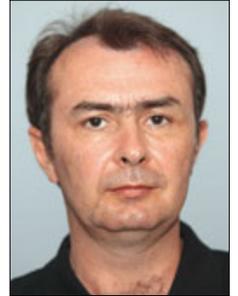


Gabriel Tulus



Wie würden Sie entscheiden? Kasuistik



Gabriel Tulus
Dr. medic. stom. (RO)
Spezialist für Endodontie
(DGZ)
Lindenstr. 33B
41747 Viersen
E-Mail: grtulus@t-online.de

■ Fragestellung

Eine 43-jährige Patientin stellt sich im Oktober 2009 vor und klagt über starke Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Sie bittet um Überprüfung, ob die Schmerzen eine odontogene Ursache haben und – falls ja – um die Einleitung von Therapiemaßnahmen zur Schmerzeseitigung.

In der Allgemeinanamnese gibt die Patientin an, dass ihr in der Kindheit der Blinddarm und vor etwa zehn Jahren Nierensteine entfernt worden seien. An weitere Erkrankungen kann sie sich nicht erinnern.

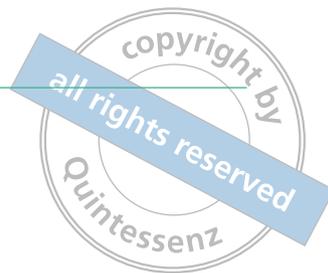
Die Schmerzanamnese ergibt, dass die Patientin seit etwa 4 bis 5 Wochen an neuralgischen Beschwerden in der linken Gesichtshälfte leidet. Die Schmerzen seien nicht uniform und zudem auch nicht exakt zu lokalisieren. Teilweise verspüre sie pulsierende, teilweise auch stechende Schmerzen unterschiedlicher Dauer, die zwischen zwei bis drei Minuten und bis zu drei Stunden andauern. Einen direkten Auslöser für die Schmerzen könne sie nicht erkennen, an manchen Tagen habe sie aber den Eindruck, dass körperliche Anstrengungen den bereits spürbaren Schmerz verstärken. Überwiegend trete der Schmerz tagsüber auf, einige Male sei sie aber auch schon nachts vom Schmerz geweckt worden. Die Frage, wo sie die Schmerzen lokalisieren würde, kann sie nicht eindeutig beantworten. Der Schmerz erfasse Ober- und Unterkiefer und strahle bis in das linke Ohr aus. Einen Tag nach der ersten Schmerzattacke habe sie sich bereits an ihren Zahnarzt gewendet, der nach eingehender Untersuchung und Auswertung einer Übersichtsaufnahme keine odontogene Ursache für die beschriebenen Schmerzen finden konnte.

Im Gespräch mit der Patientin äußerte der untersuchende Kollege den Verdacht, dass unter Umstän-

den eine von ihr nicht wahrgenommene Erkältung der Schmerzauslöser sein könnte. Auch eine Sinusitis oder eine Mittelohrentzündung kämen als Ursachen in Betracht, was er allerdings nur vermuten könne. Zur Schmerzlinderung rezeptierte er Dolomo und schlug ihr vor, sich bei persistierenden Schmerzen bei einem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder einem HNO-Arzt vorzustellen. Zwei Tage später stellte sich die Patientin erneut bei ihm vor und berichtete, dass das schmerzlindernde Medikament eine nur mäßige Wirkung gezeigt habe. Daraufhin erfolgte die Überweisung zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, der nach eingehender Untersuchung und Begutachtung der von der Patientin mitgebrachten Übersichtsröntgenaufnahme eine konsiliarische Untersuchung beim HNO-Arzt empfahl. Odontogene Ursachen für die besagten Schmerzen hielt er für viel weniger wahrscheinlich als eventuell eine atypische Form einer Sinusitis maxillaris oder – und das stellte er als Verdachtsdiagnose – eine Trigeminusneuralgie. Die anschließende Untersuchung beim HNO-Arzt ergab als neue Verdachtsdiagnose – davon ausgehend, dass eine odontogene Ursache für die von der Patientin berichteten Schmerzen ausgeschlossen ist – eine „therapieresistente Neuralgie linke Gesichtshälfte“. Die Patientin wurde zur Durchführung einer MRT des Schädels an einen Radiologen überwiesen. Dem Befundbericht nach Auswertung der Schädel-MRT ist zu entnehmen, dass keine andere Auffälligkeit als eine „polypoide Schleimhautschwellung am Boden der linken Kieferhöhle“ zu erkennen sei, die „als Hinweis auf eine mögliche Affektion in diesem Bereich“ angenommen werden könnte (Abb. 1).

