

Fragen zur Prothesenunverträglichkeit

Marxkors, Reinhard

First published in:

Die Quintessenz, 29. Jg., Heft 9, S. 59 - 64, Berlin 1978, ISSN 0033-6599

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-49329431504

Originalarbeit:

Fragen zur Prothesenunverträglichkeit

Reinhard Marxkors, Prof. Dr. med. dent.

Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Adresse: Robert-Koch-Straße 27 a, 4400 Münster

Das Problem der Prothesenunverträglichkeit ist keineswegs neu, nur der Begriff ist jüngeren Datums. In der älteren Literatur rangierte das Krankheitsbild im wesentlichen unter dem Begriff „Gaumenbrennen“. Die Patienten klagen über Brennen, Wundgefühl und Parästhesien, über Mißempfindungen vorwiegend im Bereich des Gaumens und der Lippen- oder über wenig faßbare Sensationen im Mund- und Kopfbereich.

In den fünfziger und sechziger Jahren wurden als Ursachen für das Brennen vorwiegend mechanische Faktoren und stoffliche Noxen angenommen. Entsprechend umfangreich waren die Experimente, in denen die chemisch-toxischen und allergischen Wirkungen der am Aufbau eines Zahnersatzes beteiligten Werkstoffe untersucht wurden. Da aber die Erfolge ausblieben und die Zahl der Patienten mit der steigenden Zahl prothetisch Versorgter ständig stieg, wurde von uns 1971 ein Team gebildet, bestehend aus Zahnmedizinern, einem Internisten, einem Dermatologen und einem Neurologen, das sich der Problempatienten unter erweiterten interdisziplinären Gesichtspunkten noch einmal intensiv annehmen sollte. Es wurde ein weitgefäßtes Untersuchungsprogramm aufgestellt. Die Patienten wurden grundsätzlich von allen vier Disziplinen untersucht. Es muß jedoch betont werden, daß nur solche Patien-

ten in das Programm aufgenommen wurden, bei denen zahnärztlicherseits lokal kein hinreichender Grund für die geklagten Beschwerden gefunden werden konnte.

Nachdem während etwa drei Jahren 66 Patienten in der beschriebenen Weise untersucht waren, mußte festgestellt werden, daß in keinem Fall ein internistisches Primärleiden gefunden wurde, das allein als Ursache für die geklagten Symptome in Frage kam.

Auch die dermatologischen Befunde waren nicht beeindruckend. Es traten zwar bei 12 Patienten allergische Reaktionen auf, selten jedoch nur gegen Akrylate. In einem dieser Fälle brachte die Vergoldung der Metallbasis Erfolg, bei fünf weiteren Patienten das Austauschen des Basismaterials.

Entgegen allen Erwartungen erhob der Neurologe in 54 Fällen belangvolle nervenärztliche Befunde, zwei davon waren neurologisch zu beurteilen, 52 psychiatrisch. Die Patienten konnten an Hand des Beschwerdebildes und des Krankheitsverlaufs durchaus in das überlieferte psychiatrische Diagnoseschema eingeordnet werden. Die Diagnosen lauteten „phasische Depression“, „abnorme Persönlichkeitsentwicklung“, „abnorme Erlebnisreaktion“. Inzwischen wurden unsere Ergebnisse mehrfach von anderer Seite bestätigt. Wissenschaftlich ist damit auf dem Gebiet der Prothesenunverträglichkeit ein



beträchtlicher Fortschritt erzielt worden; wie aber soll sich der Zahnarzt verhalten, wenn er mit Patienten konfrontiert wird, die an Prothesenunverträglichkeit leiden? Planloses Experimentieren kann nur zufällig zum Erfolg führen. Es geht also nicht ohne ein gewisses System.

Drei Ursachenkomplexe sind zu diskutieren.

1. Behandlungs- oder ausführungstechnische Fehler
2. Stoffliche Noxen
3. Psychische Ursachen.

Behandlungs- oder ausführungstechnische Fehler

Es sei noch einmal hervorgehoben, daß die Patienten nicht über ästhetische Einbußen klagen und auch nicht über Funktionstüchtigkeit des Ersatzes, allenfalls über eine eingeschränkte Funktionstüchtigkeit. Klagen über direkte funktionelle Mängel fallen nicht unter die Prothesenunverträglichkeit. Die Patienten klagen vielmehr darüber, daß sie mit dem Ersatz nicht zurechtkommen.

