

Zwei Beispiele aus der täglichen AK-Praxis eines Allgemeinmediziners zum Thema ZAHNHERD!

Die AK leistet mir wertvollste Dienste bei der Suche von Zahnherden. Seither hat sich die Wertigkeit des Röntgenbefundes für mich deutlich relativiert. Das Röntgen ist eine nützliche Zusatzinformation, wenn es einen positiven Befund zeigt. Ist jedoch in der Röntgenaufnahme nichts Pathologisches zu sehen, bedeutet dies für mich noch lange nicht, dass sich im Zahnbereich kein Herd in Form einer Ostitis oder eines Wurzelgranulomes befindet. Bei einem unauffälligem Röntgen ist die Diagnose: „Keine Beherdung im Zahnbereich“ - unzulässig und eigentlich ein **Kunstfehler!** Die einzig korrekte Beschreibung wäre: „Keine Auffälligkeiten im Röntgenbild, jedoch ist bei entsprechender Anamnese eine Beherdung im Zahnbereich trotzdem möglich.“!

Werte ZahnärztInnen, wie oft bekommen Sie Patienten zur Fokalsuche im Zahnbereich von ÄrztenInnen für Allgemeinmedizin überwiesen? Wie oft hören Sie **typische Herdanamnesen**, wie: „Die Schmerzen begannen schleichend obwohl es keine Verletzung gab. Sie bessern und verschlechtern sich ohne jeglichen Zusammenhang mit der durchgeführten Belastung. Die Beschwerden verschlechtern sich im Rahmen von Allgemeininfekten, wie Grippe, Schnupfen etc.. Es gibt Tage und manchmal Wochen, da sind die Schmerzen komplett verschwunden, obwohl ich meinen Arm/ mein Bein gleich belaste, wie sonst. Die Ausstrahlung der Schmerzen betrifft immer dieselbe Körperseite.“ Der wohl aussagekräftigste Satz des Patienten ist: „Herr Doktor ich habe **eine schlechte Körperseite**, denn alle Beschwerden, die ich jemals habe, sind auf meiner rechten/linken Körperseite!“ Wenn mir das erzählt wird, begeben mich ganz akribisch auf Herdsuche, vorrangig im Trigeminusgebiet, denn dort befinden sich über 90% der Störherde. Ich lasse mir hierfür eine Orthopan Aufnahme (Panorama-Röntgen) machen und untersuche anschliessend die devitalen Zähne und die einzelnen Leerkieferbereiche mit AK. Nun habe ich noch die Möglichkeit die **Neuraltherapie** zu Hilfe zu nehmen und diesen, mit AK als störend identifizierten Zahn/Leerkiefer, mit einem Lokalanästhetikum zu infiltrieren. Die davon abhängigen Beschwerden sollten zumindest für die nächsten 6-8 Stunden deutlich reduziert sein. Diese Maßnahme war für mich anfangs zur Absicherung notwendig, inzwischen benötige ich die Neuraltherapie zunehmend seltener, weil sie im Zahnbereich nur bei exakter Injektionstechnik absolut sichere Resultate liefert. Ein sauberer und eindeutiger AK-Muskelttest, der reproduzierbar an verschiedenen Tagen dieselbe Aussage liefert, ist diesbezüglich der Neuraltherapie überlegen. Dazu nun **zwei typische Patientengeschichten** aus meiner Praxis.

Claudia, eine 29jährige ehemalige Skirennläuferin, kam mit einem seit 6 Monaten massiv geschwellenem rechten Knie in meine Praxis. Durch ihre guten ärztlichen Kontakte hatte sie im Vorfeld bereits alle erdenklichen diagnostischen Massnahmen getroffen. CT, MRI und letztlich eine Kniepunktion mit dem Versuch eines Erregernachweises. Sämtliche Laborbefunde waren im Normbereich, bis auf eine gering erhöhte Blutsenkung und einem mittelgradig erhöhten Antistreptolysintiter. Die AK-Untersuchung ergab eine positive TL zum rechten Knie und eine positive TL zum 6er im rechten Unterkiefer. Die Nosode Zahnwurzelgranulom D4 hob die positive TL wieder auf (NC durch ZWG D4). Als dieselbe Nosode die Schwäche bei Knieberührung rechts ebenfalls aufhob, war ich mir absolut sicher, dass der Sechser im Unterkiefer rechts beherdet war und damit Ursache für diese reaktive Arthritis im rechten Kniegelenk gefunden war. Ich schrieb meinen Befund dem

zuständigen Zahnarzt, der mich nach zwei Tagen mit folgenden Worten telephonisch kontaktierte:

