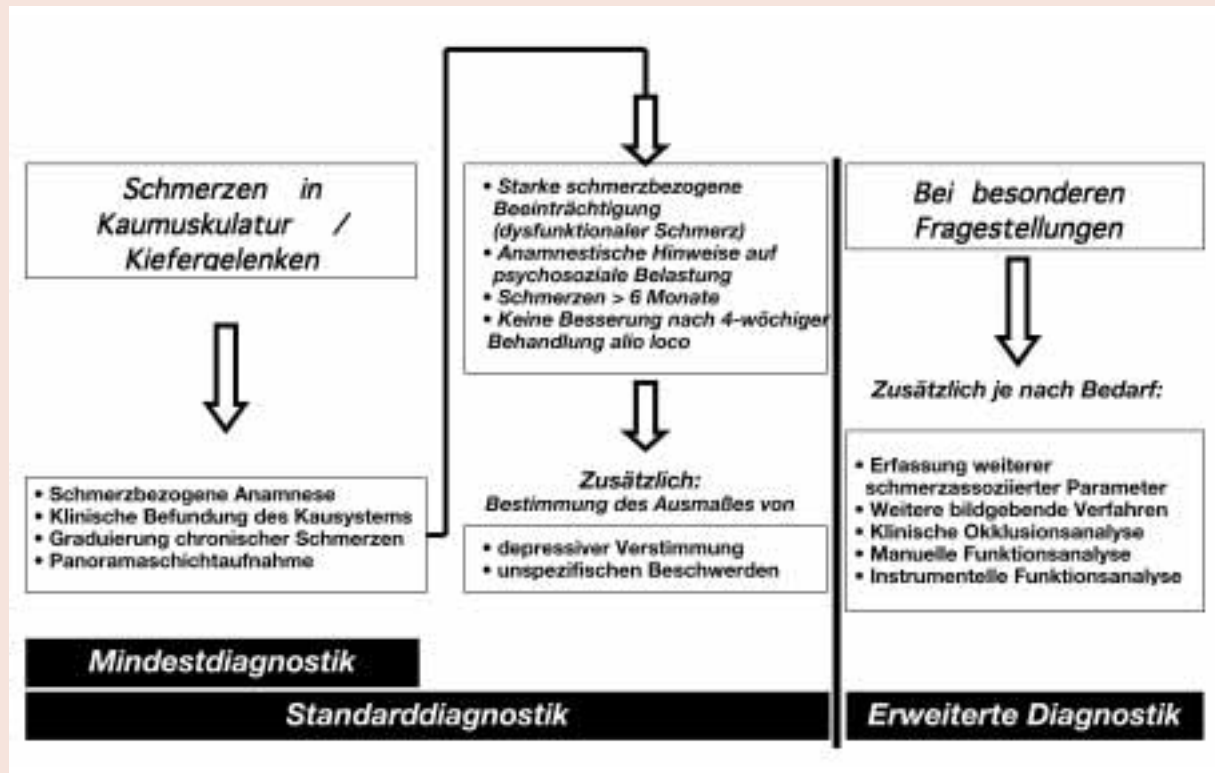


Myoarthropathien des Kausystems: XI – Diagnostik: Empfehlungen zum Vorgehen

Jens C. Türp, Hans J. Schindler



Indizes: Schmerzdiagnostik, Stufenschema

Im Jahre 2000 stellte der Interdisziplinäre Arbeitskreis für Mund- und Gesichtsschmerzen in der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes ein zweiachsiges Stufenkonzept zur Erfassung somatischer und psychosozialer Parameter bei Patienten mit myoarthropathischen Beschwerden im Kausystem vor. Darin werden eine Mindest- von einer Standard- und einer erweiterten Diagnostik unterschieden.

Mindest-, Standard-, erweiterte Diagnostik.

Die Diagnostik von Patienten mit Myoarthropathien des Kausystems (MAP) ist auch im deutschsprachigen Raum durch sehr unterschiedliche Vorgehensweisen gekennzeichnet. Um der großen behandlerabhängigen Variationsbreite einen wissenschaftlich untermauerten Ansatz entgegenzusetzen, ent-

wickelte der Interdisziplinäre Arbeitskreis für Mund- und Gesichtsschmerzen in der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (www.dgss.org) Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik bei MAP-Patienten. Die Empfehlungen wurden erstmals im Jahre 2000 veröffentlicht [1]; eine Aktualisierung erschien in diesem Jahr [2].

Die Empfehlungen fußen auf dem Prinzip einer Stufendiagnostik: es werden eine Mindest-, eine Standard- sowie eine erweiterte Diagnostik unterschieden (Abb. 1). Auf jeder Stufe werden sowohl somatische (Achse I) als auch psychosoziale Aspekte (Achse II) diagnostiziert.

Mindestdiagnostik

Bei Verdacht auf MAP sollte zunächst eine Mindestdiagnostik erfolgen (1. Stufe). Diese beinhaltet obligat:

- eine gezielte, **schmerzbezogene Anamnese** (u.a. Schmerzlokalisierung, -beginn,

Mindestdiagnostik: gekennzeichnet durch Validität und hohe Reliabilität.