Bei der erneuten Vorstellung beim HNO Arzt wurde nach wiederholter Untersuchung und Befundung der Schädel-MRT-Aufnahme die Diagnose „Tri-

Manuskript
Eingang: 10.01.2015
Annahme: 03.02.2015



Klinische Angaben:
Therapieresistente Neuralgie linke Gesichtshälfte

MRT des Schädels vom 15.09.2009

Technik: Anfertigung sagittaler und transversaler T1-gewichteter Schnittbilder, transversaler T2-gewichteter Schnittbilder sowie coronares FLAIR. Zusätzlich Registrierung eines dünn-schichtigen Cis3D-Datensatzes (0,85 mm Schichtdicke).

Befund:

1. Die Schichtaufnahmen zeigen eine allseits reguläre Morphologie und Signalgebung der supra- und infratentoriellen Hirnabschnitte.
2. Kein Nachweis suspekter hypo- oder hyperdenser Areale, keine Raumforderung, keine Ischämiezeichen, keine Blutung, keine Entzündungszeichen.
3. Normale Weite der inneren und äußeren Liquorräume.
4. Insbesondere erbringt auch die dünn-schichtige Darstellung der Hirnnervenabgänge und -Verläufe einen unauffälligen Befund.
5. Im Bereich der Nasennebenhöhlen polypoide Schleimhautschwellung am Boden der linken Kieferhöhle als Hinweis auf eine mögliche Affektion in diesem Bereich. Die übrigen Abschnitte der Nasennebenhöhlen und der Mastoidzellen sind regulär transparent.

Diagnose: starke Trigemineuralgie V/3 links, suspekter Befund am Boden der li. Kieferhöhle

Therapie: Luc Caldwell li., Revision

Anamnese: seit Wochen starke Schmerzen, odontogene Ursache bislang ausgeschlossen

spez. Befunde: s. Kopie des OP-berichtes

OP am 21.9.09 als amb. OP in ITN - entzündlich verschollene Schleimhaut am Boden der li. Kieferhöhle mit citrigem Granulom - sonst regulärer OP-verlauf

epikritische Wertung: unter Spülungen und Cortisonfüllungen über eine endonasale Drainage (infratubinales Fenster) deutlicher Rückgang der Beschwerden - eine odontogene Ursache scheint trotz bisheriger negativer Befunde wahrscheinlich
die MRT-Bilder auf CD wurden der Patientin mitgegeben

Abb. 1 und 2 Auszüge aus dem Befundbericht nach MRT-Schädelaufnahme und Befundbericht und epikritische Wertung nach erfolgter Sinus-OP.

geminusneuralgie links, Verdacht auf odontogene Ursache, chronische Sinusitis maxillaris links“ gestellt und der Patientin eine Operation der Kieferhöhle empfohlen. Aufgrund der Schmerzsymptomatik wurde die Operation zeitnah durchgeführt. Dem Befundbericht nach der OP ist Folgendes zu entnehmen:

- Diagnose: Trigemineuralgie links, Verdacht auf odontogene Ursache, chronische Sinusitis maxillaris links.
- Therapie: OP nach Caldwell-Luc li, Revision.
- Anamnese: seit Wochen starke Schmerzen, odontogene Ursache bislang ausgeschlossen.
- Aus der epikritischen Wertung ist zu entnehmen dass „eine odontogene Ursache [...] trotz bisheriger negativer Befunde wahrscheinlich“ scheint (Abb. 2).

Der Patientin wurde empfohlen, sich sowohl bei einem Neurologen für erweiterte diagnostische Maßnahmen und gegebenenfalls Einleitung einer medikamentösen Therapie vorzustellen als auch erneut einen Zahnarzt aufzusuchen, um überprüfen zu

lassen, ob es nicht doch eine odontogene Ursache für die Schmerzen gebe.

