 1998). Diese Patienten scheinen sehr selbstkritisch, opfern sich häufig für andere auf, sind unfähig, ihren Ärger abzureagieren, fühlen sich im sozialen Netzwerk missachtet sowie im Lebenskampf nicht durchsetzungsfähig (Lamprecht et al. 1986). Bei einer Patientengruppe, die bei sonst störungsfreier Artikulation über die Front- bzw. Eckzähne knirschte, fiel eine starke Polarisierung von Vater- und Mutterbild auf. Entweder war der Vater der alle Meinungen und Gefühlsäußerungen bestimmende und strafende Tyrann, und die Mutter war schwach, hilflos, keinen Schutz bietend, eher beim Kind Schutz suchend, oder die Mutter trat als Tyrann auf, und der Vater war der Versager. Der tyrannische Elternpart wird als extrem und unglaubwürdig moralisierend erlebt. Leistungsforderungen waren stets groß, Leistungsanerkennung blieb aus (Demmel u. Neubauer 1988).

Eine besondere diagnostische Schwierigkeit sind jene Patienten, deren Schmerzbild und Anamnese zwar dem des atypischen Gesichtsschmerzes entsprechen, deren Zahnbild aber deutliche Spuren von Bruxismus aufweist. Hier ist zu bedenken, dass die Mehrzahl aller Patienten im Laufe ihres Lebens vorübergehend mit den Zähnen knirscht, ohne ein orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom zu entwickeln. Die Spuren dieser Lebensphasen bleiben sichtbar. Die klinische Funktionsanalyse allein kann aufzeigen, dass zwischen den Schliiffacetten und den geschilderten Schmerzen kein funktioneller Zusammenhang besteht.

Die Abklärung der Entwicklung in Kindheit und Jugend setzt den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten voraus, da ansonsten diese Patienten im Rahmen ihrer ausgeprägten Neigung zur Verdrängung und Verleugnung von Konflikten eher das Bild einer glücklichen Kindheit vermitteln. Wie jede andere diagnostische Untersuchung ist die Durchführung einer biographischen Anamnese speziell zu lernen, d. h. setzt spezielle Fertigkeiten der Gesprächsführung voraus (Adler und Hemmeler 1992). Diese Fertigkeit ist insbesondere bei der Differenzialdiagnose zwischen atypischem Gesichtsschmerz und orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom von entscheidender Bedeutung.

Neben der symptombezogenen und biographischen Anamnese ist die sorgfältige klinische Untersuchung von großer differenzialdiagnostischer Bedeutung. Zum einen fühlt sich der Patient so in seinen in der Regel körperlich empfundenen Beschwerden angenommen, zum anderen können hierdurch Verdachtsdiagnosen, die sich im Rahmen der Anamnese ergeben haben, häufig direkt auf ihre Relevanz hin überprüft werden (s. Kap. 4.10). Dabei müssen auch sehr seltene zerebrale und systemische Erkrankungen, die mit ähnlichen Beschwerdebildern einhergehen können, in Erwägung gezogen und entsprechende fachärztliche Untersuchung veranlasst werden.

Therapieempfehlungen

Orofaziales Schmerz-Dysfunktionssyndrom

Vor Beginn jeglicher therapeutischen Intervention muss bei diesen Patienten eine intensive **Aufklärung** hinsichtlich der Charakteristika des Krankheitsbildes vor allem vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses erfolgen. Thematisiert werden sollten dabei die Benignität, der wechselhafte Verlauf, die Symptomvielfalt und der mögliche Symptomwechsel. Auch die psychischen Aspekte und ggf. aktuellen Belastungssituationen und die Zusammenhänge mit anderen körperlichen Beschwerden sind zu besprechen. Die Anleitung zu einer zeitlich begrenzten Selbstbeobachtung kann dazu dienen, Parafunktionen bewusst zu machen oder überhaupt aufzudecken. Die Anleitung zur Selbst-

massage der Kaumuskel, Mundöffnungsübungen oder physikalischen Eigentherapie (Kälte-/Wärmeapplikation) sind geeignete symptomatische Therapiemaßnahmen zur Schmerzlinderung, die den Patienten außerdem mit aktiven Krankheitsbewältigungsmechanismen vertraut machen (Dworkin u. Truelove 1997).

