

zm

Rückschlag für das E-Rezept

Die KZBV plädiert für einen vorläufigen Stopp des Rollouts, bis die gematik „ihre Hausaufgaben“ gemacht hat.

SEITE 10

BZÄK-Bundesversammlung

Diskutiert wurden die Folgen des GKV-FinStG, der Fachkräftemangel und das politische Gewicht der Zahnärzte.

SEITE 16

Klinisch-ethische Falldiskussion

Vater-Sohn-Konflikt: Bleiben wir beim präventionsorientierten Konzept oder setzen wir auch auf kosmetische Maßnahmen?

SEITE 52

GESICHTSSCHMERZEN

Sind's wirklich die Zähne?





Foto: AdobeStock / Aleksej

KLASSIFIZIERUNG UND THERAPIE

Gesichtsschmerzsyndrome im zahnärztlichen Alltag

Katharina Besch, Sima Daneshkhah, Vanessa Ciancia, Arne May, Thomas Beikler, Martin Gosau, Christian Knipfer

Viele Patienten mit Gesichtsschmerzen sind zuerst in der Zahnarztpraxis vorstellig. Das Gros zeigt dabei kein greifbares dentales Korrelat zu den angegebenen Schmerzen. Viele ZahnärztInnen sind jedoch mit Klassifizierung und adäquater Therapie des nicht-dentalen Gesichtsschmerzes nur wenig vertraut. Daraus können sich Behandlungsdefizite mit langfristigen Folgen ergeben. Zahnärztliche Eingriffe können schlimmstenfalls sogar zu einer Ausbreitung und Chronifizierung der Schmerzen führen.

Im Jahr 2020 wurde erstmals die international anerkannte Gesichtsschmerz-Klassifikation, die „International Classification of Orofacial Pain“ (ICOP) eingeführt [ICOP Committee, 2020]. Sie ist eng angelehnt an die dritte Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen (ICHD-3) der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft, die 2018 erstmalig erschienen ist [IHS, 2018]. Die ICOP soll helfen,

Gesichtsschmerzsyndrome besser zu klassifizieren und so die adäquate interdisziplinäre Versorgung der betroffenen PatientInnen im klinischen Alltag zu gewährleisten.

Gesichtsschmerzsyndrome werden laut ICOP in sechs Gruppen eingeteilt. Bei den Gruppen eins bis drei handelt es sich um Erkrankungen des Kauapparats mit 1. symptomatischen Schmerzen der Zähne und des Zahn-

halteapparats, 2. myofaszialen Gesichtsschmerzen und 3. Kiefergelenkschmerzen. Diese Erkrankungen sind ZahnärztInnen vertraut, die Diagnostik ist eindeutiger und die Behandlung liegt im Spektrum der Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde.

Zu den Gruppen vier bis sechs zählen Gesichtsschmerzsyndrome, die nicht primär von den Zähnen, dem Zahnhalteapparat oder dem Kiefergelenk ausgehen (Abbildung 1). Hier unterscheidet man 4. Gesichtsschmerzen aufgrund von Erkrankungen oder Läsionen der Hirnnerven, etwa neuropathische Gesichtsschmerzen wie der posttraumatische trigeminusassoziierte Gesichtsschmerz (Post-traumatic trigeminal neuropathic pain PTTN) oder die Trigeminalneuralgie, 5. Gesichtsschmerzen, die den primären Kopfschmerzsyndromen ähneln, zum Beispiel die faziale Migräne oder der faziale Clusterkopfschmerz, sowie 6. das idiopathische Gesichtsschmerzsyndrom. Jene Syndrome sind in der Praxis häufig nicht leicht zu diagnostizieren und erfordern eine intensive interdisziplinäre Behandlungsstrategie, die die Fachbereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Neurologie sowie der Psycho- und Schmerztherapie potenziell mit einschließt [5]. Bei diesen Krankheitsbil-

dern steht primär ein zahnmedizinisch konservatives Behandlungskonzept im Vordergrund.

