

Verfahrensstandard Diagnostik und Therapie intraoraler Herde und Störfelder unter Verwendung der Applied Kinesiology

(DÄGAK Stand: Okt. 2013)

Der Ausbildungsausschuss und die Vorstände der DÄGAK und der IMAK haben das im folgenden niedergelegte Protokoll zur Testung und Therapie von Störfeldern in der Zahnmedizin erstellt. Dieses gilt als Grundlage der Anwendung und Darstellung gegenüber der medizinischen Öffentlichkeit. Die Richtlinie entspricht dem aktuellen Stand der Kenntnisse und wird jeweils bei Bedarf aktualisiert.

Herde und Störfelder (im Folgenden zusammenfassend auch als „Störherd“ bezeichnet) im Mund-Kiefer-Bereich sind mit klinischen Methoden (Vitalitätsprüfung, Röntgen, DVT, MRT) nicht in allen Fällen sicher auszuschließen.

Zur Herd- und Störfelddiagnostik gehört in Verdachtsfällen die Testung mittels Applied Kinesiology (AK) und ggf. die Diagnosesicherung mit anderen, untersucherunabhängigen Testverfahren.

Diagnostik

Klinische Untersuchung nach fachspezifischer Kompetenz

- Ausführliche Anamnese (Lymphschwellungen/-knoten im Hals-Kopf-Bereich, Schulter-Arm-Syndrom, Rückenschmerzen, Schmerzen und Dysfunktionen in anderen Regionen, etc.)
- Palpation der submandibulären Lymphknoten sowie der Adler-Langer-Punkte
- orale Inspektion
- Vitalitätsprüfung
- Prüfung der Perkussionsempfindlichkeit der Zähne
- Intraorale Palpation des Ober- und Unterkieferzahnbogens lingual und vestibulär im apikalen Bereich. Dies gilt auch für Leerstrecken.
- Röntgendiagnostik (OPG, Einzelzahnfilm, DVT)

Gibt es aufgrund der Anamnese klare Hinweise auf einen Herdverdacht, der durch die oben genannten Maßnahmen nicht nachgewiesen werden kann, ist die Applied Kinesiology [1] als zusätzliche komplementärmedizinische Diagnosemethode einzusetzen.

Die AK bietet ergänzend:

- Lokalisation von Störherdes (besonders auch solche, die mit klinischen Mitteln nicht erkennbar sind).
- Differentialdiagnose dieser Störherde (z.B. mit Nosoden)
- Evaluation der Fernwirkung des Störherdes durch Befundänderung vor und nach Probebehandlung
- Ermittlung eines möglichst wirksamen Neuraltherapeutikums

- Ermittlung eines möglichst wirksamen homöopathischen Therapeutikums
- Ermittlung einer möglichst wirksamen Begleittherapie (z. B. orthomolekular)

Testung mit Applied Kinesiology

Vor der Testung muss funktionelle neurologische Dysorganisation ausgeschlossen bzw. behandelt werden. Soll bei der Diagnostik ein Magnet angewendet werden, ist eine unspezifische Wirkung dieses Magneten, die bei einzelnen Patienten auftreten kann, im Vorhinein auszuschließen. Führt das Aufbringen des Magneten auf Kopf- oder Körperareale zur Dysfunktion, muss von der weiteren Verwendung des Magneten abgesehen werden. Screening Dies kann auf zweierlei Wege geschehen:

Magnetscreening

Es wird eine Therapielokalisation (TL) mit Magnet (nicht schwächende Seite auf der Haut) durchgeführt, der von außen auf Seiten- und Frontzahnbereiche gelegt wird. Ist die TL mit Magnet positiv, gibt dies einen Hinweis darauf, dass im entsprechenden Kieferabschnitt eine Störung vorliegt. Dabei kann es sich um ein Herdgeschehen, ein Störfeld, auch im Sinne einer Materialproblematik aber auch um eine Gesichts-Schädel-Läsion handeln. Letztere ist ggf. vorab zu differenzieren und zu behandeln.

Screening der assoziierten Lymphregionen

Alternativ kann eine TL zu den assoziierten Lymphpunkten (Adler-Langer-Punkte, submandibuläre Lymphknoten) durchgeführt werden. Führt dies zu einer Dysreaktion des Indikatormuskels ergibt sich daraus der Verdacht auf ein Störfeld in der entsprechend zugeordneten Region.

Diese Screenings müssen im weiteren Verlauf durch spezifische TL's und Challenges spezifiziert werden. Sollten diese Screenings negativ sein und ein begründeter klinischer Verdacht auf ein Störfeld bestehen (Symptomatik, Röntgenaufnahme) ist dennoch wie folgt fortzufahren.

Exakte Lokalisation eines Störfeldes

Eine definitive Untersuchung bedarf der Vorlage eines Orthopantomogramms (Panoramaaufnahme) oder Einzelröntgenaufnahmen als Mindestanforderung.

