

Fallbericht zum Orofazialen Syndrom

Anamnese:

Herr S., geb. 1977, Projektleiter in der Windenergiebranche, kam im Dezember 2020 mit einer Verordnung über 6 x osteopathische Behandlung in unsere Praxis.

Er berichtet über Übelkeit, wiederkehrende morgendliche Beschwerden in der Brustwirbelsäule und im Brustbein sowie drückende Beschwerden im Bereich Hirnschädel und Schmerzen im Unter- und Oberkiefer rechts. Die Beschwerden werden auf der numerischen Analogskala (NAS) mit durchschnittlich 5 angegeben. Für Herrn S. ist die begleitende Übelkeit die stärkere Einschränkung im Alltag. Die Beschwerden bestehen seit ca. 3 Jahren, ein Schädel-MRT erfolgte ohne pathologischen Befund, HNO-seitig wurde das Nasenseptum operativ begradigt bei bestehendem Nebenbefund einer Pollenallergie.

Medikamente werden nicht eingenommen. Herr S. gibt eine Neigung zu depressiver Verstimmung ohne bisherige Behandlung an. Von der verordnenden Zahnärztin (ZÄ) wurde eine Nachtschiene wegen Verdacht auf nächtlichen Bruxismus angefertigt, allerdings spürt der Patient keinen Unterschied der morgendlichen Beschwerden zwischen Nächten mit und ohne getragener Nachtschiene.

Orientierende Untersuchung:

- schlanke, sportliche Erscheinung mit physiologischem Becken und Lendenwirbelsäule
- General Listening mit Pull nach ventral, VKT Oberbauch positiv
- Rotationsstörungen im TLÜ bds. und im CTÜ nach re.
- Armelevation bds. eingeschränkt
- Synkinese der Kopfgelenke funktionsgestört im Sinne SN li.
- Mundöffnung 3 1/2 Querfinger mit leichter Deflexion nach re.
- intermediäres Diskusknacken li.
- Zungenbeinbeweglichkeit ist nach links eingeschränkt, Grundspannung im Mundboden erhöht

⇒ **Verdacht auf Orofaziales Syndrom**

Syndromal orientierende Untersuchung:

- akt. Triggerpunkte in den posterioren Fasern des M. temporalis re.
- O/C1 in ESRLi., bei Okklusion mit Spatel deutlich weicher

Gezielte Untersuchung:

- O/C1 in ESRli., Verspannung M. masseter re., M. pterygoideus re., M. mylohyoideus bds., M. sternocleidomastoideus re., aktiver TrP im M. pterygoideus lateralis re. und im M. masseter tief re., C7 FRSli., hochstehende 1. Rippe re., Th11 FRSre., Diaphragma thoracis verspannt
- re. und li.oberer Quadrant restrikt
- SBS lat. strain re., Sutura occipitomastoidea (OCM) re., Sutura sphenopalatina re., re. Os temporale in Aussenrotation

⇒ **Bestätigung des Orofazialen Syndroms**

Ziel der Behandlung: Beschwerdereduzierung; Übelkeit und Kopfschmerz haben
Priorität

Behandlung 1 am 3.12.2020 ('60):

- Funktionsstörungen O/C1, TMG re. wegen Deflexion, aktive TrPs. in M. masseter und M. pterygoideus lat. re., suturale Störungen, re. Rot CTÜ und Diaphragma thoracis
- Aufklärung des Patienten über Ruheschwebe und Zungenposition

Im Anschluss war die Mundöffnung symmetrisch und im General Listening der ventrale Pull nicht mehr nachweisbar.

Behandlung 2 am 10.12.2020 ('30):

- Mundöffnung mit Deviation nach re. und Knacken li., O/C1 in ESR li., im General Listening ventraler Pull, Übelkeit geringer für 2 Tage,
- TMG li. mit Traktion und Translation, Mobilisation und Behandlung der suturalen Störungen von Os temporale re. und SBS lat. strain re., Mundboden und Diaphragma thoracis myofaszial

Im Anschluss ist das Knacken weiterhin vorhanden, ventraler Pull im General Listening und Kopfgelenkstörungen nicht nachweisbar. Nebendiagnose:
Diskusverlagerung mit Reposition li.

Behandlung 3 am 17.12.2020 ('30)

- Mundöffnung mit Deviation nach re. bei weiter bestehendem Knacken li., Linderung der Übelkeit und Beschwerden für 2-3 Tage

Neubewertung der Befunde:

- O/C1 und re. Rot. CTÜ in Verkettung mit der habituellen Okklusion, mit Schiene und in Ruheschwebe

- Verkettung vorhanden, weil die Rot. CTÜ mit Okklusion geringer war als ohne (mit Schiene und ohne Schiene gleichermaßen)

Die Adjustierung der Schiene durch Einschleifen im direkten Anschluss an die osteopathische Behandlung ist das nächste Ziel. Als Begründung für dieses, organisatorisch etwas aufwändige, Prozedere gilt das schnelle Auftreten der Rezidive nach 2 Tagen und der bereits geführte Nachweis der Verkettung von Okklusion und HWS-Funktion, in diesem Fall absteigend.

Behandlung 4 am 23.12.2020 ('30) und Behandlung 5 am 30.12.2020 ('30) und Behandlung 6 am 6.1.2021('30)

- suboccipitaler TP PC, M. sternocleidomastoideus TrP re., O/C1 ESRLi., TMG-Unwinding, re. M. masseter re. und M. pterygoideus lat. li., Diaphragma thoracis myofaszial, und Mundboden mit Hyoid,
- SBS lat. strain re., S. OCM re., Foramen jugulare

VKT: Die Verkettung von HWS-Rotationsstörung und Okklusion ist mit Schiene nicht mehr nachweisbar, ohne getragene Schiene weiterhin positiv. Pull im General Listening ist nicht mehr vorhanden.

Ergebnis:

Zum letzten Behandlungstermin gibt Herr S. eine anhaltende Linderung der Gesichts-, Kiefer- und Kopfschmerzen bei kontinuierlich NAS 2, eine völlige Abwesenheit der Brustkorbbeschwerden und durch die fehlende Übelkeit eine deutliche Steigerung der Lebensqualität an.

Herr S. kann zur Zeit mit der adjustierten Nachtschiene und deren regelmäßigem Tragen seine Funktionsstörungen auf geringem Niveau halten, bleibt beschwerdefrei und zuversichtlich. Bei deutlichem Rückgang der Beschwerden begleitet das Diskusknacken weiterhin seine physiologische Mundöffnung und er ist sich darüber im Klaren, dass es positiv zu bewerten ist. Er unterdrückt oder vermeidet es somit nicht.

Danke für Ihr Interesse an unserer Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen verbleibt Max Mustermann

Erläuternde Bemerkungen:

Eine Diskusverlagerung mit Reposition (gekennzeichnet durch ein Öffnungsknacken) links geht oft einher mit eingeschränkter Kapselmobilität rechts, daher folgt typischerweise die (erklärungsbedürftige) gelenkige Behandlung auf der Gegenseite des Knackens. Muskuläre Behandlung erfolgt nach Befund, häufig aber auf der Gegenseite M. masseter tief und M. pterygoideus lat. auf der Knackseite.

