

Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen werden meistens von einer CMD ausgelöst

Funktionstherapie: Interdisziplinärer Lösungsansatz für Erkrankungen des Bewegungsapparates

Die lokale Betrachtung des craniomandibulären Systems hat sich in den vergangenen Jahren zur interdisziplinären Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung des ganzen Körpers erweitert. Wenn bei einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) der Bewegungsapparat mitbeteiligt ist und das ist häufig der Fall, ändert sich ständig die Kondylenposition und damit auch die Okklusion. Es werden aber nicht nur ca. 80 Prozent aller Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen von einer CMD ausgelöst, sondern auch Symptome im ganzen Körper (**Abb. 1**).

Orthopäden sagen seit Jahrzehnten, dass sie nicht wissen, was die Ursachen von 80 Prozent aller Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sind. Wenn ich ihnen an ihren eigenen Patienten, die nach jahrelangen Rückenschmerzen schmerzfrei waren, die Zusammenhänge mit den Kiefergelenken und der Okklusion zeige, glauben die meisten das nicht. Bevor wir unsere CMD-Patienten untersuchen, müssen aber erst ein Orthopäde/Unfallchirurg und ein Hausarzt/Internist die Patienten untersucht haben, ob andere Ursachen für die Nacken- und Rückenschmerzen verantwortlich sind.

Bei unserer ganzheitlichen Untersuchung fragen wir den Patienten als erstes, ob er verschieden hohe Einlagen oder Absätze trägt. Denn die meisten Orthopäden meinen, dass immer eine anatomische Beinlängendifferenz vorliegt, und gleichen das sehr häufig mit einseitig erhöhten Einlagen aus. Dadurch werden zwar das Becken gerade und

die Beine gleich lang, aber die Wirbelsäule wird noch mehr gekrümmt und rotiert. Deshalb sind einseitig erhöhte Einlagen bei einer funktionellen Beinlängendifferenz absolut kontraindiziert! Die sind nur bei einer echten anatomischen Beinlängendifferenz sinnvoll, die aber mit 3 Prozent sehr selten ist. Erst im Alter werden echte Beinlängendifferenzen nach Einsetzen einer Endoprothese im Hüftgelenk häufiger; besonders bei einem funktionellen Beckenschiefstand ist das schwierig zu operieren. Deshalb sollte vorher eine interdisziplinäre Vorbehandlung erfolgen, um Wirbelsäule und Becken gerade einzustellen. Bei einer Skoliose mit Beckenschiefstand bekommen die Patienten häufig eine Arthrose durch Fehlbelastung der Wirbelsäule und der Hüft- und Kniegelenke. Wenn wir die Wirbelsäule und das Becken frühzeitig gerade stellen, werden Bandscheibenvorfälle durch die lateral gekrümmte Wirbelsäule und Endoprothesen an den großen Gelenken seltener.

Bei der ersten Untersuchung messen wir mit einer Beckenwaage, ob ein Beckenschiefstand vorhanden ist (**Abb. 2 und 3**). Bei dieser Patientin war das Becken rechts 10 Millimeter (mm) tiefer und dadurch das rechte Bein funktionell 10 mm länger. Ursache war der Vorkontakt eines rechten Seitenzahns, der eine Blockade oder eine Torsionsfehlstellung des rechten Sakroiliakal-Gelenkes (SIG) ausgelöst hat. Bei einem funktionellen Beckentiefstand ist die Ursache immer ein Vorkontakt der Front- oder Seitenzähne auf derselben Seite.

