

# Tinnitus-Behandlung mit CMD-Therapie

*Wirksame und gesicherte Behandlungsmethoden gegen die störenden Ohrgeräusche gibt es wenige. In einigen Fällen kann eine zahnärztliche CMD-Therapie eine Entlastung bringen. Für einen Behandlungserfolg ist jedoch das rechtzeitige Eingreifen des Zahnarztes von Bedeutung.*

| Dr. med. dent. Christian Köneke

**D**er Tinnitus wird heute als Symptom anderer Erkrankungen und nicht als eigenständige Erkrankung gesehen. Er ist einer Informationsverarbeitungsstörung im Gehirn begleitet von einer individuell geprägten emotionalen Reaktion. Es wird der subjektive (z.B. zervikaler) vom objektiven Tinnitus unterschieden. Für die Zahnmedizin im Rahmen einer CMD-Therapie ist der subjektive (non-auditorische)

Tinnitus relevant, der meist nur vom betroffenen Menschen wahrgenommen wird. Auch radiologische Auffälligkeiten im Sinne von aberrierenden AICA-Schlingen am Kleinhirnbrückenwinkel konnten in Bezug zum Tinnitus gesetzt werden. Die Behandlung der subjektiven Ohrgeräusche muss sich einerseits an der Ursache, andererseits am Zeitverlauf und dem Schweregrad orientieren. Für die einzuschlagende Therapie



Abb. 1: Ausgangs-Situationsmodell HIKP frontal.



Abb. 2: Ausgangs-Situationsmodell HIKP links.



Abb. 3: Ausgangs-Situationsmodell HIKP rechts.

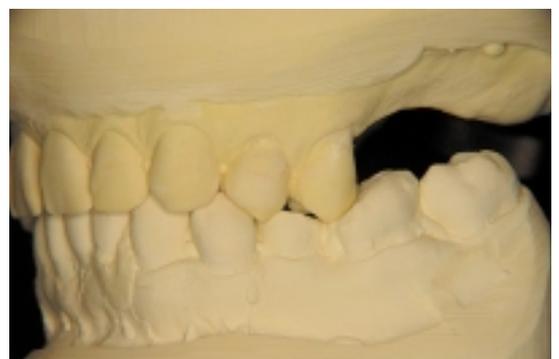


Abb. 4: Registrierung der vorläufigen Zentrik mit Beauty-Pink-Wachs als Konstruktionsbiss in der gewünschten Höhe.

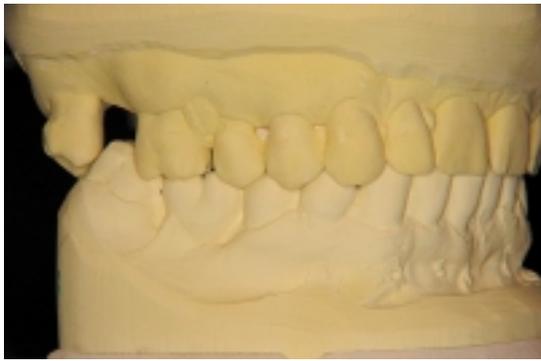


Abb. 5: OK-Schiene links: der Freibereich wird durch einen Sattel zur besseren Dekompression des Kiefergelenkes ersetzt.



Abb. 6: Oberkiefer-Schiene in situ.

muss nach akutem, subakutem und chronischem Tinnitus unterschieden werden. Bei akutem Tinnitus besteht durch die Behandlung die Möglichkeit einer vollständigen Beseitigung oder einer deutlichen Minderung seiner Lautstärke, bei chronischem Tinnitus ist dieses Ziel jedoch nur selten zu erreichen. Zahnärzte stehen einem CMD-bedingten Tinnitus oft ohnmächtig gegenüber, da die Mehrzahl der Betroffenen bereits einen chronifizierten Tinnitus vorweist. Generell gilt die Einstellung, dass der zahnärztlich-physiotherapeutischen Behandlung des Tinnitus mit Vorsicht begegnet werden sollte, da keine kontrollierten klinischen Studien vorliegen. Es gibt keine gesicherten Studien, die einen erhöhten Zusammenhang zwischen Tinnituspatienten und CMD-Patienten belegen. Umgekehrt weisen ein Großteil der Tinnitus-Patienten zusätzlich Auffälligkeiten im Sinn einer CMD-Symptomatik auf. Generell gilt für die Zahnmedizin, dass Patienten, bei denen sich während einer zahnärztlichen manuellen Funktionsdiagnostik der Tinnitus in seiner Qualität verändert, Hoffnung auf Besserung durch eine CMD-Therapie bestehen darf. Ein solches Fallbeispiel soll vorliegend geschildert werden.