Es sei ferner daran erinnert, daß man erst dann Überlegungen über Prothesenunverträglichkeit im engeren Sinne anstellen sollte, wenn lokal kein objektivierbarer Befund für die geklagten Beschwerden zu erkennen ist. Mit der Diagnose „kein objektivierbarer Befund für die geklagten Beschwerden“ darf man es sich nicht leicht machen. Jedermann weiß, daß eine solche Diagnose sehr stark von den Fähigkeiten des einzelnen abhängt und von den Maßstäben, die er an seine eigene Arbeit stellt. In diesem Zusammenhang sei an den alten Erfahrungssatz erinnert: Man sieht nur, was man weiß. Keineswegs darf die psychogene Prothesenunverträglichkeit als willkommenes Alibi für nachlässig gearbeiteten

Zahnersatz mißbraucht werden. Es ist unverantwortbar, wenn man dem Patienten leichtfertig das Etikett „depressiv“ aufklebt, um damit eigene Unfähigkeit zu verdecken.

Da der sichere Ausschluß lokaler mechanischer Ursachen für die weiteren differentialdiagnostischen Überlegungen unerlässlich ist, und da sich hinter den Symptomen der eigentlichen Unverträglichkeit auch Behandlungsfehler verbergen können, sollen einige besonders häufig auftretende Mängel vorgestellt und besprochen werden.

B i ß h ö h e : Gerade bei totalem Zahnersatz kann ein zu groß gewählter vertikaler Abstand die Funktionsuntüchtigkeit bedeuten. Unbewußt versucht der Patient, durch verstärkte Muskelanspannung eine reduzierte Bißhöhe herbeizuführen. Das Gewebe wird gepreßt. Brennende Sensationen sind dadurch erklärlich. Da die Kräfte sich auf eine große Fläche verteilen, treten keine umschriebenen Druckstellen auf. Allenfalls findet man eine leichte diffuse Rötung.

Der **O k k l u s i o n** muß besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eigenartigerweise sind die Patienten nicht in der Lage, eindeutige Suprakontakte oder Fehlpositionierungen des Unterkiefers als solche zu erkennen. Sie können nur feststellen, daß sie mit dem Zahnersatz nicht zurechtkommen. Gerade bei totalem Ersatz fehlen häufig die typischen Symptome der Myoarthropathie, weil sich die Prothesen eher vom Kiefer lösen, als starke Muskelkräfte entwickelt werden können. Dadurch, daß die Patienten den Unterkiefer in eine Schonhaltung bringen, oder dadurch, daß sich die Prothesen in bestimmten Bereichen lösen, kommt es in anderen Bereichen wohl zu Überbelastungen mit diffusen Rötungen, nicht aber zu begrenzten Dekubitalgeschwüren.