Im Folgenden wird ein Überblick über die am häufigsten vorkommenden klinisch relevanten Gesichtsschmerzsyndrome der Gruppen vier bis sechs gegeben. Die vierte Gruppe der ICOP wird dabei zum Einstieg anhand eines Fallbeispiels neuropathischer Gesichtsschmerzen näher beschrieben.

GESICHTSSCHMERZEN DER KLASSE 4

Die Klasse 4 der ICOP bezieht sich auf Gesichtsschmerzen, die aufgrund von Läsionen oder Erkrankungen von Hirnnerven wie dem Nervus trigeminus oder seltener auch dem Nervus glossopharyngeus zurückzuführen sind. Hier soll auf die Nervus-trigeminus-assoziierten Gesichtsschmerzen mit deren für die zahnärztliche Praxis wesentlichen Krankheitsbildern der Trigeminusneuralgie und des neuropathischen Gesichtsschmerzes mit der dazu zählenden PTTN eingegangen werden.



DR. MED. KATHARINA BESCH

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie

Martinistr. 52, 20251 Hamburg

k.besch@uke.de

Foto: privat

DIE TRIGEMINUSNEURALGIE

Die Trigeminusneuralgie (TN) ist mit einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von 0,16 bis 0,3 Prozent [Maarbjer et al., 2017] eine häufige Form des Gesichtsschmerzes. Die Schmerzzattacken treten meist streng einseitig auf und können mehrere Versorgungsgebiete des Nervus trigeminus betreffen. Überwiegend ist das Versorgungsgebiet des zweiten Trigeminusastes betroffen gefolgt von dem dritten, seltener der erste Trigeminusast [Sindou und Brinzeu, 2020].

Nicht jede Trigeminusneuralgie ist triggerbar, die Auslösbarkeit des Schmerzes durch Berührung, Kälte oder Essen und Trinken ist jedoch typisch. Entscheidend für die Diagnose sind das neuralgiforme, „stromschlagartige“ Auftreten und ein sekundenlanges bis hin zu zweiminütiges Anhalten der Attacken. Diese gehen mit einer sehr starken Schmerzintensität einher. Differenziert wird die „klassische TN“ mit Nerv-Gefäß-Kontakt von der „idiopathischen TN“ ohne anatomisches Korrelat bei identischem klinischen Bild [Benoliel und Gaul, 2017]. Beide Formen sind von der „sekundären TN“ abzugrenzen, die auf eine Grunderkrankung, wie eine raumfordernde Läsion (Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels oder eine AV-Malformation) oder Multiple Sklerose zurückgeführt wird. Zum Ausschluss einer symptomatischen Ursache wird leitliniengerecht eine hochauflösende cMRT-Bildgebung empfohlen [Bendtsen et al., 2019].

Die langfristige Therapieempfehlung gilt einer primär medikamentösen Therapie mit dem Antikonvulsivum Carbamazepin (100 mg 1–0–1) mit langsamer Dosissteigerung auf maximal 1.200 mg/Tag) als Substanz der ersten Wahl mit einem 90 Prozent initialen und 50 Prozent langfristigen Ansprechen [Förderreuther et al., 2012]. Alternativ kann Oxcarbazepin (300 mg 1–0–1) mit Dosissteigerung bis 900–1800 mg pro Tag eingesetzt werden. Gabapentin und Topiramate sind Mittel der zweiten Wahl, danach kommen etwa Kombinationen der oben genannten Substanzklassen infrage. Die invasive mikrovaskuläre Dekompression (nach Janetta) oder, in zweiter Wahl, neuroablative Verfahren des trigeminalen Ganglions werden in der Leitlinie nur bei konservativ nicht beherrschbaren Attacken der klassischen TN angestrebt.

NEUROPATHISCHER GESICHTSSCHMERZ DES N. TRIGEMINUS

Neuropathische Gesichtsschmerzen sind durch eine Läsion oder Dysfunktion der Hirnnerven definiert. Sie werden von Betroffenen oft als brennend, stechend und manchmal zusätzlich als attackenartig beschrieben. Typische neurologische Begleitscheinungen sind Positivsymptome

DR. MED.

