

Patientin mit unkontrollierbaren Blähungen wird zum Mobbingopfer

„Das größte Vergnügen im Leben besteht darin, Dinge zu tun, die man nach Meinung anderer Leute nicht fertig bringt.“ (Marcel Aymé)

Fallbericht

Indizes:

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD), Vegetative Dysfunktionen, Funktionsanalyse, Funktionstherapie, Laborgefertigte Dauerprovisorien, Definitive Rekonstruktionen, Vollkeramik, Schmerzen, Mobbing, Blähungen, Suizidgefahr

Zusammenfassung:

Die Frage der möglichen Kausalität zwischen vegetativen Dysfunktionen und Störungen der statischen und dynamischen Okklusion gewinnt angesichts der Zunahme von Patienten mit diesbezüglichen Symptomen an Relevanz. Neben der Erhebung einer ausführlichen Anamnese, stellt dabei auch das systematische Hinterfragen bereits abgegebener Diagnosen, die sich im Nachhinein häufig als Verdachtsdiagnosen entverifizieren, einen oftmals entscheidenden Faktor in der Diagnose und Therapie funktionell begründeter Störungen vegetativ versorgter Organsysteme heraus. Es besteht eine Tendenz Patienten mit diffusen Beschwerdebildern zu psychosomatisieren. Ohne den genauen Pathomechanismus darstellen zu können, besteht die Möglichkeit der eindeutig reproduzierbaren Zuordnung somatischer Beschwerden zu vorliegenden Störungen der statischen oder dynamischen Okklusion. Für den betroffenen Patienten ist es dabei belanglos, ob die medizinische Fachwelt sich in der Diskussion über mögliche Ursache-Wirk-Mechanismen einig wird. Der betroffene Patient wünscht eine Besserung seiner, oftmals Jahrzehnte andauernden, Beschwerdesituation. Dabei beweist sich vorrangig an der erfolgreich durchgeführten funktionstherapeutischen Maßnahme in Verbindung mit einer langjährig und regelmäßig erhobenen Reevaluation erst die Richtigkeit der behandlungsindizierenden Diagnose.

Einleitung:

Berichtet wird über den Fall einer damals 41-jährigen Patientin, die seit dem 13. Lebensjahr an starken Kopfschmerzen leidet und auf ihrer Arbeitsstelle gemobbt wird. In der ca. 30-jährigen andauernden Beschwerdeanamnese kommt es im Laufe der Jahre zu immer weiteren Beschwerden im Sinne einer zunehmenden Entgleisung vegetativer Normfunktionen.

Seit dem 13. LJ starke Kopfschmerzen, stetig zunehmend

Seit dem 28. LJ starke „Nebenhöhlenbeschwerden“

Seit dem 35. LJ zunehmende gesundheitliche Verschlechterung

Seit dem 37. LJ zunehmende unkontrollierbare Blähungen, mit der Folge eines Mobbing am Arbeitsplatz. U.a. Konsultationen von Heilpraktiker, Kinesiologie, Fußreflexzonenmassage ohne Besserung.

Seit dem 40. LJ zunehmende Angstzustände, soziale Vereinsamung, Verspannungen im Mund, Unterzungen- und Wangenbereich, nächtliches Zähnepressen, unruhiger Nachtschlaf, Verspannungen im Bereich der Halsschulternackermuskulatur und im Beckenbereich.

Vorgeschichte:

Die Patientin berichtet, sie sei direkt nach der Geburt an einem Ikterus erkrankt. Bis zum 7. Lebensjahr erkrankt sie an einer Vielzahl an Infektionen. Seit dem 13. Lebensjahr begannen starke Kopfschmerzen. Es besteht der Verdacht des physischen und psychischen Kindesmissbrauchs. Bereits seit der Schulzeit starke Halsschulternackenschmerzen. Mit dem 20. Lebensjahr Entfernung von 4 Weisheitszähnen. Seitdem bestehen bei Wetterumschwüngen starke Beschwerden im rechten Kieferwinkelbereich. Ab dem 25. Lebensjahr kommt es häufig zu Blasenentzündungen. Mit dem 28. Lebensjahr Aufnahme einer Berufstätigkeit. Zeitgleich begannen 3 bis mal im Jahr chronische „Nasennebenhöhlenbeschwerden“ in Verbindung mit sehr starken Schmerzen im Gesichtsbereich. Zusätzlich sehr starke Zugempfindlichkeit im Gesicht. Ein diagnostischer Nachweis für eine Veränderung der Nebenhöhlenbeschwerden fehlt trotz diesbezüglicher Abklärung. Regelmäßige Besuche beim Hausarzt, antibiotische Therapie, Krankschreibungen bleiben ohne Besserung der Beschwerden. Mit dem 30. Lebensjahr nimmt die Intensität der Kopfschmerzen etwas ab. Mit dem 35.

Lebensjahr nach einer Zahnbehandlung empfindet die Patientin eine Veränderung des Bisses. Die Kopf- und Gesichtsschmerzen nehmen extrem zu. Danach begannen zunehmende Blähungen, die von der Patientin nicht kontrolliert werden können. Auch nicht auf ihrer Arbeitsstelle. Es kommt nachfolgend zum Mobbing durch Arbeitskollegen. „Du stinkst“ wird der Patientin regelmäßig von Arbeitskollegen vorgehalten. Hinzu kommt eine zunehmende Angst, was die Ursache dieser Blähungen sein könnte, u.a. Erstsymptome von Darmkrebs. Die Mobbingattacken verstärken die vorhandenen Blähungen. Mit dem 39. Lebensjahr beginnen starke Verspannungen im Beckenbereich und im Kieferbereich, fast unerträglich. Die Verspannungen im Beckenbereich lösen sich nachfolgend, die im Kieferbereich nicht. Seit dem 40. Lebensjahr zunehmende psychische Probleme durch Mobbing, Blähungen und persistierende Schmerzzustände. Die Patientin hatte ihre Ernährung bereits vor längerer Zeit vegan umgestellt. Es folgt eine Hypnosebehandlung bei einem Heilpraktiker mit einer zeitlich begrenzten Verbesserung der Situation, weiterhin Irisdiagnostik und die Diagnose eine Magenschleimhautentzündung. Die Patientin sucht erfolglos einen Kinesiologen auf. Das Mobbing der Arbeitskollegen „Du stinkst“ verstärkt sich. Die Patientin sucht den Heilpraktiker alle 5 Wochen auf, ohne nennenswerte Besserung. In dieser Zeit erlebt die Patientin im Urlaub eine mehrwöchige Phase ohne Blähungen. Mit der Wiederaufnahme der Arbeit begannen Blähungen und Mobbing erneut. Ein neuer Hausarzt veranlasst eine Magendarmspiegelung, ohne greifbares Ergebnis. Es erfolgt eine Therapie gegen Eisenmangel mit 10 maliger Infusion. Im Weiteren erfolgt eine Ausschabung durch den Frauenarzt wegen irregulärer menstrualer Zwischenblutungen. Danach „kam die Patientin nicht mehr auf die Beine“, wie sie es beschreibt. Es folgt eine Akupunkturbehandlung mit einer leichten Verbesserung des Lebensgefühls der Patientin. Alle genannten Beschwerden persistieren. Etwa mit Erreichen des 42. Lebensjahres beginnen zunehmende Verspannungen im Gesichtsbereich. Die Patientin beschreibt Beschwerden beim Atmen. Sie könne nicht mehr „frei atmen“. Der gesamte Zustand der Patientin ist stark reduziert! Die Patientin wirkt allgemein erschöpft. Auf Grund einer Fernsehberichterstattung über eine Patientin des „CMD-CENTRUM-KIEL“ sucht die Patientin im Juli 2006 die Praxis erstmalig auf. Ihren Zustand beschreibt die Patientin zu diesem Zeitpunkt: „Ich stand kurz vor dem Ende.“

Befunde:

Die Patientin stellte sich mit einem überwiegend mit Amalgamfüllungen konservierend versorgten Gebiss vor. An Zahn 46 lag ein Eckenabbruch vor mit notwendiger Überkronungsindikation. Im Weiteren zeigte sich das Gebiss einer Anfang 40 jährigen Patientin, ohne erkennbare Dysgnathie, untypische Abrasionen oder Erosionen. Die parodontale Situation stellte sich überwiegend reizlos und alterstypisch dar. Auf einen CMD Kurzbefund wurde auf Grund ungenügender Validität, Reliabilität, Objektivität und Normierung derartiger Kurzbefunderhebungen verzichtet. Im Rahmen der Durchführung einer klinisch-manuell-provokativen Untersuchung des stomatognathen Systems wurde eine Myopathie des m.temporalis und masseter, beidseitig und eine Capsulitis der bilaminären Zone, rechts diagnostiziert. Die typischen Schmerzen wurden nicht nur durch die passive Kompression des rechten Kiefergelenks ausgelöst, sondern auch durch die passive Weiterführung bei maximaler aktiver Mundöffnung. Die Patientin zeigte im Rahmen der Überprüfung der dynamischen Okklusion in habitueller Bisslage beidseitige Mediotrusionsführungen. Die erhobenen Werte der intermaxillären Beweglichkeit erschienen im Normbereich. Auffallend waren unterdurchschnittlich flache Kiefergelenkbahnneigungen mit ca. 20 Grad, die einen Hinweis auf eine hereditäre funktionelle Prädisposition darstellen können.

Behandlungskonzept:

Das Behandlungskonzept orientiert sich an den wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGFDT. Diese werden allerdings nochmals verschärft. Nach der klinischen Erstuntersuchung und Erhebung einer umfangreichen Anamnese stand die Verdachtsdiagnose einer CMD. Die Nachweisführung der Kausalität zwischen Störungen der statischen und dynamischen Okklusion und den vorliegenden Beschwerden erfolgt über die Ausschaltung der vorhandenen Störungen über einen adjustierten Aufbissbehelf, der weitgehend 24 Stunden am Tag getragen werden musste. Dieser Aufbissbehelf hat eine rein diagnostische Ausrichtung. Die Herstellung erfolgte durch den Behandler persönlich, auf der Basis einer handkontrollierten, neuromuskulären Zentribissnahme, in einem volladjustierbaren Artikulator. Erst mit dem Nachweis der Kausalität, also der reproduzierbaren Verbesserung des Beschwerdebildes, durch dauerhaftes Tragen des Aufbissbehelfs, konnte die sichere Diagnose einer CMD, okklusaler Ätiologie, gestellt werden. Im weiteren Ablauf erfolgten die Durchführung einer Bewegungsanalyse, Instrumentellen Okklusionsanalyse und eines Diagnostisches Wax Up zum Zwecke einer funktionstherapeutischen Behandlungsplanung. Mit Laborgefertigten Dauerprovisorien erfolgte die Einstellung einer neuromuskulär zentrierten Bisslage bei ausgeglichener statischer Okklusion und interferenzfreier dynamischer Okklusion. Das Ziel der Behandlung bestand darin mindestens die Beschwerdelinderung zu erzielen, die im Rahmen der Diagnostik mit dem adjustierten Aufbissbehelf erzielt

werden konnte. In der Regel kommt es im Rahmen der Versorgung mit Laborgefertigten Dauerprovisorien zu einer weiteren Verbesserung der funktionellen Situation, weil diese Dauerprovisorien 24 Stunden am Tag über Monate getragen werden, ohne dass es durch das Herausnehmen eines Aufbissbehelfs zu immer wieder erneut traumatisierenden Belastungen vorgeschädigter Strukturen des stomatognathen Systems kommt und darüber hinaus die möglichen Nebenwirkungen eines okklusionssperrenden und damit die Vertikale verändernden Aufbissbehelfs vermieden wird. Nach einer Wartezeit von 6 bis 9 Monaten, in denen etwaige Komplikationen, wie endodontische Probleme, mögliche Änderungen des Okklusionskonzepts gelöst werden können, erfolgte nachfolgende die Umstellung der Laborgefertigten Dauerprovisorien auf definitive funktionstherapeutische Rekonstruktionen aus adhäsiv zementierter Vollkeramik. Nachfolgend ist es günstig den Patienten in eine regelmäßige parodontale und funktionelle Reevaluation einzustellen. Dies ist hier mit einem Recallintervall von 3 Monaten geschehen.