Als zahnärztliche Therapiemaßnahme können **Aufbissbehelfe** angefertigt werden. In der Regel handelt es sich dabei um okklusale Stabilisierungsschienen aus Kunststoff, die zum einen durch Aktivierung von Reflexmechanismen zu einer Muskelentspannung, aber auch zu einer Entlastung der Kiefergelenke führen sollen. Der therapeutische Nutzen setzt sich aus einem spezifischen Placebo- bzw. anderen unspezifischen Effekten zusammen (Greene et al. 1982). Der Erfolg scheint weder von der Tragedauer noch der Herstellungsart abhängig zu sein. Sowohl kurzzeitiges Tragen der Schiene während der zahnärztlichen Konsultation (Dao et al. 1994) als auch das Tragen konfektionierter Bissblöcke (Huggins et al. 1998; Truelove et al. 1998) führten zu vergleichbaren Therapieerfolgen wie das in der Regel empfohlene nächtliche Tragen der speziellen Aufbissbehelfe.

Physiotherapeutische Therapiemaßnahmen und psychologische Entspannungstechniken können ebenfalls effektiv in das Behandlungskonzept integriert werden (Turk et al. 1993b).

Die **Pharmakotherapie** sollte speziellen Indikationen vorbehalten bleiben und nur während eines überschaubaren Zeitraumes erfolgen. Es stehen sowohl lokale als auch systemische Regime zur Verfügung. Die gezielte Infiltration schmerzhafter Muskelanteile oder Triggerpunkte mit Lokalanästhetika bringt eine schnelle Schmerzreduktion in Akutphasen. Die ganglionäre Opioidanalgesie (GLOA) am Ganglion cervicale medius sollte nur eingesetzt werden, wenn die ersten Injektionen zu einer nachhaltigen Schmerzreduktion geführt haben. In welchem Umfang bei den Injektionstechniken Placeboeffekte die echte Wirksamkeit überlagern, konnte bislang nicht geklärt werden. Bei der systemischen Medikamentengabe werden in erster Linie nichtsteroidale Antiphlogistika und zentrale Muskelrelaxanzien im Rahmen einer probatorischen Begleittherapie eingesetzt. Erstere sollten nur bei klinisch manifester Entzündung oder im Rahmen einer funktionellen Übungsbehandlung und letztere wegen der Gefahr der Abhängigkeit höchstens über einen Zeitraum von 3–4 Wochen verordnet werden. Für den Einsatz von Antidepressiva, vor allem Amitriptylin, sprechen die Verbesserung des Nachtschlafes sowie analgetische Effekte. Eine spezifische Indikation besteht jedoch in der Regel nicht.

Über die Wirksamkeit **psychotherapeutischer Verfahren** liegen bisher die Ergebnisse nur einiger weniger Evaluationsstudien vor. Für das orofaziale Schmerz-Dysfunktionssyndrom sind sowohl die Wirksamkeit von Biofeedback (Olson u. Mallow 1987; Flor 1990) als auch von psychodynamisch orientierter Kurztherapie (Marbach u. Dworkin 1975; Dwor-

kin et al. 1994a) belegt worden. Dabei plädieren Marbach und Dworkin für die Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Antidepressiva. Zu berücksichtigen ist, dass Patienten mit orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndrom im Unterschied etwa zu Patienten mit chronischen Kopfschmerzen einer psychotherapeutischen Behandlung skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen und es einer erheblichen Arbeit bedarf, sie für eine Psychotherapie zu motivieren. Nur wenn der behandelnde Zahnarzt oder Neurologe selbst von Beginn an ein bio-psycho-soziales Schmerzkonzept explizit und bei der Durchführung der Diagnostik auch implizit gegenüber dem Patienten vertritt, kann dies gelingen. Am Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung des bereits beschriebenen Patienten sei dies illustriert:

Fortsetzung Fallbeispiel I

Im Rahmen einer analytisch orientierten Gruppentherapie für Schmerzpatienten (s. Kap. 5.11) verhält sich der Patient im ersten Jahr sehr zurückgezogen und beteiligt sich kaum am Gruppengeschehen. Nur wenn er von den anderen Gruppenteilnehmern aufgefordert oder vom Gruppenleiter direkt angesprochen wird, äußert er sich – ohne jedoch über sich selbst zu sprechen. Dabei erscheint er trotz eines recht weiten Anfahrtsweges regelmäßig zu den Gruppensitzungen und wirkt auch innerlich beteiligt. Seitens des Gruppentherapeuten wird dies als Reinszenierung verstanden: Der Patient bemüht sich, „das Gesicht zu wahren“, nicht negativ aufzufallen, gleichzeitig jedoch seine Lebenssituation nach außen abzuschotten. Als einige Gruppenmitglieder am Ende des ersten Jahres der Therapie ihre Skepsis hinsichtlich deren Wirksamkeit äußern, da ihre Schmerzen nach wie vor unverändert seien, schließt er sich diesen vorsichtig an. Danach kommt es zweimal dazu, dass er kurz vor der nächsten Gruppensitzung den Gruppenleiter anruft, um die Beendigung der Therapie anzukündigen. Es stellt sich heraus, dass er sein Schweigen als Niederlage erlebt, gleichzeitig jedoch nicht glaubt, sich zur Besprechung seiner persönlichen Schwierigkeiten vor der Gruppe überwinden zu können. Das Verständnis des Gruppenleiters für seine Zurückhaltung in diesen Telefongesprächen bei gleichzeitigem Insistieren auf die Fortsetzung der Therapie erlebt er – zumindest nach dem zweiten – als Unterstützung und bringt sich verstärkt selbst ein. Wenig später berichtet er von Situationen, in denen er sich für seinen Sohn eingesetzt hat, dem von Gleichaltrigen übel mitgespielt worden war. Auf diesem Hintergrund sind dann seine Wünsche an und seine Enttäuschungen über den Vater in der Gruppe zu bearbeiten. Er erkennt selbst, wie dies auch in seinem Verhalten gegenüber Vorgesetzten am Arbeitsplatz immer

wieder eine Rolle spielt. Daraus resultierend kommt es dann dazu, dass er Konflikte am Arbeitsplatz zunehmend austrägt und schließlich auch seine seiner Funktion entsprechende Bezahlung gegenüber dem Arbeitgeber durchsetzen kann. In dem Maße, wie der Patient seine Bedürfnisse sehen, seine aggressiven Anteile akzeptieren kann und nicht immer „sein Gesicht zu wahren“ bemüht ist, kommt es zu einer Veränderung in der Gesichtsschmerzsymptomatik: Immer häufiger berichtet er von längeren symptomfreien Intervallen, die er vor der Therapie nicht kannte. Am Ende der Therapie beschreibt er die situativ immer wieder auftretenden Gesichtsschmerzen als einen Indikator für Kränkung und Wut, die er in einer bestimmten Situation sich nicht zugestehen konnte.

Der therapeutische Weg setzt eine Einordnung des Einzelnen in die psychosozialen Zusammenhänge voraus und zielt auf eine Verbesserung des Körpergefühls sowie der Balance und damit eine Normalisierung des Muskeltonus und Entlastung vom Schmerz. Bei Patienten, bei denen eine Verspannung der Gesichtsmuskulatur belegbar ist, erscheint bei der meist eingetretenen Chronifizierung die Kombination eines **psychodynamisch orientierten Psychotherapieverfahrens mit einem körperorientierten Verfahren** als Therapie der Wahl. Therapeutisch werden für alle Bruxismusformen bisher Aufbisschienen, Bissführungsplatten oder Biofeedback empfohlen. Auf dem Hintergrund unserer Überlegungen zur Genese des orofazialen Schmerz-Dysfunktionssyndroms sind dies jedoch keine kausalen Therapien. Sie versuchen, dem Patienten zu beweisen, dass er wiederum etwas falsch macht. Als autoritäre Verordnung wollen sie den Patienten veranlassen, sich „richtig“ zu verhalten. Sie wollen ihn zur Rückkehr zur vorgegebenen Norm bewegen, da er nur ohne Leiden leben könne, wenn er diesen Anweisungen folgt. Der zugrunde liegende Konflikt mit Umwelt und Selbst wird verkannt. Weitere Therapieempfehlungen sind häufig autogenes Training oder krankengymnastische Übungen. Symptomverschiebungen, unter Umständen aus dem Fachgebiet des Zahnarztes hinaus, können eventuell Therapieerfolge vortäuschen.

