

Kopfschmerzen aus Sicht des Zahnmediziners

Die Differentialdiagnose des Kopfschmerzes ist häufig multidisziplinär: Neurologen, HNO-Ärzte, Ophthalmologen, Orthopäden, Internisten und Chirurgen, deren Fachgebiete im Schädel nur wenige Zentimeter voneinander entfernt liegen, sind daran gewöhnt, auch im benachbarten Bereich nach Ursachen für die Beschwerden ihrer Patienten zu suchen. Ausbildungsbedingt wird eine zahnmedizinische Ursache für chronische Kopfschmerzen jedoch gerne vernachlässigt: die Okklusionsstörung des Gebisses. Dabei könnte einigen Patienten einfach und nachhaltig geholfen werden, erklärte Prof. Georg Meyer, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald, auf einer Fortbildungsveranstaltung in Lüneburg.

Die Okklusion, also der Zahnreihenschluß, ist mehr als die „Stellung der unteren zur oberen Zahnreihe beim Schlußbiß“, wie sie ein medizinisches Wörterbuch definiert. Die Okklusion ist auch für die Funktion des stomatognathen Systems von zentraler Bedeutung. Dieses System besteht aus Kiefergelenken, Kaumuskulatur, peripherem und zentralem Nervensystem und Zähnen mit Parodontium. Alle Komponenten stehen miteinander in Verbindung.

Sie tauschen über das ZNS ständig Informationen aus. Mechanorezeptoren im Desmodont (elastischer Aufhängeapparat des Zahnes) halten das ZNS ständig über die aktuelle Stellung der Kiefer auf dem laufenden. Jede Abweichung von dem im Gehirn engrammatisch fixierten Normwert wird mit einer vermehrten Aktivität der Kaumuskulatur beantwortet. Meist ohne daß dies dem Patienten bewußt wird, kommt es durch kurzzeitige, intermittierende, isometrische neuromuskuläre Funktionsmuster zu Parafunktionen. Dabei werden störende Strukturen der Zähne durch Abschleiß eliminiert.

Wird keine harmonische Okklusion erreicht, setzt der Körper die Ad-

aptationsversuche unentwegt fort. Sie äußern sich in einem Knirschen und Pressen mit den Zahnreihen, dem Bruxismus. Selbst diese heftige Störung kann dem Patienten unbewußt bleiben, weil sie häufig nachts auftritt. Schließlich kommt es zu einer Hypertonizität und Hypertrophie der Kaumuskulatur.

Der Patient fühlt sich erst gestört, wenn es zu Schmerzen in der Kaumuskulatur, im Kiefergelenk oder im Nervensystem kommt. Nach Aussage von Meyer gehört auch der unspezifische Kopfschmerz zu den Manifestationen der Myoarthropathie, manchmal ist er sogar das erste und einzige Symptom. Schon geringgradige Okklusionsstörungen können ihn auslösen.



Ausgeprägte Abrasionen bei Bruxismus, insbesondere in der Oberkieferfront, die nur durch Kauflächenaufbau (Kronen) behoben werden können.

Foto: Prof. Dr. W. Niedermeier

„Die Okklusion ist vom Körper so fein eingestellt, daß bereits eine Folie von zehn Mikrometern Stärke von den Zähnen ertastet werden kann“, heißt es in einem zahnmedizinischen Handbuch. Diese hohe Sensibilität erklärt, warum ein unsachgemäßer Zahnersatz eine Okklusionsstörung verursachen kann.

Dieses Problem hat sich nach Aussage Meyers in den letzten Jahren durch härtere Füllungsmaterialien verschärft, denn ungenügende Präzision wird hier besonders nachhaltig wirksam als Auslöser von Kaufunktionsstörungen. Sehr resistent sind Sinterkeramiken im Kauflächenbereich, die

natürlichen Zahnschmelz an Härte übertreffen können. Die Gefahr der Okklusionsstörung durch zu hohen Zahnersatz ist längst erkannt worden. Häufig lassen Zahnärzte und Zahn-techniker deshalb ein wenig „Luft“ zum gegenüberstehenden Zahn. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die Gefahr malokklusionsbedingter Beschwerden damit gebannt ist. Denn auch zu niedriger Zahnersatz kann zur Myoarthropathie und zum Kopfschmerz führen. Meyer schätzt, daß Infraokklusionen mittlerweile für dreiviertel aller Okklusionsstörungen verantwortlich sind.

Viele, vermutlich die meisten Okklusionsstörungen bleiben asymptomatisch. Die Zahnmediziner sind sich darin einig, daß Streß oder nervöse Anspannungen in der Regel als zweiter Faktor hinzukommen müssen, bevor es zur Dekompensation adaptierter okklusaler Störungen kommt. Psychische Spannungszustände führen bei vielen Menschen zu muskulären Hypertonizitäten.

„Der affektive Stau entlädt sich über die Zahnreihen“, sagen die Zahnärzte. Neben dem psychischen Streß können auch physikalische Einflüsse wie Kälte, Feuchtigkeit oder metabolische Faktoren wie Pubertät, Klimakterium und Schilddrüsenerkrankungen die Erkrankung triggern. Eine interdisziplinäre Studie im Rahmen des Greifswalder Projektes Community Medicine/Dentistry an zirka 10 000 Probanden, die vom Bundesforschungsministerium in Bonn mit 4,5 Millionen DM gefördert wird, soll auch für dieses Forschungsgebiet die nötigen Daten liefern.

Die Diagnose ist für den Zahnarzt nicht schwer. Ein Hinweis sind charakteristische Schleiffacetten an Zahnschmelz oder Zahnersatz. Die klinische Untersuchung fördert dann häufig Verhärtungen in der Kaumuskulatur zutage. Länger bestehende Malokklusionen können zu Impressionen am Zungenrand führen, denn auch die Zungenmuskulatur ist am Versuch des Körpers beteiligt, die Okklusion zu kalibrieren.

Rüdiger Meyer