Zur weiteren Untersuchung lassen wir den Patienten den Unterkiefer schließen und die Zähne leicht berühren. Wir fragen ihn, wo der erste Zahnkontakt ist, und sagen ihm, er möchte sich seinen Zusammenbiss merken, da der sich nach dem Meersseman-Test minimal ändern wird. Dann legen wir ihm Watterollen der Größe 1 zwischen die Seitenzähne (**Abb. 4**) und lassen ihn 30 Sekunden lang eine gerade Strecke hin und her gehen (Meersseman-Test). Bei diesem Test werden die Kiefergelenke gleichmäßig belastet, dadurch ändert sich sofort die Lage des Unterkiefers im Gelenkraum und damit auch die Okklusion. Danach legen wir dem Patienten die Beckenwaage wieder an und jetzt ist das Becken fast immer gerade und die Beine gleichlang (**Abb. 5**), die Wirbelsäule aber noch nicht.

Mit dem Beinlängendifferenz-Test prüfen wir, ob die Kiefergelenke und die Okklusion Ursache des Beckenschiefstands sind. Dazu legen wir den Patienten auf den Behandlungsstuhl, heben seine Beine um 15 Grad hoch und etwas auseinander. Dabei sind unsere Daumen unter seinen Knöcheln, um Beinlängendifferenzen zu sehen. Danach schwenken wir die Beine nach links und rechts, um den Körper zu zentrieren. Den Patienten lassen wir mit geöffnetem Mund aufrichten, zur Unterstützung kann er sich mit den Armen seitlich abstützen. Wir führen die Beine zusammen und schauen auf unsere Daumen. Die Beine sind jetzt gleich lang, da unsere Daumen auf gleicher Höhe sind. Mit diesem orthopädischen Test (Variable Beinlängendifferenz nach Derbolowsky) können wir die Okklusion auf 30 µm überprüfen.

Der Patient legt sich wieder hin und wir fragen ihn, wo jetzt der erste Zahnkontakt ist. Meistens kann er uns ganz genau sagen, dass und wo sich der Zusammenbiss minimal verändert hat. Wir lassen den Patienten jetzt zubeißen (**Abb. 6**) und mit dem variablen Beinlängendifferenz-Test erneut aufrichten. Jetzt schiebt bei 70 Prozent der Patienten das Bein vor, das vorher länger war, bei 30 Prozent dagegen schiebt das andere Bein vor, das vorher kürzer war, weil der erste Zahnkontakt jetzt auf dieser Seite ist (**Abb. 7**). Das erscheint kompliziert, ist aber einfach, denn es schiebt immer das Bein vor, auf dessen Seite der erste Vorkontakt gerade ist. Daran sieht man, wie sensibel der Körper auf die Okklusion reagiert und

