

Leserbriefe

Das schmerzhafte Kiefergelenk – so einfach ist es nicht

Leserbrief zu: Türp J. Das schmerzhafte Kiefergelenk.
Schweiz Med Forum. 2012;12(44):846–50.

Dass Kiefergelenke in der Humanmedizin oft zu den «vergessenen» Gelenken zählen, ist tatsächlich nicht von der Hand zu weisen. Gehören alle übrigen Gelenke des Körpers bekannterweise zu den Tätigkeitsbereichen von Rheumatologen und Orthopäden, so herrscht in Bezug auf die Kiefergelenke Unklarheit, wer der zuständige Spezialist ist.

Historisch gesehen sind die Zahnärzte mit der Thematik von Kiefergelenksbeschwerden besser vertraut als Humanmediziner. Der früher gebräuchliche Begriff «Costen-Syndrom» spielt hierbei eine zentrale Rolle. Der Namensgeber James Costen (1895–1962) betrachtete Zahnverlust und schlechtsitzenden Zahnersatz als zentrale Ursache für eine Fehlstellung und Überlastung der Kiefergelenke. Die Schlussbissstellung der Zähne kann in der Tat Ursache einer kranio-mandibulären Dysfunktion (CMD) sein. Allerdings gilt es heute als erwiesen, dass der Okklusion nicht mehr die Schlüsselfunktion zugewiesen werden kann, die sie ursprünglich hatte – sie ist nur ein Teilaspekt. Herr Türp hat mit Sicherheit Recht, dass die CMD in erster Linie mit nicht-invasiven Methoden zu behandeln ist. Doch nicht jedes schmerzende Kiefergelenk ist eine CMD.

Zudem blendet der Beitrag das vollständige Behandlungsspektrum aus, indem er sich ausschliesslich auf zahnärztliche sowie medikamentöse, verhaltenstherapeutische und physiotherapeutische Massnahmen bezieht. Gewisse Fälle lassen sich hiermit aber nur unzureichend oder gar nicht behandeln. Es werden weder Botulinumtoxin-Injektionen zur Reduktion der muskulären Hypertension der Kaumuskelatur noch chirurgische Optionen wie Gelenkslavage, Diskektomie oder andere Verfahren erwähnt. Dies spiegelt die rein zahnärztliche Sichtweise des Autors wider und gibt Anlass zu hinterfragen, ob der Zahnmediziner wirklich der richtige Ansprechpartner ist. Mir scheint es wichtig, dass in diesem Zusammenhang der Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie erwähnt wird, der dank seiner Doppelapprobation als Arzt und Zahnarzt ein Bindeglied von Medizin und Zahnmedizin darstellt und in der Lage ist, auch die selteneren und komplexen Fälle zu behandeln.

Jürgen A. Zix

Korrespondenz:

Dr. med. und Dr. med. dent. Jürgen Zix
Facharzt FMH Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie
Gerechtigkeitsgasse 12
CH-3012 Bern
[info\[at\]gesichtschirurgie-bern.ch](mailto:info[at]gesichtschirurgie-bern.ch)

Replik

Mein Beitrag beschäftigte sich ausschliesslich mit dem schmerzhaften Kiefergelenk. Auf kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD) – in der Schweiz wird der nicht inhaltsidentische Begriff «Myoarthropathien des Kau-systems» (MAP) bevorzugt [1] – bin ich bewusst nicht eingegangen, zumal nicht jede Kiefergelenkarthralgie eine CMD bzw. MAP ist. Das «Costen-Syndrom» ist hingegen bereits seit über 60 Jahren desavouiert, weil die anatomischen Annahmen des Hals-Nasen-Ohren-Artes J. B. Costen schlichtweg falsch waren [2, 3].

Die in meinem Beitrag genannten Therapieoptionen spiegeln alles andere als eine «rein zahnärztliche Sichtweise» wider (gekennzeichnet u.a. durch kieferorthopädische, dental-restaurative und/oder okklusale Einschleifmassnahmen [4, 5]). Sie entsprechen vielmehr den Behandlungsprinzipien, die bei muskuloskelettalen Schmerzen in anderen Körperbereichen üblich sind. Der einzige nennenswerte Unterschied besteht in der Therapie mit oralen Schienen; solche Orthesen kommen in der Schmerzmedizin orthopädischen Einlagen oder Gehhilfen gleich.

Jürgen Zix' Vorschläge repräsentieren demgegenüber eine typisch kieferchirurgische (sprich: invasiv orientierte) Sichtweise. Bei Botulinumtoxin-Injektionen in Kaumuskeln handelt es sich um eine Off-label-Anwendung ausserhalb der Zulassung, die selbst unter Kieferchirurgen sehr umstritten ist [6, 7]. Während ich Arthrozentese und Arthroskopie erwähnt habe, stellt sich die Indikation für eine «Diskektomie oder andere Verfahren» extrem selten – auch angesichts der desaströsen Ergebnisse kiefergelenkchirurgischer Massnahmen in der Vergangenheit [8]. Das US-amerikanische *National Institute of Dental and Craniofacial Research* und die *TMJ Association*, die weltweit grösste Patienten-Selbsthilfeorganisation für MAP-Patienten, stützen eine solche Zurückhaltung bei invasiven Eingriffen an den Kiefergelenken («*Surgical treatments are controversial, often irreversible, and should be avoided where possible*») [9, 10].

Die Behandlung von Patienten mit orofazialen Schmerzen bedarf einer umfassenden, langjährigen (postgradualen) Ausbildung [11]. Das Studium der Medizin bietet hierfür keineswegs bessere Voraussetzungen als das der Zahnmedizin: In Erinnerung gerufen sei die in der Fachliteratur dokumentierte Dauerklage über den nicht zufriedenstellenden Kenntnisstand der meisten Ärzte zum Thema (chronische) Schmerzen [12–15].

Prof. Dr. med. dent. Jens C. Türp, MSc
[jens.tuerp\[at\]unibas.ch](mailto:jens.tuerp[at]unibas.ch)

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.