Durchführung der zahnärztlichen Funktionsanalyse:

Die Vorstellung der Patientin mit einem Beschwerdelevel von 9-10 erfolgte im Juli 2006. Bereits wenige Tage nach Eingliederung eines adjustierten Aufbissbehelfs empfindet die Patientin in ihren Biss als gerade und angenehm. Muskuläre Entspannung im Bereich der Hals-, Schulter- und Nackenmuskulatur. Die Patientin stellt u.a. fest eine Veränderung der Verdauung, ein Nachlassen, respektive Verschwinden der erheblichen Blähungen. Die Patientin beschreibt, sie habe ihre „Innere Mitte“ wieder gewonnen. Im November 2006 Eingliederung eines neuen Aufbissbehelfs nach 5 Monaten Materialermüdung des bisherigen Aufbissbehelfs. Im Februar 2007: Durchführung einer parodontalen Vorbehandlung.

Durchführung der zahnärztlichen Funktionstherapie:

Im Zeitraum von April 2007 bis Juli 2007 erfolgte in drei Versorgungsabschnitten die funktionstherapeutische Einstellung der Bisslage mit 28 Laborgefertigten Dauerprovisorien nach den o.a. Kriterien einer neuromuskulär zentrierten und interferenzfreien dynamischen Okklusion. Hierbei wurde insbesondere der Einstellung eines eng definierten „Spielraumes“, der dynamischen Exkursionsmöglichkeiten im Bereich der Fronteckzahnrelation Beachtung geschenkt. Eine erste Reevaluation im Juli 2007 zeigte in allen Bereichen bisheriger Beeinträchtigungen eine Reduktion des Ausgangsbeschwerdelevels auf ca. 20 bis 30% verbliebener Restbeschwerden. Nach weiterer Optimierung der Okklusion auf einen Mikrometermaßstab von ca. 8µm war Ende Juli 2007 eine weitestgehende Beschwerdefreiheit der Patientin erreicht. Nach erneuten Reevaluationen und überprüfender Instrumenteller Okklusionsanalyse im September 2007 erfolgte in der Zeit von März 2008 bis Juni 2008, ebenfalls in drei Versorgungsschritten, die Umsetzung der erzielten funktionstherapeutischen Einstellung der Bisslage mit dem Austausch bisheriger Kunststoffrestaurationen auf vollkeramisch-definitive Restaurationen. Mit der Erhebung einer funktionellen Abschlussuntersuchung im Juli 2008 befindet sich die Patientin seit nunmehr annähernd 13 Jahren in einem Reevaluationsintervall von 3 Monaten. In den 12 Jahren postoperativ rekonstruktiv mussten im Zeitraum von 2008 bis 2013 zwei Vollkeramiken nach Ablösung adhäsiv neu zementiert werden. Seit dem Jahr 2013 bis 2020 mussten insgesamt 9 Vollkeramiken aus unterschiedlichen Gründen ersetzt werden, zumeist wegen Frakturen.