SIMA DANESHKHAH

Institut für Systemische Neurowissenschaften,
Zentrum für Experimentelle Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20251 Hamburg

wie die Allodynie oder Dysästhesie sowie Negativsymptome wie der Hypästhesie oder Anästhesie im Schmerzbereich. Neuropathische Schmerzen können auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein. Dazu zählen unter anderem der Herpes-Zoster-assoziierte Trigeminusschmerz, die Post-Zoster-Neuralgie, sowie die im Fallbeispiel beschriebene PTTN, die hier näher vorgestellt wird [ICOP Committee, 2020].

PERSISTIERENDER POSTTRAUMATISCHER GESICHTSSCHMERZ

Die im Fallbeispiel beschriebene PTTN ist definiert als ein- oder zweiseitiger andauernder Gesichtsschmerz nach Trauma des Nervus trigeminus. Die Trigeminusbeteiligung kann durch ein Trauma, eine Entzündung, Tumor oder durch operative Eingriffe entstehen. Wenn die Wundheilung des initialen Traumas abgeschlossen ist, entsteht der Schmerz leicht verzögert typischerweise innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma und persistiert länger als drei Monate.

Die Schmerzen treten konstant auf, hin und wieder werden zusätzliche Paroxysmen beschrieben. Der Schmerzcharakter ist brennend, stechend oder drückend und kann eine hohe Schmerzstärke erreichen. Entscheidend für die Abgrenzung zu dem idiopathisch persistierenden Gesichtsschmerz (ICOP Klasse 6) sind die im Schmerzbereich objektivierbaren Positivsymptome und/oder Negativsymptome, die eben auf eine Nervenbeteiligung hinweisen [ICOP, 2020].

Besteht der Hinweis auf eine PTTN, sollte von invasiven Eingriffen im Schmerzgebiet bei fehlender Indikation eindeutig abgesehen werden. Operative Eingriffe zur Schmerztherapie können zwar vorübergehend Schmerzen lindern, ziehen oft aber eine Chronifizierung oder Ausbreitung der Schmerzen nach sich.

INTERNATIONALE GESICHTSSCHMERZKLASSIFIKATION (ICOP)

Erkrankungen des Kauapparates			Gesichtsschmerzsyndrome		
1 Gesichtsschmerzen aufgrund von Störungen des Zahnhalteappa- rates	2 Myofasziale Gesichtsschmerzen	3 Schmerzen des Kiefergelenkes	4 Erkrankungen oder Läsionen der Hirnnerven	5 Gesichtsschmerzen die an Präsen- tationen primären Kopfschmerzsyn- dromen erinnern	6 Idiopathische Gesichtsschmerzen
Zahnschmerzen	Primäre myofasziale Gesichtsschmerzen	Primäre Schmerzen des Kiefergelenkes	Schmerzen auf- grund von Läsionen oder Erkrankungen des Nervus Trigeminus	Orofaziale Migräne	Burning Mouth Syndrome (BMS)
Schmerzen der MSH, Speicheldrüsen und Kieferknochen	Sekundäre myofasziale Gesichtsschmerzen	Sekundäre Schmerzen des Kiefergelenkes	Schmerzen auf- grund von Läsion oder Erkrankung des Nervus glosso- pharyngeus	Spannungsgesichts- schmerzen	Persistierender idiopathischer Gesichtsschmerz (PIFP)
				Gesichtsschmerzen aus dem Gebiet des Nervus Trigeminus	Persistierender idio- pathischer dentoal- veolärer Schmerz
				Neurovaskuläre Gesichtsschmerzen	Dauerhafte einseitige Gesichtsschmerzen mit zusätzlichen Attacken (CUPFA)

Tab. 1, Übersicht über die Gruppen der ICOP mit ausgewählten Untergruppen, gekürzt.