Untersuchungsmöglichkeiten

a) gehaltener Druckchallenge

Der Patient führt an den herdverdächtigen Zähnen einen gehaltenen axialen, an Leerkieferregionen einen gehaltenen Druckchallenge durch, der den Herd aktiv provoziert. Dieser Challenge kann noch durch „Rütteln“ an dem Zahn bzw. Leerkiefer verstärkt werden. Die Testung erfolgt während der oben genannten Challenges.

Führt dies zur Dysreaktion des Indikatormuskels, so besteht an dieser Stelle ein Herdverdacht.

Immer sollten zusätzlich Ko-Stressoren eingesetzt werden wie Temporal Tap und kraniale Kompression.

Für Therapielokalisation und Druck-Challenge werden die Mechanismus der Mechanorezeptoren-Stimulation und der Biophotonen-Information postuliert. Erster ist ausschließlich in nicht lokalanästhesierten Bereichen erklärbar, der zweite würde erfordern, das isolierender Maßnahmen wie OP-Handschuhe vermieden werden. Die Techniken der Surrogat-Testung werden wegen der zusätzlichen Fehlerquellen nur bei nicht direkt testbaren Patienten empfohlen.

b) Magnet-verstärkte TL

Ein Ringmagnet wird auf den Daumen (d.h. auf das Lymphgefäß der EAV nach Voll) der Seite des Herd-/Störfeldverdachtetes gesteckt. Wenn dies zu einer Indikatordysreaktion führt, kann der Magnet für die weitere Diagnostik nicht verwendet werden. Es muss und kann dann mit normalen TL`s gearbeitet werden.

Ausgehend von einem normoreaktiven Indikatormuskel führt der Patient eine TL zum fraglichen Odonton auf der Seite der Magnetverstärkung durch. Dabei wird der Zahn incl. Halteapparat und angrenzenden Kieferknochen einerseits möglichst zwischen Daumen und Zeigefinger genommen, sodass eine TL des vestibulären und lingualen Bereichs gleichzeitig durchgeführt wird. Zweitens wird unter Magnetverstärkung der Druckchallenge durchgeführt. Punktgenaue Therapielokalisationen (lingual oder bukkal) können mit einem Kugelstopfer oder mit einem ähnlichen stumpfen Instrument, dessen Material für den Patienten individuell verträglich getestet, durchgeführt werden.

Differentialdiagnose mit Nosoden

Gibt es einen radiologischen Hinweis auf ein Störfeldgeschehen (apikale Aufhellungen, ostitische Herde, unvollständige Wurzelfüllungen, etc.), so erübrigt sich unter Umständen der weitere Untersuchungsgang.

In allen Fällen mit negativen radiologischen Befunden ist bei positiver TL zunächst ein gehaltener Challenge am verdächtigen Zahn durchzuführen, der die positive Therapielokalisation bei Vorliegen einer mechanischen Störung im Sinne eines „neurologischen Zahnes“ (z.B. durch Frühkontakte) aufhebt.

Ausgehend von der positiven TL/Challenge wird der Nosodenchallenge durchgeführt. Eine Ampulle mit einer Tiefpotenz der in Frage kommenden Störfaktoren (Kieferostitis, gangränöse Pulpa, chronische Pulpitis/Sinusitis etc.) wird vom Patienten „herdnah“ in der Hand gehalten, die die TL/CH zum Zahn durchführt (nicht mit der Hand, die den Magneten trägt). Die der Beherdung entsprechende Nosode oder der potenzierte Schadstoff bei sogenannten Materialstörfeldern führt dann zum Ausgleich der positiven Therapielokalisation/Challenge, d.h. der Indikatormuskel wird normoreaktiv. Sollte die an Hand von Anamnese und klinischem Verdacht ausgewählte Nosode die Dysreaktion nicht aufheben, gilt es, andere Potenzen derselben Nosode oder Nosoden weiterer denkbarer Diagnosen zu testen.

Da die Nosoden von Geweben hergestellt werden, deren Pathologie nicht histologisch sondern bioenergetisch definiert wurde (Otto, Staufen-Pharma, mündliche Mitteilung) ist das Nosoden-Testergebnis nur als Anfangskriterium für die klinische Herdsanierung anzuwenden (s. Bestätigung eines Herdbefundes).

Darstellung der Fernwirkung des Störherdes

Mit den Symptomen des Patienten korrelierenden dysreaktive Muskeln sollten durch die TL des fraglichen Störherdes normoreaktiv werden. Alternativ kann ausgehend von einer positiven TL oder einem positiven Challenge, die mit den Symptomen des Patienten korrelieren, geprüft werden, ob diese durch die TL des Störherdes im Sinne einer Doppel-TL aufgehoben werden. Tritt dabei Normoreaktion auf, kann von einem Zusammenhang der beiden Problemstellen ausgegangen werden.

Versagt die TL, ist zu prüfen, ob mit Mechanorezeptorenstimulation (Reiben, Stimmgabel) über den gestörten Körperregionen bzw. dem Odonton die Dysreaktion aufzuheben ist.