Über den Autor

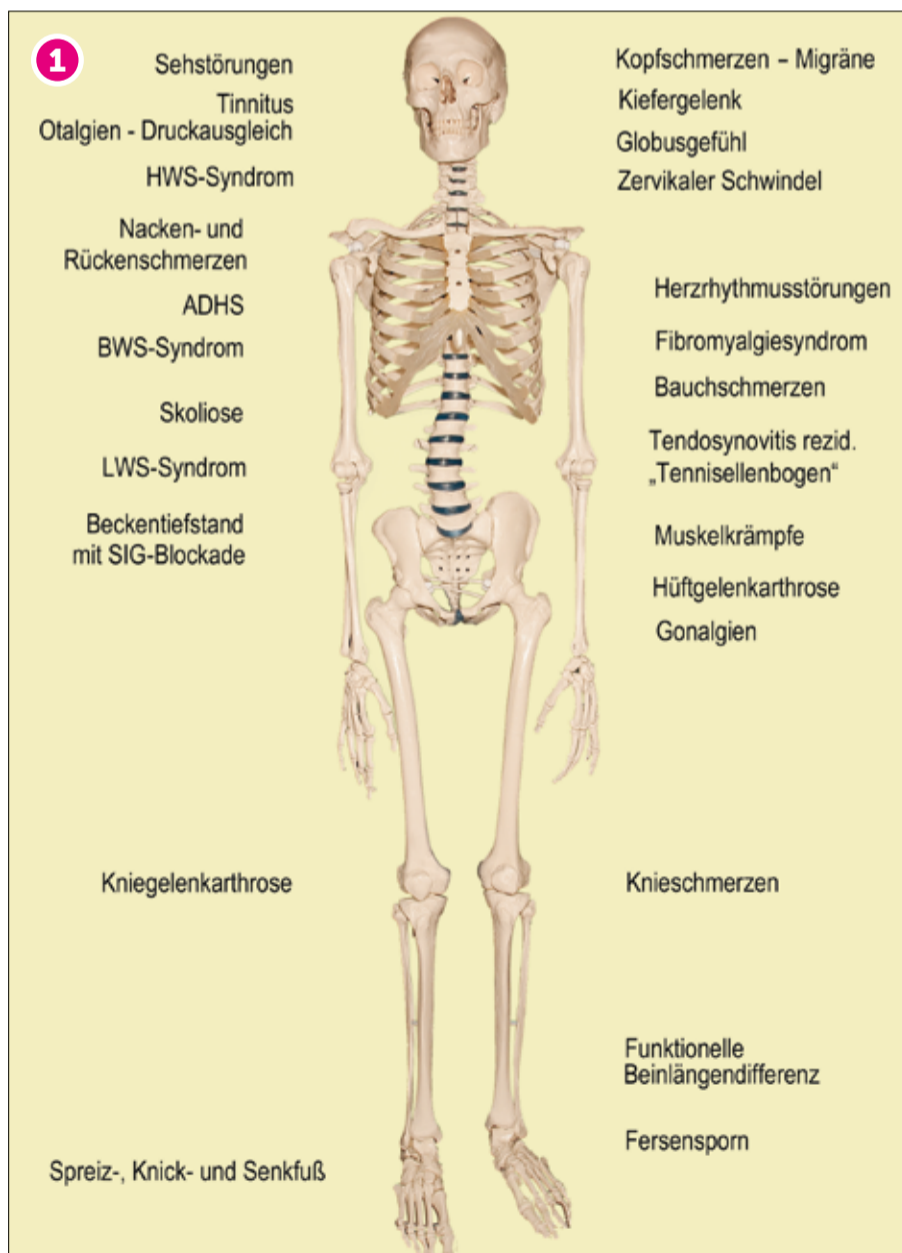
Dr. Jürgen Dapprich, seit 1973 in eigener Praxis in Düsseldorf, ist Mitglied unter anderem der „Neuen Gruppe“ sowie Fellow des ICD und der PFA. Er ist Spezialist für Funktionsdiagnostik und Therapie sowie Ehrenmitglied der DGFD, Autor der Bücher „Totalprothetik“ mit ZTM E. Oidtmann 2001, Russische Ausgabe 2007, „Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis“ 2004 und „Interdisziplinäre Funktionstherapie – Kiefergelenk und Wirbelsäule“ 2016 Deutscher Ärzte-Verlag Köln. Seit 2005 limitiert auf Funktionstherapie im CMD-Centrum-Düsseldorf.

wie wichtig dieser Umstand für die Therapie ist!