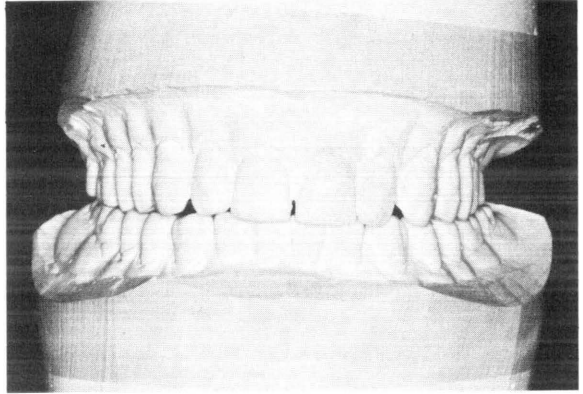


Abb. 1 Totale Prothesen,
 Okklusion nach „Zubeißen“

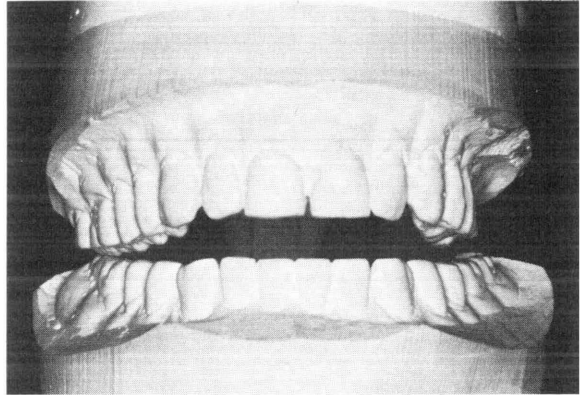


Abb. 2 Totale Prothesen,
 erster Kontakt in zentraler
 Relation

Da die Prothesen einzeln einen guten und ausreichenden Sitz aufweisen und da man bei der Überprüfung der Okklusion durch „Zubeißenlassen“ keine Unstimmigkeiten entdeckt, findet man für die Klagen des Patienten keine Erklärung. Wenngleich es an dieser Stelle nicht darum geht, Methoden vorzustellen, mit denen man okklusale Störungen aufdeckt, so soll doch erwähnt werden, daß man intensiv am Kern des Problems vorbeiuntersucht, wenn man den Patienten „zubeißen“ läßt. Durch das Zubeißen wird nämlich genau das

verborgen, was man aufzufinden bemüht ist. Nach dem Zubeißen weisen alle Prothesen eine leidliche Okklusion auf, weil Non-Okklusionen durch den Muskelzug überwunden werden und weil Suprakontakte den Unterkiefer in Positionen abgleiten lassen, in denen eine relativ gute Okklusion vorgetäuscht wird.

Ein Beispiel mag den Sachverhalt verdeutlichen: Nach dem Zubeißen präsentiert sich die in Abb. 1 dargestellte Okklusion. Beim Abtasten der Zahnreihen in zentraler Relation ergibt sich



nur ein Kontakt (Abb. 2). Es wird für jedermann deutlich, daß eben das, was zwischen dem ersten Kontakt in zentraler Relation und der Schlußposition nach Zubiß geschieht, den Patienten zu seinen Klagen berechtigt.

Bißsenkung: Auch primär einwandfreier Zahnersatz kann nach relativ kurzer Zeit Sensationen hervorrufen, die als Unverträglichkeiten mißdeutet werden können. Mit jedem Bißhöhenverlust nämlich ist eine relative Vorverlagerung des Unterkiefers verbunden. Die Zähne bekommen zuerst auf Protrusionsfacetten Kontakt und gleiten dann in die maximale Kraniallage. Das Gleiten auf schiefen Ebenen hat Horizontalverschiebungen zur Folge; die obere Prothese wird nach mesial, die untere nach distal bewegt. Da auf Grund der geometrischen Beziehungen sich die Vorverlagerung im inzisalen Bereich stärker auswirkt als im distalen, kann es im Zwischenkiefer zur Pression des Nervus nasopalatinus mit entsprechenden Schmerzen kommen.

Eine Überbelastung des inzisalen Knochens im Oberkiefer entsteht vor allem auch bei folgendem Befund: Der Oberkiefer ist mit einer totalen Prothese versorgt. Im Unterkiefer ist noch ein anteriores Restgebiß vorhanden, die fehlenden Seitenzähne sind mangelhaft ersetzt. Der Patient verlegt dann den Kauprozeß instinktiv dorthin, wo er sich am sichersten fühlt, nämlich in den Bereich der natürlichen Zähne. Wiederum ist ein vermehrter Knochenabbau ventral im Oberkiefer die Folge.

Karenztest

Kann man behandlungs- und ausführungstechnische Mängel guten Gewissens ausschließen, so sollte man die weiteren Untersuchungen mit dem Karenztest einleiten. Der Patient darf den

Ersatz vier bis sechs Tage nicht tragen. Bleiben die Beschwerden bestehen, so kann man daraus schließen, daß der Zahnersatz nicht der auslösende Faktor ist. Dieses Faktum ist nicht nur für die Diagnose von Wichtigkeit, es hilft vor allem auch in der Argumentation gegenüber dem Patienten, wenn es darum geht, daß seine Beschwerden psychischer Natur sind.

Sind die Beschwerden während der Karenzzeit abgeklungen, so ist daraus zwar nicht schlüssig zu folgern, daß die Prothese die Ursache der Beschwerden ist; man sollte dieses Ergebnis aber zum Anlaß nehmen, die Qualität des Ersatzes noch einmal zu überprüfen und nähere Überlegungen über eine mögliche stoffliche Schädigung anzustellen.

