

Gabriel Tulus



Wie würden Sie entscheiden? Kasuistik



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

■ Anamnese

Ein 24-jähriger Patient stellte sich im Juni 2014 vor und klagte über Schmerzen unterschiedlicher Intensität beidseitig im Molarenbereich des Oberkiefers. Er bat um Überprüfung, ob die vorhandenen Schmerzen eine dentogene Ursache hätten und gegebenenfalls um Einleitung von Therapiemaßnahmen zur Schmerzbesitzigung.

Aus der Allgemeinanamnese waren keine Auffälligkeiten/Besonderheiten zu entnehmen. Die zahnärztliche Anamnese ergab, dass sich der Patient zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr in kieferorthopädischer Behandlung befand. Etwa acht Monate zuvor waren die Oberkieferweisheitszähne unter Vollnarkose operativ entfernt worden. Nach Entfernung dieser Zähne hatte er etwa 10 bis 14 Tage Schmerzen von moderater Intensität, teilweise beim Konsum warmer Getränke, die nach Angaben des Operateurs als Wundschmerzen zu bezeichnen seien, die Heilung sei stadiengerecht verlaufen.

Die Schmerzanamnese ergab, dass der Patient seit 3 bis 4 Monaten bzw. etwa seit 4 bis 5 Monaten nach der Weisheitszahnentfernung an neuralgischen Beschwerden im Oberkiefer litt. Die Schmerzen träten beidseitig im hinteren Bereich des Oberkiefers und teilweise bis zu den Ohren ausstrahlend auf, allerdings nicht uniform und nicht immer gleichzeitig und seien nicht exakt zu lokalisieren. Teilweise verspüre er pulsierende, partiell auch stechende Schmerzen unterschiedlicher Dauer, die zwischen 2 bis 3 Minuten und mehreren Stunden variieren würden. Er verspüre ebenfalls einen dumpfen, teilweise pulsierenden Schmerz, überwiegend auf der rechten Seite. Einen direkten Auslöser für die Schmerzen könne er nicht immer erkennen

– an manchen Tagen habe er den Eindruck, dass heiße Getränke und körperliche Anstrengung den bereits spürbaren Schmerz verstärken. Er verspüre den Schmerz auch spontan, überwiegend tagsüber, wobei er einige Male vom Schmerz auch nachts geweckt worden sei. Ebenfalls könne er nicht definieren, ob die Schmerzen reproduzierbar im Bereich des rechten/linken Oberkiefers oder beidseitig entstehen – er würde den Schmerz eher als „rebellisch und ausstrahlend“ (O-Ton des Patienten) bezeichnen.

Einige Tage nach der ersten Schmerzattacke habe er sich an seinen Zahnarzt gewendet, der nach eingehender Untersuchung keine dentogene Ursache für die besagten Schmerzen finden konnte. Auch die etwa eine Woche später durchgeführte Untersuchung beim Chirurgen, der die Weisheitszähne entfernt hatte, führte zu keinen weiteren Erkenntnissen oder Diagnosen. Dem Patienten wurde mitgeteilt, dass unter Umständen eine von ihm nicht wahrgenommene Erkältung oder eine beidseitige Sinusitis oder Mittelohrentzündung der Schmerzauslöser sein könnte, allerdings wäre das zahnärztlich nicht diagnostizierbar. Zur Schmerzlinderung wurde ihm Dolomo rezeptiert und empfohlen, sich bei persistierenden Beschwerden beim HNO-Arzt vorzustellen.

Vom HNO-Arzt wurden eine Mittelohrentzündung und eine akute Sinusitis ausgeschlossen, die Verdachtsdiagnose „atypischer Gesichtsschmerz“ oder „Gesichtsneuralgie“ gestellt und dem Patienten eine augenärztliche und gegebenenfalls eine neurologische Untersuchung empfohlen.

Die augenärztliche Untersuchung ergab keine pathologischen Befunde und es wurde eine neurologische Untersuchung empfohlen, gegebenenfalls bei einem Schmerztherapeuten.