„Herr Kollege ich habe den devitalen 46 revidiert und frage sie was soll ich nun machen? Sind Sie sich den absolut sicher mit ihrem Befund, denn der Zahn ist wunderschön apikal gefüllt und im Röntgen ist keine Spur von einer Aufhellung zu sehen!“ „Sehr geehrter Herr Kollege, verschliessen Sie bitte den Zahn einstweilig provisorisch und schicken die Patientin zur Nachbehandlung zurück zu mir“, antwortete ich. Nach 4 Stunden rief mich Claudia an und fragte mich am Telephon, ob es denn möglich sei, dass ihre Schwellung im Knie so schnell nachlassen könne. Seit der Zahn geöffnet wurde, hat Sie eine deutliche Druckerleichterung gespürt! Ich habe Claudia innerhalb von zwei Wochen noch jeweils eine Nosode Zahnwurzelgranulom D4 in den Wurzelbereich injiziert, weil die TL nach wie vor positiv war. Das rechte Kniegelenk war innerhalb einer Woche völlig bland und wieder normal belastbar. Der 46er konnte neuerlich gefüllt werden, ohne dass seither ein Reizerguß im Kniegelenk aufgetreten wäre. Claudia ist inzwischen (Nachbeobachtungszeitraum von 7 Jahren) zweifache Mutter geworden und wir testen von Zeit zu Zeit den 46er immer wieder nach. Der Zahn zeigte bis heute keine Reaktion mehr.

Dies ist einer der ganz seltenen Fälle, in denen die Zahnwurzel erfolgreich revidiert werden konnte. Meistens muß der betroffene Zahn extrahiert werden, weil die Wurzelspitzenresektion im Seitenzahnbereich so gut wie niemals eine erfolgreiche Herdsanierung darstellt. Der resezierte Bereich beginnt oftmals schon nach kurzer Zeit zu eitern und entleert diesen im günstige Falle über Fistelbildungen. Die Patienten beschreiben spontan den schlechten Mundgeruch und können selbst eine Eiterentleerung verursachen. Kommt es zu keiner Fistelbildung treten meistens die vorab bestandenen Fernstörungen nach einiger Zeit neuerlich auf. Diese Bereiche reagieren im AK-Test weiterhin maximal belastend. Hierfür ein **weiteres Patientenbeispiel:**

Othmar, Polizeibeamter und Hobbymarathonläufer, meldete sich bei mir mit Schmerzen im linken Sprunggelenk. Die Schmerzen seien nicht unbedingt belastungsabhängig und bestünden schon seit etwa drei Monaten. Othmar war wegen der eingeschränkten Mobilität und dem damit verbundenen Verlust seiner Lebensqualität bereits sehr verdrossen. Das mitgebrachte MRT zeigt eine **Ergußbildung im oberen Sprunggelenk** ohne Läsion der anderen Binnenstrukturen. Die AK-Untersuchung ergab eine positive TL zum linken Sprunggelenk und zum 5er im linken Unterkiefer. Ich erklärte Othmar, diesen Zusammenhang, den er beim Test auch selbst eindeutig nachvollziehen konnte und ersuchte ihn den 35er extrahieren zu lassen. Ich warnte Othmar noch vor einer Wurzelspitzenresektion (WSR), doch schien er dies, ob der Freude endlich die Ursache für seine Bewegungseinschränkung gefunden zu haben, überhört zu haben. Der zuständige Zahnarzt fertigte eine Röntgenaufnahme an, die eine deutliche Aufhellungszone um den 35er zeigte. Othmar war natürlich glücklich. Als ihm der Kollege die Möglichkeit der WSR eröffnete, einer operativen Eitersanierung ohne Verlust des Zahnes, erinnerte sich in jenem Augenblick der Patient nicht mehr an meine Worte. Drei Wochen später stand er wieder in meiner Praxis mit etwas entrüstetem Blick und erzählte mir, dass er zwar für gute zwei Wochen schmerzfrei hätte laufen können, nun hätte er jedoch dieselben Beschwerden wiederbekommen. Ich fragte ihn ob den die Zahnextraktion Probleme gemacht hätte, worauf er mir von der WSR berichtete. Sofort testete ich den resezierten Bereich nach. Es zeigte sich eine positive TL die mit der Nosode Kieferostitis D3 und Bupivacain aufzuheben war. Da Othmar jedoch sehr skeptisch war, umspritzte ich den 35er mit Bupivacain.

Danach ließen die Schmerzen im oberen Sprunggelenk spontan für einen halben Tag nach, was zumindest dafür ausreichte Othmar von dem Zusammenhang neuerlich zu überzeugen. Er ließ sich gegen den Widerstand seines Zahnarztes den 35er von ihm extrahieren und läuft seither wieder schmerzfrei Marathon.
(Nachbeobachtungszeitraum fünf Jahre!)

Liebe KollegInnen, dies waren nur zwei von unzähligen Patientengeschichten aus meiner Praxis, die ihnen den unschätzbaren diagnostischen Vorteil der AK gegenüber den herkömmlichen Methoden veranschaulichen sollen. Ich hoffe, dass Sie aus den beiden Patientenbeispielen einiges für Ihren Praxisalltag mitnehmen konnten und verbleibe

mit kollegialen Grüßen

Ivan Ramšak Dr. med
(Arzt für Allgemeinmedizin)