Die Therapie des neuropathischen Gesichtsschmerzes erfolgt daher in erster Linie konservativ mittels Antikonvulsiva und Antidepressiva. Für die Antikonvulsiva ist die Gabe von Gabapentin mit einer initialen Dosis von 100 mg (1–1–1) Erstlinientherapie. Das Medikament kann auf eine Gesamttagesdosis von 3.600 mg/Tag gesteigert werden. Alternativ kann Pregabalin mit einer Initialdosis von 25 mg 1–2x/Tag zu bis zu 600 mg/Tag gegeben werden. Dabei wirken die Antikonvulsiva hemmend auf periphere und zentrale nozizeptive Neurone und führen so zu einer Schmerzreduktion. Eine weitere Therapieoption stellen Trizyklische Antidepressiva (TZA) oder Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) dar. Als TZA wird Amitriptylin, beginnend mit einer Dosis von 10 bis 25 mg (0–0–1) eingesetzt. Die Steigerung ist bis 75 mg/Tag möglich. Da die antidepressive Wirkung von TZA erst bei einer höheren Dosis einsetzt, wirkt die TZA hier lediglich

analgesierend. Das SSNRI Duloxetine wirkt analgetisch durch Verstärkung schmerzhemmender Bahnsysteme bei gleichzeitiger antidepressiv wirkender Wiederaufnahme der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin [Binder und Baron, 2016]. Demnach kann Duloxetine mit einer Initialdosis von 30 mg (1–0–0) begonnen und innerhalb von ein bis zwei Wochen auf 120 mg pro Tag gesteigert werden. Eine Dosisanpassung bei Nierenfunktionsstörungen ist bei allen Medikamenten nötig.

GESICHTSSCHMERZEN DER KLASSE 5

Zu den fazialen Kopfschmerzsyndromen (ICOP Gruppe 5) zählen die fa-

VANESSA CIANCIA

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20251 Hamburg

ziale Migräne (2,3 Prozent aller Migränepatienten) und der faziale Clusterkopfschmerz (14,8 Prozent aller Clusterpatienten) [Ziegeler und May, 2019]. Die Betroffenen berichten in der Regel über attackenartige Schmerzen des Ober- oder Unterkiefers oder der Zähne, die in der Attackenlänge und bezüglich der Begleitsymptome an primäre Kopfschmerzsyndrome erinnern.

Man unterscheidet drei Typen: Typ 1 tritt als Kopfschmerz, zum Beispiel Migräne, auf mit Ausstrahlung der Schmerzen in das Gesicht. Typ 2 begrenzt sich ausschließlich auf das Gesicht, allerdings mit in der Vorgeschichte primärer und nun abgeklungener Kopfschmerzkrankung gleicher Dauer. Typ 3 charakterisiert einen de Novo Gesichtsschmerz, der sich strikt auf das Gesicht bezieht und in Dauer und Begleitsymptomen einem primären Kopfschmerz ähnelt; jedoch ohne Kopfschmerzen in der klinischen Anamnese. Die Diagnose-

kriterien sind dabei das attackenartige Auftreten und die Dauer der Gesichtsschmerzen, die mit der Dauer eines Migränekopfschmerzes (4 bis 72 Stunden) oder eines Clusterkopfschmerzes (30 bis 180 Minuten) vergleichbar sind. Beim migräneartigen Gesichtsschmerz kann es zu den typischen vegetativen Begleitsymptomen wie Licht- und Lärmempfindlichkeit und Übelkeit während der Attacken kommen. Beim clusterartigen Gesichtsschmerz kann es zu autonomen Symptomen wie tränenden Augen, Rhinorrhoe, Schwitzen, Miosis oder Ptosis, Lidödem sowie zu allgemeiner Unruhe und Agitiertheit kommen [Sommer 2012].

Die Therapie erfolgt analog der Therapie des jeweiligen regulären Kopfschmerztyps nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (DMKG) zur Kopfschmerztherapie [May et al., 2016, Diener et al., 2018]. Akut werden bei der faziellen Migräne nicht-Steroidale Antirheumatika (Ibuprofen bis 1.600 mg pro Tag oder ASS bis 1.000 mg oral) oder Triptane (Sumatriptan 50 bis 100 mg oral, 6 mg subkutan oder Zol-

mitriptan, 2,5 bis 5 mg oral) eingesetzt. Prophylaktisch können Antihypertensiva wie Betablocker und Candesartan eingesetzt werden sowie das TZA Amitriptylin (bis 75 mg pro Tag).

