



DR. KOCH & PARTNER
Zentrum für Ganzheitliche ZahnMedizin
Tagesklinik für Metallfreie Implantate

NEWSLETTER

NL ZW GZM 02/2014

Differenzialdiagnose des Ohrenschermerzes

Irritationsotalgien bei Kiefergelenkarthropathien (worüber Alfred Bruck, Berlin vor über 100 Jahren erstmals berichtete), kommen häufiger vor als vermutet. Betroffene Patienten klagen oft auch über Schmerzen in der Kaumuskulatur - im Sinn einer craniomandibulären Dysfunktion.

Untersuchungen unterstützen die Auffassung, dass bei Patienten, die an einer CMD leiden, relativ häufig mit einer Otagie gerechnet werden muss (Gleiches gilt übrigens auch für die Ohrgeräusche). Eine vor kurzem veröffentlichte Studie aus Finnland hat gezeigt, dass Patienten mit einem Handlungsbedarf für CMD deutlich öfter über Otagien klagen als Personen ohne einen solchen.

Palpationsempfindlichkeit der Kiefergelenke wird als ein typisches klinisches Zeichen für eine - beispielsweise durch eine Synovitis bedingte - Arthralgie gewertet. Fühlbare Reibegeräusche bei Bewegungen des Unterkiefers gelten dagegen als ein diagnostisches Kriterium für eine Kiefergelenkarthrose, diese bereitet in vielen Fällen keine Schmerzen und wird nicht therapiert.

Die Rolle der Okklusion der Zähne für die Entstehung oder das Fortbestehen einer CMD wird heute als weitaus weniger bedeutend angesehen als dies noch vor wenigen Jahren der Fall war. "Bissanomalien", d.h. Diskrepanzen im skelettalen Einbau bzw. in der Lagebeziehung von Ober- zu Unterkiefer, Zahnfehlstellungen, verkürzte oder unterbrochene Zahnreihen, vorzeitige Zahnkontakte bei Kieferschluss und andere Abweichungen der okklusalen Verhältnisse von einer wie auch immer definierten "Norm" waren und sind in der Bevölkerung ubiquitär. Allein aus diesem Grund ist es problematisch, ihnen eine Rolle für die Genese einer Kiefergelenkarthropathie, geschweige denn einer dadurch bedingten Irritationsotalgie, zuzuschreiben.

"Psychosomatische Einflüsse" bei einer Kiefergelenkarthropathie sind im Sinn von psychosomatischen Ursachen nicht - "häufig" sondern extrem selten. Patienten mit persistierenden Kiefergelenkschmerzen weisen jedoch oftmals deutliche psychoaffektive (z.B. depressive Verstimmung; Vorhandensein unspezifischer, somatischer Symptome) und andere schmerzassoziierte Veränderungen (z.B. schmerzbedingte Beeinträchtigungen täglicher Lebensaktivitäten) auf, wie sie auch bei Personen mit in anderen Körperbereichen (z.B. untere Rückenschmerzen, Kopfschmerzen) lokalisierten chronischen Schmerzen vorkommen. Solche Befunde werden eher als Folge denn als Ursache der anhaltenden Schmerzsymptomatik interpretiert. Durch eine erweiterte Schmerzdiagnostik sollte nicht primär verhindert werden, dass Ohrenschermerzen als "psychisch bedingt abgetan" werden, sondern durch sie sollten die relevanten somatischen und psychischen Faktoren erfasst werden. Eine körperliche Erkrankung muss vorrangig behandelt werden. Sie immunisiert jedoch nicht gegen mögliche bedeutsame psychische Einflüsse.



**Sehr geehrte Kollegin,
Sehr geehrter Kollege,**

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie haben wir uns zu eigen gemacht. Neben der Eingliederung einer unteren Aufbiss-Schiene sowie einer manuellen Begleittherapie ist eine Verhaltenstherapie häufig indiziert.

Die craniomandibuläre Dysfunktion - der verschobene Biss - ist ein Chamäleon bez. ihrer Symptome. Neben Kopf-, Gesichts- und Rückenschmerzen können u.a. auch Otagien bis hin zum Tinnitus verursacht werden.

Liebe Grüße aus Herne,

Wolfgang H. Koch
Dr. med. dent.
Praxis-Schwerpunkt:
Umwelt-ZahnMedizin

Besuchen Sie uns:
www.praxis-dr-koch.de