#### Anamnese

Der 59jährige Patient stellte sich erstmals Mitte April 2004 in meiner CMD-Sprechstunde zur manuellen Funktionsdiagnostik vor. Er litt seit ca. 8 Wochen an einem Tinnitus. Der Patient schilderte, dass der Tinnitus zu Beginn links und rechts auftrat und nach 30 HNO-ärztlichen Infusionsbehandlungen und 38 Sauerstoff-Druckkammer-Therapie-Sitzungen mittlerweile nur noch links persistierend vorhanden war. Für den Tinnitus habe es keinen bekannten Auslöser gegeben, er sei beim Spazierengehen plötzlich aufgetreten und geblieben. Auch nach einem häus-



Abb. 7: Eingestellte sagittale Protektion bei Laterotrusion auf der fertiggestellten Schiene. Dorsalprotektiv zur Entlastung der bilaminären Zonen.

lichen Entspannungsprogramm sei keine Besserung eingetreten. Wegen des Verdachtes auf einen zervikal bedingten Tinnitus seien mehrfach chiropraktische Behandlungen durchgeführt worden. Zuvor seien chiropraktische Behandlungen eher selten gewesen. Der Patient verneinte Unfälle in seiner Vorgeschichte.

Die Krone im rechten Oberkiefer und die Brücke im rechten Unterkiefer seien erstmalig vor ca. einem Jahr eingegliedert worden. Er beschrieb, dass die Brücke zunächst „seltsam gegessen“ habe, aber nach einem Tag passend gewesen sei. Mit dem Verdacht auf zervikalen Tinnitus durch Fehlbisslage wurde der Patient durch den Orthopäden in meine Praxis überwiesen.

#### Befund

Der gelenkrelevante Befund stellte sich wie folgt dar: Die Mittellinie des Oberkiefers stimmt mit der Gesichtsmitte überein. Im Unterkiefer betrug die Schwenkung ca. 2 mm nach links. Im Prämolarenbereich rechts besteht ein Vorkontakt in der Zentrik. Bei Okklusion tritt ein Beinvorschub rechts + ca. 2 cm auf, ohne Okklusion ist kein Beinvorschub vorhanden.



### **kontakt:**

**Dr. med. dent. Andreas Köneke**  
 Tel.: 0 421/34 35 38  
 E-Mail:  
 fortbildung@cmd-therapie.de  
 www.cmd-therapie.de

*Der dentale Befund sah so aus:*

Der Patient hat seit vielen Jahren eine verkürzte Zahnreihe im Oberkiefer links. Im Unterkiefer links sind ungünstig profilierte ältere Amalgamfüllungen vorhanden. Weitere ältere Amalgamfüllungen sind auch im Oberkiefer vorhanden. Der Patient hat außerdem eine keramisch verblendete Brücke im rechten Unterkiefer sowie eine keramisch verblendete Krone im rechten Oberkiefer. Der Zahn 17 fehlt ohne Ersatz. Eine Karies ist am Zahn 15 vorhanden (vgl. Abbildungen 1 bis 3).

*Befund der Manuellen Funktionsdiagnostik:*

- *Unterkieferbeweglichkeit aktiv und passiv normal weit und unauffällig.*
- *Endgefühl bei Kompression retrusiv rechts und links: zu hart. Keine Schmerzhaftigkeiten bei sämtlichen Kompressionen, Traktionen und Translationen.*
- *Terminales Kiefergelenkknacken rechts und links, wird bei dynamischer Kompression exkursiv lauter und tritt später ein, ist bei dynamischer Kompression inkursiv nicht mehr auskultierbar und ist bei dynamischer Translation medial ebenfalls nicht mehr auskultierbar.*

- *Druckdolenzen in folgenden Muskeln: M. temporalis anterior rechts deutlich, links weniger deutlich; M. trapezius rechts. Sonst muskulär eher unauffällig.*
- *Isometrietests bei Mediotrusion, Adduktion und Abduktion unauffällig.*
- *Trigeminusdruckpunkte unauffällig.*
- *HWS-Beweglichkeit eingeschränkt.*
- *Tinnitus links wird während der Untersuchung lauter.*

*Initialer Therapieversuch:*

1. Orthopädische Deblockierung
2. unmittelbar anschließend: Registrierung der Zentrallage des Unterkiefers
3. noch am selben Tag: Eingliedern einer Funktionsschiene
4. 10 x Physiotherapie und Schienenkorrektur nach Physiotherapie
5. Okklusale Rehabilitation in neuromuskulärer Zentrik

**Therapieverlauf**

Noch am selben Tag wurde die Therapie mit einer orthopädischen Deblockierung und Eingliedern einer Funktionsschiene in vorläufiger Zentrik begonnen (siehe Abbildun-

ANZEIGE



**COOL**

**...ist nur das Original**

Die COOL-DIAMANT-Schleifer Generation von BUSCH ist **golden**.

