

# Gesichtsschmerz aus zahnärztlicher Sicht

## Eine Replik

J. Lechner  
München

Den folgenden Beitrag erhielt die Schriftleitung der ZWR als Antwort auf die Veröffentlichung „Gesichtsschmerzen aus neurologischer Sicht“ von S. Förderreuther und U. Bingel (ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt 2008; 117: 576–583). Der Autor J. Lechner möchte mit seiner Ergänzung seine Erfahrungen zu Ursachen des Gesichtsschmerzes zur Diskussion stellen.

Der informative Artikel „Gesichtsschmerzen aus neurologischer Sicht“ von Förderreuther und Bingel muss meines Erachtens aus zahnärztlicher Sicht um wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt werden. Gleichzeitig möchte ich den Punkten widersprechen, in denen von Eingriffen im Kieferbereich bei Gesichtsschmerzen grundsätzlich abgeraten wird. Selbstverständlich erlaube ich mir als Zahnarzt nicht, über den folgenden Beitrag hinaus zu „Trigeminusneuralgie“ und zu „systemischen neuralgiformen Beschwerden“ und deren Medikation Stellung zu nehmen. Was ich in dem genannten Beitrag aber vermisste, ist sowohl die ausreichende Kenntnis der internationalen Literatur zum Thema als auch ein realistischer Bezug zur Praxis: Denn zahlreiche positive Resultate in meiner eigenen Sanierungspraxis bestärken mich, die generelle Ablehnung von Zahn-/Kiefersanierungen in dem oben genannten Artikel sehr kritisch zu hinterfragen. Ich erlaube mir, in dem folgenden Beitrag diese Lücken zu schließen, in der Hoffnung, dass die sehr grundsätzlich formulierten Ratschläge und Schlussfolgerungen der Autoren in Bezug auf die Zahnsanierung zu mildern oder gar umzukehren sind.

Auf Seite 580 schreiben Förderreuther/Bingel: „...dabei müssen Patienten auch über die Genese ihres Schmerzes aufgeklärt und vor nicht indizierten operativen Eingriffen, insbesondere Zahnextraktionen bewahrt werden“. Auf Seite 582 wird sehr dogmatisch behauptet: „vollkommen unwirksam sind alle operativen Maßnahmen im Gesicht-/Schädelbereich, wie Zahnextraktionen oder Kieferhöhlenoperationen“.

Eine „ausschließlich medikamentöse Behandlung der Neuropathien“ wird gefordert, wobei auf der gleichen Seite als entscheidend herausgestellt wird, dass der Patient „vor weiteren nicht indizierten chirurgischen und zahnärztlichen Eingriffen zu bewahren ist“. Auf Seite 576 schreiben die Autoren sehr richtig: „Neuropathische Schmerzen sind meist auf eine strukturelle Schädigung eines Nerven zurückzuführen“. Dass diese strukturellen Schädigungen durch strukturelle Störungen im Kieferbereich ausgelöst werden können, ist den Autoren ebenso entgangen wie die zugehörige internationale Literatur. Diese strukturellen Störungen im Kieferbereich sind seit langem als „Chronische Kieferostitis“ bekannt und werden neuerdings als NICO [2, 3, 8, 14, 15, 16] bezeichnet.

### Was ist NICO/„Chronische Kieferostitis“?

Bereits 1915 beschreibt Dr. G. V. Black – der Vater der modernen Zahnheilkunde – einen fortschreitenden chronischen Entzündungsprozess im Kieferknochen, der Hohlräume produziert und Knochenzellen abbaut [1]. 1930 benannte Phemister [19] in den USA erstmalig diese Prozesse als „Cavitations“ und beschrieb sie als primär „avaskulär“ und weniger „infektiös“. Seit den 90er-Jahren belegt der amerikanische Pathologe Prof. G. Bouquot [2, 3, 4, 5, 6] diese hohlraumbildende Osteonekrose mit dem Namen NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis). Er fand bei einer Untersuchung an über 200 verstorbenen Patienten mit Trigeminusneuralgie praktisch immer diese Osteonekrose im Kieferknochen, die begleitend den Nervus trigeminus gereizt hatte. Diese fettig-degenerative Osteonekrose kann sich sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer entwickeln. Bemerkenswert zur Lokalisation der chronischen Kieferostitis sind:

- Sie dehnt sich sehr häufig im Unterkiefer weit hinter das eigentliche Weisheitszahn-Gebiet aus (sogenanntes 9-er Gebiet).