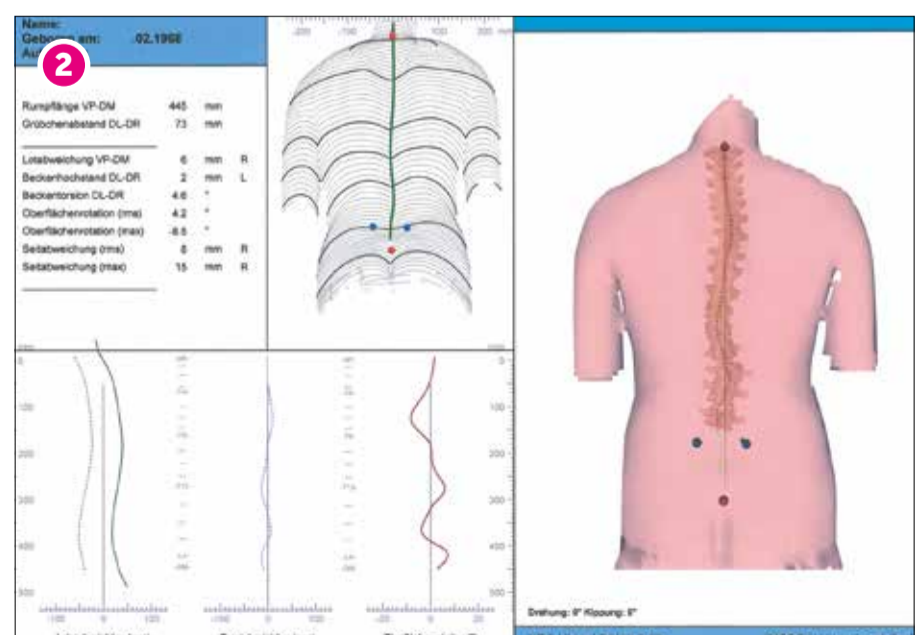
Als Letztes legen wir einen doppelt gefalteten Memo-Papierstreifen (200 µm) zwischen die Zähne auf die gegenüberliegende Zahnreihe des jetzt aktuellen Vorkontaktes. Wir lassen den Patienten auf den Papierstreifen beißen, und nach dem variablen Beinlängendifferenz-Test schiebt das Bein jetzt nicht mehr vor. Durch Ausgleich der Okklusion mit dem Papierstreifen auf der anderen Seite werden die Kiefergelenke gleichmäßig belastet. Deshalb blockiert das SIG-Gelenk nicht mehr und sowohl die Wirbelsäule als auch das Becken werden gerade. Nun verstehen wir, warum etwa 80 Prozent aller Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen durch eine CMD ausgelöst werden.

Nach dieser Untersuchung können wir sofort sagen, ob eine funktionelle Beinlängendifferenz vorliegt und ob diese Störung abwärts durch den Okklusion-Kiefergelenk-Komplex bedingt ist. Das ist bei prothetischen Rekonstruktionen auch sehr wichtig, denn wenn das Becken schief steht, ändert sich die Okklusion ständig. Wenn wir bei diesen Patienten zum Beispiel eine Brücke einsetzen, kann die einige Zeit später zu niedrig werden und wir verstehen nicht, warum

i Text und Bilder dieses Beitrags stammen aus dem aktuellen Buch „Interdisziplinäre Funktionstherapie, Kiefergelenk und Wirbelsäule“ von Dr. Jürgen Dapprich, Deutscher Ärzteverlag 2016.



Mögliche Auswirkungen einer CMD auf den gesamten Körper



3-D-Vermessung der Patientin vor der Behandlung



Wir messen mit einer Beckenwaage den Beckenstand, er ist rechts 10 Millimeter tiefer.



Mit zwei Watterollen geht die Patientin 30 Sekunden lang durch die Praxis (Meersseman-Test).



Beim Zubeißen mit dem Beinlängendifferenztest ...



Das Becken ist gerade, deshalb sind die Beine gleich lang und bleiben es auch beim Beinlängendifferenztest mit geöffnetem Mund.



...wird das Bein länger und schiebt auf der Seite vor, auf der der erste Zahnkontakt ist.

das so ist. Das stabilisiert sich auch nicht nach einer Korrektur der Okklusion durch Aufbauen oder Einschleifen, sondern erst nach der interdisziplinären Vorbehandlung – erst dann bleibt die Okklusion lebenslang stabil.