Manuskript
Eingang: 05.01.2018
Annahme: 25.01.2018



Die Vorstellung beim Neurologen etwa zwei Monate nach der Erstsymptomatik führte nach klinischer Untersuchung und Auswertung einer Schädel-MRT-Aufnahme zu keiner klaren Diagnose. Es wurde der Verdacht ausgesprochen, dass unter Umständen ein „neurombedingter Schmerz“ vorhanden sei, eine seltene Komplikation nach Operationen bzw. Durchtrennung von Nervenfasern während der Weisheitszahnentfernung. Es wurde allerdings auch der Verdacht auf eine kranio-mandibuläre Dysfunktion ausgesprochen mit dem Hinweis, einen diesbezüglichen Spezialisten zu konsultieren. Als Schmerzmittel wurde dem Patienten Ibuprofen 800 verordnet; falls dieses eine ungenügende Wirkung zeigen sollte, wurden trizyklische Antidepressiva bzw. Amitriptylin verordnet. Zusätzlich wurde dem Patienten Akupunktur empfohlen.

Bei der erneuten Vorstellung beim Operateur der Weisheitszähne (auch Spezialist mit dem Tätigkeitsschwerpunkt CMD) wurde nach einer klinischen Untersuchung einschließlich manueller Funktionsanalyse und Anfertigung einer OPG-Aufnahme eine Aufbisschiene verordnet und angefertigt.

Nach sechswöchigem Tragen der Schiene besserte sich die Schmerzsymptomatik nicht.

■ Klinische Untersuchung

Nach der ausführlichen Anamnese erfolgte die klinische Untersuchung. Die extraorale Untersuchung einschließlich einer manuellen Funktionsanalyse nach Groot Landweer¹ ergab keine nennenswerten Befunde. Eine CMD wurde nicht festgestellt.

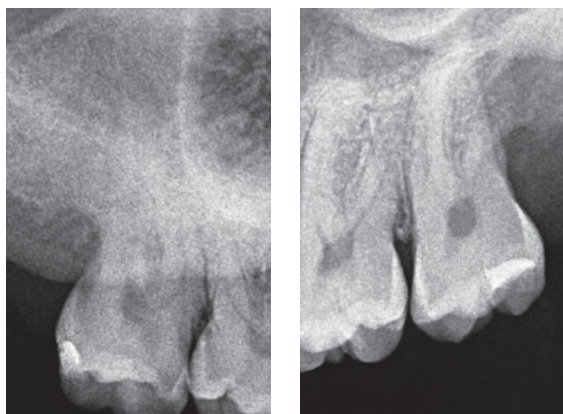


Abb. 1 und 2 Diagnostische Röntgenaufnahme der Zähne 17 und 27. Die diagnostische Aussagekraft der Röntgenbilder ist gering, es sind keine Zeichen pathologischer Veränderungen zu erkennen.

Die intraorale Inspektion war unauffällig. Eine leichte Perkussionsempfindlichkeit im Bereich der Zähne 17, 16, 27 und 26 lag vor, wobei die zweiten Molaren reproduzierbar mehr Empfindlichkeit zeigten. Ebenfalls reagierten bei dem Wattebeißtest die zweiten Molaren empfindlicher als die ersten. Die anderen überprüften Zähne im Ober- und Unterkiefer zeigten keine auffälligen Reaktionen. Die Sensibilitätsprüfung der Zähne fiel eindeutig positiv aus mit Ausnahme der Zähne 17 und 27, die widersprüchliche Reaktionen zeigten. Die Messung der Sondierungstiefen ergab Werte zwischen 3 und 4 mm ohne Neigung zur Blutung. Die Palpation sowohl im Vestibulum als auch palatinal war nicht schmerzhaft, wobei der Patient im posterioren bzw. Tuber-Bereich über ein unangenehmes Gefühl berichtete. Einige Minuten nach dem Kältetest gab der Patient an, dass er im Bereich der Zähne 16 und 17 pulsierende Schmerzen verspüre. Eine erneute Perkussion zeigte eine leichte Reaktion am Zahn 17.

Der Patient stellte sich drei Tage später vor und berichtete über erneute Schmerzen, überwiegend im rechten Oberkiefer. Die zuvor angefertigten Übersichtsaufnahmen konnte er nicht besorgen, diese seien in der Praxis nicht aufzufinden.

An diesem Tag erfolgte eine neue klinische Untersuchung im rechten Oberkiefer. Die Perkussionsprobe war gleich stark positiv an den Zähnen 16 und 17, die Sensibilitätsprüfung ergab an beiden Zähnen positive Reaktionen.

■ Röntgenbefund

Es wurden intraorale Röntgenaufnahmen der Zähne 17 und 27 angefertigt (Abb. 1 und 2).

■ 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 75 bis 79.