-dauer, -häufigkeit, -qualität, -stärke); bei der Angabe der Schmerzlokalisierung empfehlen sich Ganzkörperschemata, bei denen der Patient gebeten wird, alle schmerzhaften Körperbereiche zu markieren;

- eine **klinische Befundung**, bestehend aus:
 - Messung der Unterkieferbeweglichkeit (maximale Kieferöffnung; maximaler Seit- und Vorschub des Unterkiefers);
 - Bestimmung der Palpationsempfindlichkeit der palpierbaren Kaumuskeln und der Kiefergelenke;
 - okklusaler Befundung (Zahnstatus; Zahnkontakte in maximaler Interkuspitation; Attritionen und keilförmige Defekte);
- eine Abschätzung des Ausmaßes der Schmerzchronifizierung im Form der **Graduierung chronischer Schmerzen** (GCS);
- eine röntgenologische Befundung (**Panoramasaufnahme**).

Standarddiagnostik: bei Verdacht einer Achse-II-Belastung.

Standarddiagnostik

Die Standarddiagnostik (2. Stufe) besteht aus den Einzelschritten der 1. Stufe, verbunden mit einer erweiterten psychosozialen Diagnostik zur Beurteilung des Ausmaßes einer eventuell vorhandenen depressiven Verstimmung sowie unspezifischer somatischer Symptome als Hinweis auf globale Beeinträchtigung des subjektiven Befindens (Achse II). In spezialisierten Behandlungseinrichtungen (Praxen oder Kliniken) sollte diese differenzierte Diagnostik auf jeden Fall erfolgen.

Sie ist weiterhin zu empfehlen, wenn

- eine starke schmerzbezogene Beeinträchtigung vorhanden ist (GCS-Grad III oder IV: dysfunktionaler Schmerz); oder
- trotz unauffälligem GCS (Grad 0, 1 oder 2: kein oder funktionaler Schmerz) anamnestische Hinweise auf psychosoziale Belastung vorliegen; oder
- Schmerzen zum Zeitpunkt der Patienten-vorstellung länger als sechs Monate (häufig als Zeitschwelle für Chronifizierung definiert) bestehen; oder
- es nach einer alio loco oder selbst durchgeführten Initialtherapie von 4 Wochen nicht zu einer wesentlichen Besserung gekommen ist.

Erweiterte Diagnostik

Bei besonderen Fragestellungen (z. B. Abklärung möglicher Risikofaktoren) können im

Rahmen der erweiterten Diagnostik (3. Stufe) zusätzliche diagnostische Methoden und Verfahren zur Anwendung kommen. Dazu zählen unter anderem die manuelle und instrumentelle Funktionsanalyse, die klinische und instrumentelle Okklusionsanalyse, spezielle bildgebende Verfahren, wie konventionelle Tomographie, Computertomographie und Kernspintomographie, (alle Achse I) sowie die Erfassung schmerzassoziierter Parameter, wie Ängstlichkeit, Lebensqualität, Schmerzverhalten, kognitive Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung (Achse II). Generell sollten für sämtliche diagnostischen Verfahren Belege für die diagnostische Zuverlässigkeit und klinische Relevanz vorhanden sein.

Fazit für die Praxis

- Die vorgestellten Empfehlungen spiegeln die aktuellen Entwicklungen in der Schmerzmedizin wider. Der Zahnarzt nimmt die Rolle eines „Schmerzarztes“ ein.
- Die Empfehlungen beruhen auf reliablen und validen Kriterien. Sie sind inhaltlich konsistent, leicht nachvollziehbar und in einem vernünftigen zeitlichen Rahmen in der Praxis umzusetzen.
- Die Empfehlungen sind daher geeignet, die im Augenblick noch bestehende Praxisvariation bei der Diagnostik von MAP-Patienten zu vermindern. Sie bieten sich als Maßnahmen zur Qualitätssicherung an.

Dr. med. dent. Hans-Jürgen Schindler
Hirschstr. 105
D-76137 Karlsruhe



Prof. Dr. med. dent. Jens C. Türp
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel
Hebelstr. 3
CH-4056 Basel



Literatur

1. Türp J.C., John M., Nilges P., Jürgens J., Ahlers M.O., Böhrer W., Busche E., Hugger A., Jakstat H.A., Koch W.H., Niederfeilner J., Paak S., Palatka P., Peschen-Rosin R., Schindler H.J., Sommer C., Sprotte G., Weißmann K., Wernze H.: Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur und Kiefergelenke. Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik und Klassifikation von Patienten. Schmerz 14, 416-428 (2000).
2. Türp J.C., Hugger A., Nilges P., Hugger S., Siegert J., Busche E., Effenberger S., Schindler H.J.: Aktualisierung der Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik und Klassifikation von Kaumuskel- und Kiefergelenkschmerzen. Schmerz (2006) [in Druck].

Erweiterte Diagnostik nur in begründeten Fällen.