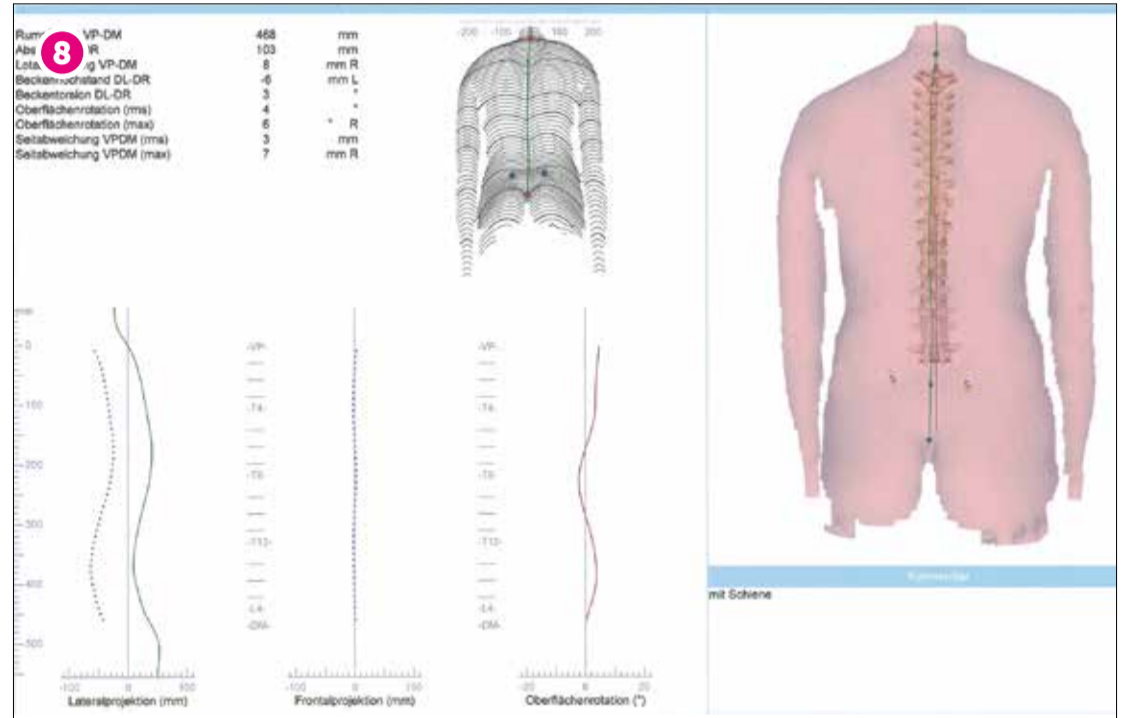
Als letzte Diagnose lasse ich vor dem Einsetzen der Okklusions-schiene bei einem Orthopäden Aufnahmen der Wirbelsäule mit der „Diers Formetric 4-D“-Vermessung durchführen. So kann eine vorläufige Diagnose gestellt werden, ob die Okklusion die alleinige Ursa-

che des Problems ist oder ob mit dem Janda-Test auch eine Mitbeteiligung von den Füßen, eine anatomische Beinlängendifferenz oder eine seltene, nicht funktionelle Skoliose vorliegt. Nach dem Ende der Therapie lassen wir mit der Schiene im Mund erneut Aufnahmen der Wirbelsäule mit der Diers-4-D-Vermessung durchführen. Dadurch können wir den Erfolg beurteilen und sehen, ob Wirbelsäule und Becken gerade sind (Abb. 8).

Die interdisziplinäre Therapie dauert im Durchschnitt neun Mo-

nate, dann sind mehr als 90 Prozent meiner Patienten schmerzfrei, die Wirbelsäule ist gerade und die gesamte Muskulatur entspannt. Nur bei einer Diskusverlagerung dauert die Behandlung länger. Dieser Erfolg ist nur interdisziplinär in Zusammenarbeit mit einem Team aus Atlasterapeuten, Osteopathen, CMD-Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Orthopäden und HNO-Arzt zu erreichen.

Dr. Jürgen Dapprich,
Düsseldorf



Nach etwa neun Monaten ist die Behandlung abgeschlossen, bei mehr als 90 Prozent der Patienten sind die Schmerzen weg, die Wirbelsäule sowie das Becken gerade und die Okklusion ist stabil.

**Nobel
Pos. 28**