PROF. DR. MED. ARNE MAY

Institut für Systemische Neurowissenschaften, Zentrum für Experimentelle Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20251 Hamburg

Der faziale Clusterkopfschmerz wird akut zusätzlich zu Triptanen (Mittel der Wahl Sumatriptan, 6 mg subkutan oder 20 mg als Nasenspray) mittels unterstützender Sauerstoffinhalation (>8 Liter 100 Prozent Sauerstoff/min bis zu 20 Minuten) therapiert. Prophylaktisch gilt als Medikament erster Wahl der Calciumantagonist Verapamil (80 mg pro Tag 1–1–1). Des Weiteren werden Ergotamintartrat (2 bis 4 mg pro Tag oral) oder Lithium (600 bis 1.500 mg pro Tag retard oral, regelmäßige Spiegelkontrollen) eingesetzt. Wichtig ist die zeitnahe neurologische oder schmerztherapeutische Vorstellung um einer Chronifizierung vorzubeugen.

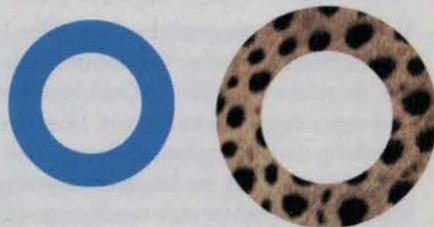
GESICHTSSCHMERZEN DER KLASSE 6

Der Persistierende Idiopathische Gesichtsschmerz (Persistent Idiopathic Facial Pain, PIFP), früher als atypischer Gesichtsschmerz bezeichnet, zählt zur ICOP Klasse 6. PIEP unterscheidet sich von dem oben genannten neuropathischen Gesichtsschmerz durch den fehlenden Nachweis einer Nervenläsion. Die Schmerzen sind damit nicht an ein bestimmtes Nervenversorgungsgebiet gebunden, es kommen daher klassisch keine Positiv- oder Negativsymptome vor. Bei dem PIFP handelt es sich um eine seltene chronische Schmerzerkrankung mit unzureichend erforschtem Entstehungsmechanismus [ICOP,

ZM-LESERSERVICE



Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



charly
by solutio

Die Zahnarztsoftware charly

Das Herz in der digital vernetzten Zahnarztpraxis

charly optimiert und digitalisiert Ihre Praxisprozesse und ermöglicht Ihnen maximalen wirtschaftlichen Erfolg, mehr Honorarsicherheit, kontinuierliche Qualitätssteigerung und spürbare Zeitersparnis. Zum Wohl Ihrer Praxis und Ihrer Patienten.

Sie sind Neugründer oder interessieren sich für einen Softwarewechsel?
Lernen Sie charly kennen.



FALLBEISPIEL

Anamnese

Eine 45-jährige Patientin stellte sich 2019 zum ersten Mal in der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) vor. Innerhalb eines halben Jahres nach prothetischer Versorgung von im Jahr 2012 gesetzten Implantaten in der Regio 024 und 025 stellten sich bei ihr starke Schmerzen der linken Gesichtshälfte ein.

Die Entfernung der Suprakonstruktion und der damit erfolgten kaufunktionellen Entlastung führte innerhalb von drei Monaten nicht zur Beschwerdebesserung. Die täglich über mehrere Stunden vorhandenen Schmerzen mit undulierender Intensität bis maximal 7/10 nach der numerischen Ratingskala (NRS) persistierten bei Vorstellung in der Poliklinik des UKE bereits seit fünf Jahren. Den Schmerzcharakter beschrieb die Patientin als drückend, brennend und stechend, streng unilateral links auf Höhe des Mittelgesichts. Zudem hatte sie währenddessen ein Schwellungsgefühl der linken Oberlippe.