Ergebnisse:

Die Anamneseerhebung erfolgt regelmäßig auf der Grundlage bestehender Erkenntnisse. Häufig nur durch Zufall kommt es zu neuen Erkenntnissen, wie in diesem Behandlungsfall. Die Patientin ist seit Eingliederung eines adjustierten Aufbissbehelfs weitgehend beschwerdefrei. Zum damaligen Zeitpunkt wurde im CMD CENTRUM KIEL noch nicht mit einem Zahlensystem (0-10) gearbeitet. Die Patientin gab vor der Behandlung bzgl. des bestehenden Beschwerdelevels an: „Ich stand damals kurz vor dem Ende.“ Zu ersten erkennbaren und dokumentierten Besserungen bestehender Beschwerden ist es bereits innerhalb der ersten vier Tage, nach Eingliederung des Aufbissbehelfs gekommen. Mit Einstellung einer neuromuskulär zentrierten Bisslage über Laborgefertigte Dauerprovisorien, unter strenger Beachtung patientenindividuell kiefergelenkbezogener Parameter, zwischen April 2007 und August 2007 ist die Patientin funktionell weitgehend beschwerdefrei. Ab September 2009 ist die Patientin vollkommen beschwerdefrei. Im September 2007 erfolgt eine Überprüfung der Bisslage im Sinne einer Instrumentellen Okklusionsanalyse. Ab März 2008 bis Juli 2008 erfolgt der Austausch Laborgefertigter Dauerprovisorien durch vollkeramische Versorgungen. Im März 2009 erfolgt eine Instrumentelle Okklusionsanalyse, weiterhin im März 2009 die Herstellung eines adjustierten Aufbissbehelfs für die Nacht in beruflichen Stressspitzen. Die Patientin ist während der gesamten Behandlung in einem engmaschigen 3 monatigen Recall eingebunden, der bis heute wahrgenommen wird. Es erfolgen regelmäßige

feinokklusale Kontrollen und gegebenenfalls Korrekturen, vorrangig im Bereich der Frontversorgungen. Im Juli 2013 Neuerstellung Vollkeramik 14. Im November 2013 Neuerstellung Vollkeramik 16. Im April 2016 Erneuerung Vollkeramik 13 wegen Sekundärkaries. Im April 2017 Neuerstellung Vollkeramik 27 nach Fraktur. Juni 2017, Neuerstellung 31 nach Fraktur. September 2017: Neuerstellung 24 nach Fraktur. Juli 2018, Neuerstellung Vollkeramik 25. Oktober 2019, Neuerstellung 14 wegen Sekundärkaries. Die Patientin ist seit Einstellung einer neuromuskulär zentrierten, interferenzfreien Bisslage im Jahr 2007, als seit nunmehr 13 Jahren weitestgehend bis vollkommen beschwerdefrei. Das Problem der unkontrollierten Blähungen, verbunden mit einhergehenden Mobbing am Arbeitsplatz nicht wieder aufgetreten. Den Beschwerdelevel gibt die Patientin aktuell mit 0-1 an. Die okklusale Situation stellt sich seit 2007 als stabil dar, bedarf aber gelegentlicher feinokklusaler Korrekturen im Bereich von ca. 10 bis 15µm. Im Zusammenhang mit der funktionellen Abschlussuntersuchung im Juli 2008 gibt die Patientin an: „Das hat mein Leben gerettet diese Behandlung.“ Dieser Zustand hält seit nunmehr 12 Jahren an. Bis zu diesem Fall wurde im Rahmen der Anamnese das Vorliegen von starken Blähungen nicht erfragt. Seit diesem Fall werden auf der Grundlage eines erweiterten Befundbogens im Zusammenhang mit funktionellen Beschwerden stärkere Blähungen im Sinne einer begleitenden vegetativen Dysfunktion bei funktionellen Beschwerden regelmäßig angegeben.

Gerade angesichts der langjährigen Beschwerdeggeschichte der Patientin, einer Vielzahl medizinisch und komplementärmedizinischer Vorbehandler und der leitlinienbezogenen funktionsdiagnostischen und funktionstherapeutischen Behandlungsmaßnahmen steht in diesem Fall fest, dass Störungen der Okklusion im Zusammenhang zu vielfältigen Beschwerden, im Sinne einer Entgleisung vegetativer Normfunktionen, stehen können. Der erfolgreiche funktionstherapeutische Behandlungsverlauf mit nunmehr 13 Jahren weitestgehender Beschwerdefreiheit postoperativ, lässt keine andere Deutung zu.

Diskussion:

Aus diesem konkreten Fall lassen sich drei Erkenntnisse ableiten.