Möglichkeiten zur Bestätigung eines Herdverdachts

Probebehandlung mit Neuraltherapie

Nach Festlegung der Lokalisation des Herdes/Störfeldes geschieht die Kontrolle des Befundes (auch im Sinne der Fernwirkung) durch temporäre Ausschaltung des Herdes/Störfeldes mittels Neuraltherapie. Auch die Testung des Neuraltherapeutikums auf Wirksamkeit erfolgt herdnah. Zur Testung des Neuraltherapeutikums auf Verträglichkeit

(Leertest) muss ein normoreaktiver Indikatormuskel normoreaktiv bleiben. Führt die Injektion des Neuraltherapeutikums am Herd/Störfeld zur Beseitigung des positiven AK-Testbefundes (TL/CH) sowie der durch das Störfeld verursachten Befunde (wie muskuläre Dysreaktionen und strukturelle Störungen), ist die Diagnose abgesichert.

Dekoder-Dermographie

Von einigen Anwendern wird die Dekoder-Dermographie empfohlen. Dabei ist vor der dritten Registrierung eine Neuraltherapie zur Ausschaltung des Störfeldes durchzuführen und nach der Registrierung die Aufhebung der erhobenen AK-Befunde wie oben durchzuführen.

Weiter stehen bildgebend zur Verfügung:

- Oberflächenspulen-MRT mit Kontrastmittel (Gadolinium)
- 3D-Volumentomogramm
- Dentales CT.

Therapie

Bei allen Herdbefunden, die nicht mit bildgebenden Verfahren verifiziert werden können, ist eine Behandlung mit der IRT (Injury Recall-Technik) und eine Neuraltherapie durchzuführen und das klinische sowie subjektive Ergebnis zu überprüfen.

Operative Therapie

Eine invasive Behandlung ist vorher durch forensisch anerkannte Methoden zu validieren. Ist dies aus technischen oder anderen Gründen nicht möglich, so ist vor dem Eingriff nach umfassender Aufklärung die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen. Alle operativen Eingriffe sollten unter optimalen technischen Voraussetzungen erfolgen und mit getesteten Substanzen (Lymphsystem, Wundheilung, Knochenaufbau, Energiehaushalt etc) begleitet werden.

Bei Wurzelfüllungen und Wurzelspitzenresektionen wird ein Vorgehen entsprechend den Vorgaben der Fachgesellschaften empfohlen.

Regelmäßiges Nachttesten mit AK sowohl des Zahnes oder der Operationsstelle, zugeordneter Lymphbereiche und Adler-Langer- Punkte als auch peripherer Läsionen (mittels Doppel-TL und Challenges) über Jahre wird empfohlen.

Bei Leerkiefer- Revisionen ist die vollständige Entfernung des erkrankten Knochens notwendig. Alle technischen Möglichkeiten der Differenzierung von krankem und gesundem Gewebe sollten ausgeschöpft werden.

Sinnvoll ist hierbei neben der histologischen Untersuchung auch eine Multielementanalyse des entfernten Knochens.

Literatur

- Eriksen, H. M., G. P. Berset, et al. (1995). "Changes in endodontic status 1973-1993 among 35-year-olds in Oslo, Norway." *Int Endod J* **28**(3): 129-132.
- Eriksen, H. M. and E. Bjertness (1991). "Prevalence of apical periodontitis and results of endodontic treatment in middle-aged adults in Norway." *Endod Dent Traumatol* **7**(1): 1-4.
- Friedman, S., C. Lost, et al. (1995). "Evaluation of success and failure after endodontic therapy using a glass ionomer cement sealer." *J Endod* **21**(7): 384-390.
- Garten, H. and G. Weiss (2007). *Sytemische Störungen - Problemfälle lösen mit Applied Kinesiology*. München, Urban und Fischer.
- Habl, C., A. Bodenwinkler, et al. (2005) "Wurzelbehandlung an Molaren." *HTA Bericht, Medizinwissen* **18**

- Molven, O. and A. Halse (1988). "Success rates for gutta-percha and Kloroperka N-0 root fillings made by undergraduate students: radiographic findings after 10-17 years." Int Endod J **21**(4): 243-250.
- Molven, O., A. Halse, et al. (1988). "[The follow-up of root resections]." Nor Tannlaegeforen Tid **98**(16): 662-664.
- Orstavik, D. (1996). "Time-course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man." Int Endod J **29**(3): 150-155.
- Pekruhn, R. B. (1986). "The incidence of failure following single-visit endodontic therapy." J Endod **12**(2): 68-72.
- Petersson, K., A. Petersson, et al. (1986). "Technical quality of root fillings in an adult Swedish population." Endod Dent Traumatol **2**(3): 99-102.
- Ray, H. A. and M. Trope (1995). "Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration." Int Endod J **28**(1): 12-18.
- Saunders, W. P. and E. M. Saunders (1997). "The root filling and restoration continuum--prevention of long-term endodontic failures." Alpha Omegan **90**(4): 40-46.
- Schneider, B. T. (2012) "Die endodontische Mikrochirurgie der apikalen Läsion."
- Setzer, F. C., S. B. Shah, et al. (2010). "Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature--part 1: Comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery." J Endod **36**(11): 1757-1765.
- Song, M., S. J. Shin, et al. (2011). "Outcomes of endodontic micro-resurgery: a prospective clinical study." J Endod **37**(3): 316-320.