Stoffliche Noxen

Die Werkstoffe können im allgemeinen auf zweierlei Weise schädigend wirken, auf chemisch-toxischem und auf allergischem Wege. Da das Monomere der Akrylate in der Tat ein Zellgift ist, wurde das Restmonomere als Noxe angeschuldigt. Es wurden zahlreiche Methoden zur Nachpolymerisation und zur Vergütung erarbeitet und empfohlen. Durchschlagende Erfolge blieben jedoch aus. Vor allem bleibt die Frage offen, warum nur bei wenigen Patienten Sensationen auftreten, obwohl alle Kunststoffprothesen Restmonomeres enthalten. Überdies weiß jeder Zahnarzt aus Erfahrung, daß direkte Korrekturen mit Autopolymerisaten, bei denen unverdünntes Monomeres mit der Schleimhaut in Berührung kommt, im Munde zwar ein momentanes Brennen hervorrufen, daß dieses Brennen aber nicht bestehen bleibt.

Man darf daher wohl zusammenfassend feststellen, daß man sich keiner Unterlassung schuldig macht, wenn man die Frage der chemisch-toxischen Schädigung nicht weiter verfolgt.

Anders verhält es sich mit der allergisierenden Wirkung. Das Restmonomere kommt sehr wohl als Ursache für Beschwerden auf allergischer Basis in Frage, obwohl es als Hapten nur in Verbindung mit Eiweiß allergisierend wirken kann. Die Manifestation sollte man jedoch nur als gegeben annehmen, wenn zumindest im Kontaktbereich irgendwelche Effluoreszenzen sichtbar sind, die nach Karenz verschwinden und nach Exposition wieder auftreten. In solchen Fällen sollte der Dermatologe hinzugezogen werden.

Ganz allgemein kann man empfehlen, die Frage der Allergie nur dann weiter zu verfolgen, wenn ein begründeter Verdacht vorliegt. In Zweifelsfällen wird angesichts der Tatsache, daß echte Allergien nur relativ selten auftreten, geraten, zunächst den psychogenen Ursachen nachzugehen. Sollten sich dort keine Anhaltspunkte ergeben, kann man erneut die allergische Wirkung diskutieren.

Psychische Ursachen

Es nimmt nicht wunder, daß der Zahnarzt zunächst zurückschreckt, wenn von ihm die Erkennung von Krankheitsbildern aus der Psychiatrie verlangt wird. Gewiß, man würde ihn in der Tat überfordern, würde man von ihm eine sichere Diagnose und eine entsprechende Therapie erwarten. Darum geht es auch nicht; das ist nicht Sache des Zahnarztes, sondern des Psychiaters. Es geht vielmehr darum, daß man weiß, daß es psychogene Ursachen für die Prothesenunverträglichkeit gibt und daß man früh genug auch an die Möglichkeit psychosomatischer Störungen denken sollte. Dafür gibt es eine Reihe von Anhaltspunkten:

— *Auffallende Diskrepanz zwischen Befund und Beschwerden:* Zu diesem Punkt wurden bereits die notwendigen Ausführungen gemacht.

— *Der negative Karenztest:* Bleiben die Beschwerden auch nach Herauslassen des Ersatzes bestehen, so kann die Prothese nicht die Ursache sein. Diesen logischen Zusammenhang muß auch ein Patient anerkennen, der an sich bestimmte Vorbehalte gegen Nervenärzte hat. Leider wird in breiten Kreisen der Bevölkerung ein Nervenleiden oder eine psychosomatische Störung noch immer als etwas Anrüchiges angesehen, weshalb man sich gegen die Konsultation des Nervenarztes sperrt. Man muß daher behutsam vorgehen, wenn man dem Patienten klarmachen muß, daß seine Beschwerden zahnärztlicherseits nicht zu beheben sind. Mit einsichtigen klaren Argumenten, sachlich vorgetragen, gelingt das am ehesten. Fühlt sich der Patient abgeschoben, ist der Weg zum Psychiater endgültig verbaut.

— *Psychosomatische Schmerzen lassen sich mit Anästhetika oder Analgetika nicht ausschalten.* Klagt der Patient hartnäckig über Schmerzen an einem bestimmten Zahn oder Schmerzen in einem bestimmten Quadranten oder glaubt er gar, eine Neuralgie zu haben, so sind Anästhesien zum Zwecke der Abklärung sehr hilfreich. Verschwinden die Beschwerden nicht, muß Verdacht auf psychosomatische Störungen geschöpft werden.