Unter allen Umständen ist der Entwicklung der Angst vor einer ungewissen, bedrohlichen Krankheit entgegenzuwirken, die durch Zahnverlust und Gesichtsschmerz Selbstwert und soziale Beziehungen zerstört. Der Teufelskreis der Angst vor dem Versagen darf nicht in Gang gehalten werden. Diese Patienten brauchen in der Regel psychotherapeutische Hilfe. Wir stellen aber immer wieder eine starke somatische Fixierung fest: Kann im Laufe eines explorativen Gespräches eine gewisse Einsicht in die psychischen Zusammenhänge gewonnen werden, so ist oft schon in der nächsten Sitzung rein somati-

sche Kausaldenken vorherrschend als Ausdruck des „Nicht-Loslassen-Könnens“. Die Auflösung dieses Widerstandes kann am wirksamsten durch die Entwicklung von Körperbewusstsein und Körperempfinden eingeleitet werden. Durch Körpertherapien, wie z. B. funktionelle Entspannungstherapie (Fuchs 1984) oder Atemtherapie (Middendorf 1984) bekommen diese Patienten zunächst überhaupt einmal einen Eindruck über das Ausmaß der muskulären Verspannungen. Durch deren Wahrnehmung besteht auch die Chance, die psychischen Äquivalente der Verspannung wieder von der somatischen auf die psychische Ebene zu heben (Desomatisierung).

Atypischer Gesichtsschmerz

In erster Linie müssen **interdisziplinäre Therapiekonzepte** angestrebt werden. Deren wesentliche Pfeiler sind die analytische Psychotherapie und Pharmakotherapie.

Die Aufgabe des Zahnarztes beschränkt sich im Allgemeinen auf die sorgfältige Diagnostik und Verhinderung weiterer nichtindizierter, vor allem invasiver Behandlungen, dies in erster Linie vor dem Hintergrund der Chronifizierung und möglicher iatrogenen Schädigungen.

Durch den hohen Erwartungsdruck der Patienten und dem ausgesprochen drängenden und fordernden Verhalten bezüglich weiterer lokaler Therapiemaßnahmen ist das Risiko für verstümmelnde und neurodestruktive Eingriffe sehr hoch. Diese müssen nach heutigem Wissensstand jedoch als Kunstfehler angesehen werden.

Die Pharmakotherapie entspricht im Wesentlichen der neuropathischer Schmerzen, weist jedoch nur eine begrenzte Wirksamkeit auf (30–50%). Amitriptylin wird als Mittel der ersten Wahl eingesetzt. In Einzelfällen ist auch mit Carbamazepin oder Baclofen eine Schmerzreduktion zu erzielen. In jedem Fall ist eine Erfolgs- und Therapiekontrolle notwendig, da auch das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit bei diesen Patienten erhöht ist.

Nach lokaler Opiodanalgesie am Ganglion cervicale superius muss nach guter initialer Ansprechquote (75%) bei ca. der Hälfte der Patienten mit einem Rezidiv gerechnet werden (Maier 1996), sodass sie nur als ergänzendes Therapieverfahren indiziert ist. Entsprechend ist der Stellenwert der Sympathikusblockade, die nur beim Vorliegen gleichzeitiger autonomer Störungen indiziert ist.

Durchaus erfolgreich können TENS-Behandlung (transkutane elektrische Nervenstimulation) sowie Entspannungsverfahren ergänzend bei gleichzeitig bestehenden Muskelbeschwerden eingesetzt werden.