Es bestanden keine Vorerkrankungen oder Allergien. Im Vorfeld erfolgten medikamentöse Therapieversuche mit nicht steroidal Antiphlogistika, welche erfolglos blieben. Eine Intensivierung der Schmerztherapie mit Pregabalin durch die niedergelassene Hausärztin zeigte eine gewisse Schmerzlinderung (NRS 2–3/10). Die bereits erfolgte erweiterte Fokussuche mittels Panoramaschichtaufnahme (PSA), digitaler Volumentomografie (DVT), Röntgen der Halswirbelsäule sowie MRT des Kopfes im Jahre 2018 zeigte keinen wegweisenden pathologischen Befund.

Klinischer Befund

Bei der Erstvorstellung präsentierte sich die Patientin in gutem Allgemeinzustand und in schlankem Ernährungszustand. Der extraorale Untersuchungsbefund ergab einen Druckschmerz über dem Foramen infraorbitale des Nervus maxillaris links. Bei Palpation gab die Patientin eine Allodynie der linken Wange sowie Kribbelparästhesien ohne begleitende Rötung oder Schwellung an. Tastbare Knochenpunkte zeigten sich intakt und reizfrei.

Intraoral wies die Patientin ein teilbezahntes adultes Gebiss in gepflegtem Zustand mit reizfreien Implantaten in den Regionen 24 und 25 ohne erhöhte Taschentiefen auf. Die Mundöffnung zeigte sich nicht eingeschränkt, die Okklusion habituell. Das Vestibulum des voroperierten Bereiches links war nicht verstrichen. Weiter ergaben sich keine pathologischen Auffälligkeiten

der den Implantaten benachbarten konservativ behandelten Zähne. Die übrige Mundschleimhaut zeigte sich rosig, feucht und nicht belegt.

In der Übersichtsaufnahme mittels PSA sowie in der DVT zeigte sich ein teils konservativ, teils prothetisch versorgtes adultes Gebiss. Im zweiten Quadranten bildeten sich röntgenologisch unauffällige Implantate Regio 24 und 25 ohne Anzeichen von Knochenabbau oder Periimplantitis ab. Die Kieferhöhlenregionen und Nebenregionen des zweiten Quadranten stellten sich regelrecht und ohne pathologischen Befund dar.

Diagnose

In Zusammenschau der Befunde wurde ein dentaler Fokus als Ursache für den Gesichtsschmerz der Patientin ausgeschlossen. Nach Vorstellung im universitären Gesichtsschmerzszentrum des UKE bestehend aus neurologischem, kieferchirurgischen und zahnmedizinischem Fachpersonal wurde entsprechend der ICHD-3 Kriterien ein posttraumatischer trigeminusassoziiertes Gesichtsschmerz („Post-traumatic trigeminal neuropathic pain“ (PTTN)) diagnostiziert.

Hierfür spricht der andauernde Schmerz, der sich nach einem Trauma, hier der Zahnbehandlung im dazugehörigen Versorgungsgebiet des zweiten Astes des Nervus trigeminus, dem Nervus maxillaris, links innerhalb von sechs Monaten entwickelte. Für die Diagnose wichtig sind in diesem Fall die Positivsymptome (Allodynie, Kribbelparästhesien) und Negativsymptome (Hypästhesie) als Hinweise für einen Nervenschaden im betroffenen trigeminalen Versorgungsgebiet.

Therapie

Leitliniengerecht erfolgte eine zahnmedizinisch konservative schmerzdistanzierende Therapie mit dem trizyklischen Antidepressivum Amitriptylin in Form von Tropfen (sukzessive Dosiserhöhung bis auf 75 mg, zur Nacht eingenommen).

Von invasiven zahnärztlichen Eingriffen im Schmerzgebiet aus schmerztherapeutischer Indikation wurde der Patientin abgesehen, da solche Eingriffe die Gesichtsschmerzen aufrechterhalten und sogar aggravieren können. Über den Zeitraum der Diagnostikstellung und Therapieeinstellung erhielt die Patientin psychologische Unterstützung zur besseren Bewältigung ihres Alltags. Es konnte bei ihr konservativ medikamentös eine erfolgreiche und anhaltende Schmerzlinderung erzielt werden.

2020]. Das entscheidende Diagnosekriterium ist der dauerhafte Gesichts- und/oder Zahnschmerz in Abwesenheit eines neurologischen Defizits.