Die asymmetrische Kühlkanaltechnik sowie die vollständige Diamantierung, auch innerhalb der Kühlkanäle, ermöglichen kühleres, vibrationsärmeres und atraumatischeres Präparieren.

Die verbesserte Schleifleistung und Spanabfuhr, die reduzierte Präparationsdauer und die lange Lebensdauer machen diese Originale so wertvoll für Sie.

Die Details eines Produktes definieren den Wert.

COOL-DIAMANT-Schleifer gibt es in mehr als 70 Formen und Größen.

Fordern Sie aktuelles Informationsmaterial an!



**BUSCH & CO. KG**  
 Unterkaltenbach 17-27  
 D-51766 Engelskirchen  
 Telefon 0 22 63/ 86-0  
 Telefax 0 22 63/ 2 07 41  
 mail@busch-co.de

*There is no substitute for quality*



Abb. 8: Remontierte Modelle nach vier Physiotherapie-Sitzungen in Zentrik, frontal. Die Unterkieferschwankung ist langsam rückläufig.



Abb. 9: Remontierte Modelle nach vier Physiotherapie-Sitzungen in Zentrik, links. Deutliche Dekompression im Kiefergelenk bei Anteriorverlagerung des Unterkiefers.

gen 4 bis 7). In den nächsten drei Wochen erfolgten vier physiotherapeutisch-craniosakraltechnische Doppelstundenbehandlungen mit unmittelbar daran anschließenden Bisslagekorrekturen auf der Schiene.

Nach weiteren drei Wochen wurde bei mittlerweile deutlich veränderter Zentrik und bereits erreichter Dekompression in beiden Kiefergelenken eine neue Oberkiefer-Funktionschiene eingegliedert (siehe Abbildungen 8 bis 10). In den nächsten drei Wochen erfolgten vier weitere physiotherapeutisch-craniosakraltechnische Doppelstundenbehandlungen mit unmittelbar daran anschließenden Bisslagekorrekturen auf der Schiene. Bereits nach diesen Behandlungsschritten war eine langsame Besserung des linksseitigen Tinnitus für den Patienten spürbar.

### Prognose und Epikrise

Unter der weiter fortgesetzten Dekompressionsbehandlung der Kiefergelenke wird sich der Tinnitus voraussichtlich weiter zurückbilden. Bis zu welchem Grad eine Rückentwicklung des Tinnitus erfolgen kann, ist derzeit noch nicht absehbar. Eine definitive Erhaltung der Dekompression insbesondere des linken Kiefergelenkes kann jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit nur über eine Implantation im linken Oberkiefer-Molarenbereich erfolgen. Möglicherweise wird diese noch im Rahmen der Schienenbehandlung durchgeführt werden, wenn sich der Tinnitus weiter gebessert hat. An erster Stelle stand im Therapieablauf die schnelle Dekompression der Kiefergelenke, um innerhalb der für den Tinnitus kritischen 3-Monats-Grenze eine adäquate Maßnahme zu ergreifen. Eine primäre Implantation mit Dekompression der Kiefergelenke auf den eingeheliten Implantaten wäre zwar für den Vorgang der Dekompression wünschens-



Abb. 10: Remontierte Modelle nach vier Physiotherapie-Sitzungen in Zentrik, rechts. Deutliche Dekompression im Kiefergelenk bei Anteriorverlagerung des Unterkiefers.

wert gewesen, wäre jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Beseitigung des Tinnitus zu spät gekommen.

Die Komplette Eliminierung des Tinnitus bleibt jedoch auch im Rahmen der CMD-Therapie meist ein unerreichtes Ziel. Dieser Fall ist einer der selteneren Fälle, in denen die zahnärztliche CMD-Therapie eine Entlastung vom Symptom Tinnitus gebracht hat. In den meisten Fällen kommt der Zahnarzt bei den eigentlich zahnärztlich beeinflussbaren Tinnitusfällen zu spät, weil eine lange Odyssee des Patienten vor dem Weg zum Zahnarzt vorliegt. Der Fall zeigt, dass bei rechtzeitigem Eingreifen des Zahnarztes Hoffnung auf einen Behandlungserfolg bestehen kann. Eine schnellere Überweisung von Tinnituspatienten zum CMD-spezialisierten Zahnarzt ist wünschenswert. II

### Hinweis:

Dieser Artikel entstand unter Mitarbeit von Gerhard Mangold, Physiotherapeut aus München. Dr. Christian Köneke leitet den jährlich stattfindenden Bremer CMD-Workshop, mit interdisziplinärem Symposium und ist Autor des Buches „Die interdisziplinäre Therapie der Cranio-mandibulären Dysfunktion“ (ISBN 3-87652-709-0).