Bei der Vorstellung der Patientin berichtet sie, dass sie während der ersten zwei bis drei Tage nach der OP tatsächlich den Eindruck hatte, dass ihre Beschwerden zurückgingen. Danach allerdings seien sie erneut aufgetreten, jetzt aber mit noch stärkerer Intensität und auch mehrmals pro Nacht. Die verschiedenen zur Schmerzlinderung eingesetzten Medikamente zeigten nur begrenzte Wirkung. Allein Novalgin verschaffte der Patientin Erleichterung.

■ Untersuchung am 01.10.2009

■ Extraorale Inspektion

Die extraorale Inspektion ist unauffällig. Submandibuläre Lymphknoten links schmerzhaft.



Abb. 3 Intraorale Inspektion – Zustand nach Sinus-OP vor Entfernung der Fäden.

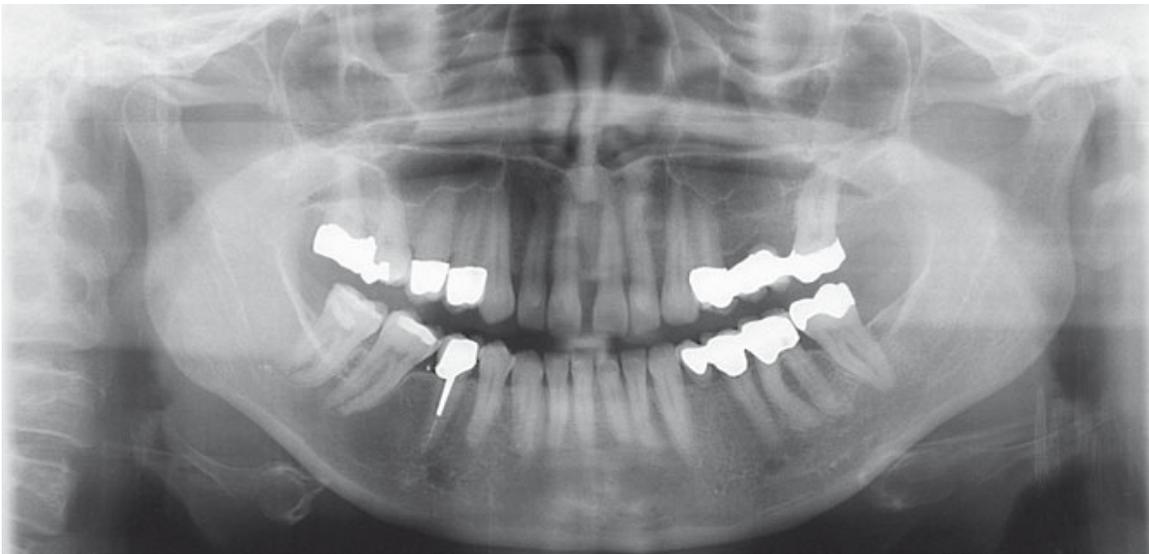


Abb. 4 Alio loco angefertigte und von der Patientin zur Verfügung gestellte Panorama-Schichtaufnahme, die bis dato zu diagnostischen Zwecken verwendet wurde.

■ Intraorale Inspektion

- Gut versorgtes Gebiss.
- Gute Mundhygiene.
- Zustand nach Sinus-OP; Fäden noch vorhanden (Abb. 3).
- OK: Palpation vestibulär links schmerzhaft.
- Patientin hat seit ca. 10 Jahren verblockte Kronen 35, 36; Teilkrone 37, Brücke 24–27.
- Vor 4 bis 5 Wochen erstmalig Dolor.
- Sens. Prüfung 25+, 27+.
- Sens. Prüfung 35+, 36+, 37+.
- Perk. 25, 27, 35, 36, 37 widersprüchlich (Patientin reagiert äußerst emotional).
- TST 25, 27, 35, 36, 37 - 3–4 mm.

Die Patientin legt u. a. eine Panoramaschichtaufnahme vor, die bislang für die Röntgendiagnostik sowohl vom ersten besuchten Zahnarzt, als auch vom MKG-Chirurgen und HNO-Arzt verwendet wurde (Abb. 4).

■ Wie würden Sie entscheiden?

- Wie lauten die Diagnosen?
- Welche Therapieoptionen kommen infrage?
- Für welche Option würden Sie sich entscheiden?
- Welche Probleme und Risiken sind bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigen?

Die Auflösung des Falls finden Sie auf den Seiten 77 bis 82.