Klinisch wird PIFP subjektiv häufig mit einem auslösenden Ereignis in Verbindung gebracht, zum Beispiel einem zahnärztlichen Eingriff. Dabei

PROF. DR. MED. DR. MED. DENT. THOMAS BEIKLER

Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

ist in der Kausalität nicht klar, ob der Schmerz schon vor dem zahnärztlichen Eingriff vorhanden war und nur verstärkt, oder dadurch überhaupt erst ausgelöst wurde.

Die Symptome treten meist tagsüber mit undulierendem Verlauf und mittlerer Intensität auf und bestehen für



mehr als zwei Stunden pro Tag [3]. Das Schmerzmaximum befindet sich häufig im Oberkiefer oder oberhalb der Wangen. Ein Ausstrahlen in Unterkiefer, Hinterkopf, Ohr, Schulter oder Arm ist selten, aber möglich. Der Schmerz wird durch Berührung, Druck, Kauen oder Sprechen nicht verstärkt. Im klinischen Alltag ist der PIFP eine Ausschlussdiagnose. Jede nicht zwingend notwendige zahnärztliche Intervention soll bei Verdacht auf ein PIFP dringend vermieden werden, da diese den Schmerz nicht beseitigt. Im Gegenteil kann jegliche invasive zahnärztliche Behandlung zwar zunächst zu einer vorübergehenden Besserung, aber langfristig zu einer Intensivierung und sogar Chronifizierung der Schmerzen führen [Sommer, 2012].

**PROF. DR. MED. DR. MED. DENT.
MARTIN GOSAU**

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20251 Hamburg

Die Therapie des PIFP ähnelt medikamentös der des neuropathischen Gesichtsschmerzes. Zudem ist eine neurologische Anbindung sowie die Schmerz- (psycho-) therapeutische Unterstützung unerlässlich. Häufig führen langjährige Therapieversuche bei den PatientInnen nur zu einer Schmerzlinderung. Der Leidensdruck ist oft hoch. Es ist daher unerlässlich, die Betroffenen in die Therapieüberlegungen zu involvieren.

FAZIT

Durch die international gültige Gesichtsschmerzklassifikation ICOP können Gesichtsschmerzsyndrome im zahnärztlichen Alltag besser erkannt, klassifiziert und einer spezifischeren Therapie zugeführt werden. In diesem Kontext ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein wichtiger Ansatz zur richtigen Betreuung und Unterstützung der betroffenen PatientInnen.

Die Untersuchung zum Ausschluss einer dentogenen Schmerzgenese sollte sich aus sorgfältiger extraora-

ler sowie nachfolgender intraoraler Untersuchung zusammensetzen. Additiv ist zudem die röntgenologische Untersuchung von großer Bedeutung. Insbesondere bei komplexen Patientenfällen ist die Anfertigung einer digitalen Volumentomografie sinnvoll.

**PD DR. MED. DR. MED. DENT.
CHRISTIAN KNIPFER**

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20251 Hamburg

Nach Ausschluss eines Fokus auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde soll von invasiven und operativen Eingriffen zur Schmerztherapie abgesehen werden, um die Ausbreitung und/oder Chronifizierung der Gesichtsschmerzen zu verhindern. Eine interdisziplinäre Betreuung durch neurologische Fachzentren zur Diagnosesicherung und medikamentösen Therapie sowie eine schmerz- und psychotherapeutische Unterstützung stellen wichtige Pfeiler im Rahmen der Behandlung der PatientInnen dar, die unter Gesichtsschmerzen leiden. Das Ziel soll dabei sein, PatientInnen richtig zu beraten und zu betreuen, um ihre Symptome und Schmerzen zu lindern und so eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen. ■

DIAO

Diamant fusioniert mit Perle.

Für deutlich längere Einsatzschärfe.

DIAO ist die neue Diamant-Generation von Komet. Mit patentierter Space-PearlTec für deutlich längere Standzeit, mehr Abtrag, bessere Kontrolle.

kometstore.de/diao

© 04/2020 | 100062710x-001