

Wirkung unterschiedlicher Okklusionsschienen in Kombination mit Empfehlungen zum Verhalten bei schmerzhaften myofazialen Dysfunktionen

Alencar, F. Jr., Becker, A.: Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. *J Oral Rehabil* 36, 79–85 (2009).

Trotz vieler Untersuchungen ist die Wirkungsweise von Okklusionsschienen immer noch nicht vollständig geklärt. So gibt es Theorien, die die Schienenwirkung auf okklusale Veränderungen, neurologische oder kognitive Einflüsse, Korrektur der vertikalen Kieferrelation, Beeinflussung der Kondylenposition oder auch Placebo-Effekte zurückzuführen. Dementsprechend gibt es eine Vielzahl von verschiedenen Schientypen aus unterschiedlichsten Materialien. Eine Schientherapie wird häufig mit anderen Behandlungen kombiniert. Ziel der Autoren dieser Arbeit war es, in einer doppelt verblindeten, kontrollierten, klinischen Studie die Wirkung unterschiedlicher Aufbisschienen in Kombination mit Patientenempfehlungen zu untersuchen.

Nach Genehmigung durch die zuständige Ethikkommission behandelten die Autoren 42 Patienten (37 ♀, 5 ♂), die wegen myofaszialer Schmerzen (laut diagnostischen Kriterien der *American Academy of Orofacial Pain*) die *Occlusion, TMD and Orofacial Pain Clinic* an der *Araquara School of Dentistry* (Staat Sao Paulo, Brasilien) aufgesucht hatten. Es wurde großer Wert auf eine bezüglich der Art der CMD möglichst homogene Probandengruppe gelegt. Alle Patienten wiesen nur muskuläre Probleme in Form von reproduzierbaren, schmerzhaften Triggerpunkten am M. masseter ohne Gelenkbeteiligung auf und hatten mindestens sechs natürliche Zähne in jedem Quadranten. Ausschlusskriterien waren: frühere Schientherapien, Karies oder

schmerzhafte Parodontalerkrankungen, Traumata, Drogengebrauch und systemische Schmerzerkrankungen z. B. Fibromyalgie. Außerdem wurden Patienten mit anderen als myofazialen Beschwerden im Kiefer-Gesichtsbereich z. B. Osteoarthritis oder Kapsulitis nicht in die Studien aufgenommen. Die Probanden wurden randomisiert und verblindet in drei Gruppen eingeteilt und erhielten entsprechend der Einteilung eine der folgenden Schienen im Unterkiefer:

- Gruppe I: 3 mm dicke, harte Kunststoffschienen mit distalem Aufbiss und anteriorer Führung;
- Gruppe II: 3 mm dicke, weiche Kunststoffschienen mit gleichmäßigem Aufbiss ohne anteriore Führung;
- Gruppe III: Kunststoffschienen mit metallenen Halteelementen, bei denen kein Anteil der Schiene in irgendeiner Kieferposition die Okklusion beeinflusste (Placebo-Schienen).

Zusätzlich zu den Schienen erhielten die Patienten umfangreiche Informationen über ihre Erkrankung und Empfehlungen und Verhaltensrichtlinien z. B. zum Kauen und zur Selbstbeobachtung und Kieferhaltung.

Die Probanden wurden gebeten, während der Dauer der Studie keine Schmerzmittel zu nehmen.

Die Beobachtungsdauer betrug 90 Tage, wobei nach 7, 30, 60 und 90 Tagen jeweils klinische Untersuchungen (Erhebung des *Modified Symptom Severity Index Mod-SSI* und Palpation der Kaumus-

kulatur) durchgeführt wurden. Diese Daten wurden von einem „verblindeten“ Wissenschaftler erhoben, der nicht wusste, welche Schiene der jeweils untersuchte Patient trug.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten bei allen drei Gruppen eine signifikante Beschwerdebesserung mit Reduktion der Palpationsempfindlichkeit und der subjektiven Schmerzstärke im Vergleich zur Ausgangsmessung vor Schienenbehandlung, wobei sich die Resultate zwischen den einzelnen Gruppen am Ende der Studien nicht statistisch signifikant unterschieden. Die Autoren führen diesen Erfolg aller Behandlungen auch auf die durchgeführten Beratungen und Empfehlungen zurück. So gehen sie davon aus, dass sich die Patienten wegen der durch die Studie empfohlene Selbstbeobachtung möglicher Habits und Parafunktionen bewusst wurden und diese vermieden. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass ihre „Placebo-Gruppe“ deshalb keine echte Placebo-Gruppe war, da sie ja einen Teil der realen Behandlung in Form der Unterweisung erhielt. Außerdem führen sie einen weiteren Teil des Erfolges auf die normale Fluktuation der CMD-Beschwerden zurück. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppe um *Truelove et al.* überein, die bei einem Kollektiv von 200 Probanden festgestellt hatten, dass CMD-Patienten ohne Schientherapie nur mit einem Selbstübungsprogramm eine deutliche Beschwerdebesserung aufwiesen. DZZ

H. Tschernitschek, Hannover