— *Erfolglose Behandlungsmaßnahmen:* Erscheint der Patient in der Praxis schon mit einer Reihe von Prothesen (normale Basis, Basis aus farblosem Kunststoff, Metallbasis, vergoldete Metallbasis, übergroße Bißhöhe, reduzierte Bißhöhe usw.) oder haben zielgerichtete Maßnahmen keinen Erfolg, so sollte man an psychosomatische Störungen denken. Dazu ein drastisches Beispiel: Es werden Schmerzen an einem bestimmten Zahn angegeben, der aber klinisch völlig unauffällig und nur oberflächlich mit Karies behaftet ist. Die Karies wird entfernt, die Kavität



gefüllt: keine Besserung. Die Füllung wird wieder entfernt, die Kavität tiefer ausgebohrt: keine Besserung. Die Pulpa wird extirpiert: keine Besserung, im Gegenteil, die Beschwerden nehmen zu. Der Zahn wird extrahiert: keine Besserung. Jetzt schmerzt der Nachbarzahn. — *Die Lokalisation der Schmerzen wechselt:* Klagt der Patient über Schmerzen, die gleichzeitig oder zeitlich nacheinander in verschiedenen Quadranten auftreten und überdies den Versorgungsbereich des jeweiligen Nerven überschreiten, so muß die Verdachtsdiagnose „psychosomatische Störung“ gestellt werden.

— *Suizidgedanken:* Es muß als selbstverständlich angesehen werden, daß bei Patienten, die an einer Prothesenunverträglichkeit leiden, eine vertiefte Anamnese erhoben wird. Nicht selten erfährt man dabei, daß die Patienten schon Selbstmordgedanken gehabt haben. Solche Reaktionen auf einen Zahnersatz, an dem man objektiv keinen Mangel findet, müssen auffallen, vor allem dann, wenn zuvor schon jahrelang Zahnersatz zur Zufriedenheit getragen wurde.

Schon an Hand dieser wenigen Merkmale läßt sich eine psychosomatische Störung erkennen. Anschließend seien die beiden wichtigsten Krankheitsbilder kurz skizziert.

Phasische Depression

Wie schon der Name sagt, tritt die Depression in Phasen auf. Die meisten Patienten werden im Laufe ihres Lebens von mehreren Phasen befallen. Eine andere Bezeichnung lautet: „Larvierte Depression“. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß sich seelische Störungen hinter der Maske körperlicher (somatischer) Beschwerden verbergen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die Patienten weiblichen Geschlechts. Bei der vertief-

ten Anamnese erfährt man, daß ihr Leben zur Zeit anders verläuft als vorher. Vorher waren sie voller Tatkraft, energisch und erfüllten ihre Tagesarbeit ohne Schwierigkeiten. Jetzt sind sie lustlos, interessenlos, ohne Initiative, die Arbeit geht ihnen nicht mehr von der Hand. Es handelt sich meist um an sich fleißige, korrekte, gewissenhafte und zuverlässige Menschen. Oft wirkt die zahnärztliche Behandlung wie ein Kristallisationskeim in eine vorge-spannte Lebenssituation. Zu den Ereignissen, die eine solche Vorspannung erzeugen, gehören u. a. Wohnungswechsel, Wechsel des Arbeitsplatzes, Heirat der letzten Tochter, Reise und Urlaub.

Die Leiden der Patienten sollten sehr ernst genommen werden. Sie leiden echt und tief. Die Prognose ist jedoch günstig. Alle nicht streng indizierten Maßnahmen des Zahnarztes sollten unterbleiben. Zielloses Manipulieren wirkt phasenverlängernd. Etwa 60 % der Patienten mit psychogener Prothesenunverträglichkeit leiden an einer phasischen Depression.

Abnorme Persönlichkeitsentwicklung

Im Gegensatz zu den Patienten der ersten Gruppe hat man das Gefühl, daß die Patienten mit abnormer Persönlichkeitsentwicklung nicht echt und tief leiden. Dafür ist ihre Leidensgeschichte um so länger. Sie kränkeln schon seit ihrer Kindheit. Es gehört zu ihrem Lebensinhalt, von Ärzten manipuliert zu werden. Da sich die psychosomatische Störung wie ein roter Faden durch das gesamte Leben zieht, also kein Anfang auszumachen ist, wird es auch kein Ende nehmen. Die Prognose ist ungünstig. Von den Patienten mit psychogener Prothesenunverträglichkeit sind es etwa 20 %, die der Gruppe der abnormen Persönlichkeitsentwicklung zuzurechnen sind. □