1. Trotz jahrzehntelanger, am Ende existenzbedrohlicher Beschwerden, einer Vielzahl aufgesuchter Gesundheitsdienstleister aus dem Bereich der Schul- und der Komplementärmedizin, ist es, vor der funktionsdiagnostisch/therapeutischen Rekonstruktion des Kauorgans der Patientin, nicht gelungen eine Kausalität zwischen bestehenden Beschwerden und Störungen der statischen und dynamischen Okklusion nachzuweisen. Nach 13 Jahren erfolgreicher funktionstherapeutischer Einstellung der Bisslage bei bestehender Beschwerdefreiheit der Patientin ist dieser Nachweis erbracht, ohne dass exakt klar ist, wie der genaue Pathomechanismus funktioniert! Dieses Problem allerdings kommt regelmäßig in der Beurteilung medizinischer Ursache-Wirk-Mechanismen vor.

2. Die Erneuerung von 8 von 28 Vollkeramiken in 13 jähriger Gebrauchsperiode erscheint auf den ersten Blick im Vergleich zu sogenannten „Überlebensratenuntersuchungen“ vollkeramischer Restaurationen viel. Dem ist entgegen zu halten, dass funktionstherapeutische Restaurationen im Vergleich zu Versorgungen der üblichen Defektzahnheilkunde unter anderen Voraussetzungen erfolgen. Zum einen ist davon auszugehen, dass CMD Patienten über ein gesteigertes psychomotorisches Aktionspotential verfügen, welches auch durch die Einstellung einer störungsfreien Okklusion nicht unterbunden wird. Von daher gilt auch die rekonstruierend nachträgliche Anwendung von Aufbissbehelfen bei „Stressspitzen“ als vertretbar. Im Vergleich zu Versorgungen der üblichen Defektzahnheilkunde, können aber bei therapeutisch angestrebter Veränderung der Bisslage häufig nicht die notwendigen okklusalen Substanzabträge erzielt werden, wie diese aus materialspezifischen Gründen notwendig wären. Zum anderen besteht der Unterschied in diesem konkreten Behandlungsfall darin, dass die Patientin nach 30 jährigem Leidensweg zumindest vor dem Ende ihrer Erwerbskarriere, möglicherweise sogar vor dem Suizid stand. Dabei ist es müßig darüber zu spekulieren, ob die Patientin sich möglicherweise bei weiterem Bestehen ihrer Beschwerden suizidiert hätte. Überlegungen, die in der „normalen“ Defektzahnheilkunde glücklicherweise nicht aufkommen, in der Behandlung derartiger Patienten aber regelmäßig erfolgen und selbstverständlich Eingang in die Überlegungen des Behandlers finden müssen.

3. Es gibt unzweifelhaft Patienten, bei denen es möglich ist eine deutlich lebensverbessernde okklusionsverändernde Behandlung vorzunehmen, unabhängig von der Feststellung, was in wissenschaftlichen Reihenuntersuchungen festgestellt worden ist. Dabei ergeben sich bestimmte Konstellationen von beschriebenen Beschwerden und möglichen Zusammenhängen stets nur aus dem intimen anamnestischen Gespräch zwischen Patient und Behandler und können durch noch so viele vorgefabrizierte Fragebögen, geschweige denn IT gestützte Systeme nicht ersetzt werden. Diagnose und therapieentscheidend ist dabei der

reproduzierbare Nachweis eines bestehenden Kausalzusammenhangs zwischen vorhandenen Störungen der Okklusion und beschriebenen Symptomen einer vermuteten CMD über einen adjustierten Aufbissbehelf. Diesem Aufbissbehelf und seiner konkreten Ausführung kommt dabei eine derart eminent hohe diagnostische Bedeutung zu, die ihm in der konkreten Umsetzung häufig nicht zuteil wird. Eine Kritik, die sich auch auf die angesprochenen, vorliegenden wissenschaftlichen Reihenuntersuchungen und damit deren Aussagefähigkeit anwenden lässt.