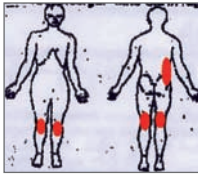


Carmen Kannengießler

HERDSANIERUNG UND COPA PASSEN PERFEKT ZUSAMMEN

W., S., 33 J., m., Physiotherapeut

A: Periorales Ekzem, Verdauungsbeschwerden + NMU (Weizen, Ei, Milch), auffälliger Haarverlust im Bereich des Scheitelbeins nur li posterior; Rückenschmerz re (BWS/LWS), schlechter frühmorgens, bei längerem Sitzen und im Stehen bei gebeugter Haltung, seit Jahren bds medialer Knieschmerz, leichte Zahnschmerzen regio 26, besonders auf Druck, ebenso an 24. Dort Titan-Implantat im Herbst 2000! Amalgamentfernung ohne Schutzmaßnahmen vor 1,5 Jahren mit sofortiger Endversorgung (Composite-Füllungen). 1994 Steißbeinfistel, große Narbe
Derzeitige Medikation: Kupfer (laut AK-Test und Labor), Vit. D (AK-Test)



Vom Patienten selbst
eingezeichnete Schmerzareale



Kopfbehhaarung – links mit
auffällig lichterem Areal

U: Zahnärztlicher O1-Befund:

f: 16, 47, 37, wobei 38 und 48 stark in die Lücken gekippt sind. 18 früher entfernt, 28 nicht angelegt.

Wurzelbehandelt: 11 und 35 (mit Stift und periapikal sichtbaren chron. Veränderungen (Rö))

Implantat 24: vertikale Knocheneinbrüche, Periimplantitis, besonders distal in Richtung 25 (Rö)

Füllungen: Composite-Füllungen

Kronen: 24 auf Implantat, Material: Degunorm, Straumann-Verbindungselement, Kunststoffkappe, ausbrennbarer Kunststoff, Keramikverblendung: Ducera-Gold-Keramik

Vitalitätsproben: 26, 27 fraglich, alle anderen Zähne mit deutlicher Vitalität



Gebissansicht von vorn: Kleine kariöse Läsionen an 12 u. 43, keilförmige Defekte an 44, 45, 34, avitaler Zahn 11 deutlich verfärbt



Gebissansicht von re 16 fehlt



Gebissansicht von li

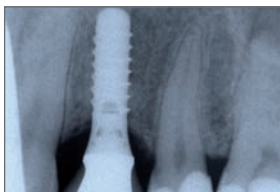


Große Fistel über 26

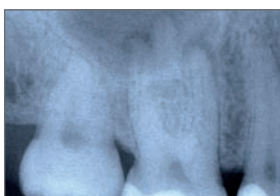
f	f				c	l				k		f				
8	7	6	5	4	3	2	1	l	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	l	1	2	3	4	5	6	7	8
	f				c			l							f	

Röntgenbefunde:

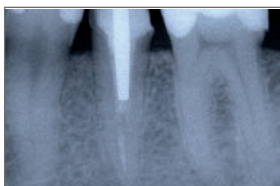
OPG: 38,48 stark gekippt, 11 vollständige Wurzelfüllung, 24 mit Periimplantitis, Knochentasche mesial und distal, 35 unvollständige Wurzelfüllung, mäßige periapikale Veränderung

Zahnfilme:

24 Implantat mit Periimplantitis und vertikalem Knochenverlust, sonst leichter horizontaler Knochenabbau sichtbar



26 mit großen periapikalen Prozessen an allen drei Wurzeln



35 unvollständige Wurzelfüllung, mäßige periapikale Veränderung

Inspektion und kleine orthopädische Tests:

Re. Schulter hängt etwas, li Fuß leicht in Außenrotation, Hüfte li etwas höher, VL re+, Spine-Test re+, Leg turn in li+, Patrick-Kubis-Test re +

AK-Test am 15.11.06: h: RF², Pirif.², PMS², PMC², LD² s: Nackenflexoren

NC: HMK, +Cal+ PE, Vigantol Oel, Amphomoronal Suspension, TL Nabel

Ø: SMK, Calcium aspartate Thorne, TL 24, 26

Switching TL Nabel → Lymphdiaralsalbe → h: RF² → Ø TL Nabel, TL Nabel + Ni 27 re, aber: NC: TL Nabel + TL Ni 27 li →

HC: TL 24 und 26, 35 → NC: Lidocain und Kieferostitis Nosode D6 in der Hand → Empfehlung zur Entfernung 26 und des Implantates 24 (Patient war deshalb angereist!)

Kiefergelenkchallenges aus Normotonus → Ø Laterotrusion re u. li sowie Protrusion

HC: fester Biss, Retrusion

Testung des Schienenmaterials aus Normotonus → Ø Orthocryl, Beauty Pink Wachs. Mit Wachsbiß für COPA → kein VL! Spine- Test re und Patrick-Kubis-Test re aufgehoben, Leg turn in li besser, aber noch ganz leichte Spannung.

Diagnose: CMD, toxisch-metabolische Herdfernwirkung, leichter Mangel an Kupfer und Vit. D

Behandlungsvorschlag (nur drei Tage zur Verfügung!):

1. Abdrucknahme und Bissherstellung für COPA
2. COPA-Herstellung im Galetti durch Zahnlabor
3. Extraktion 26 sofort mit anschließender Nachtstestung
4. 16.11.06 Nachtstestung
5. 17.11.06 Implantatentfernung

Durchgeführte Therapie:

15.11.06: Extraktion 26, gute Wundtoilette und anschließende plastische Deckung (Nähe der Kieferhöhle!), Entfernung Fistel mit Fistelgang.

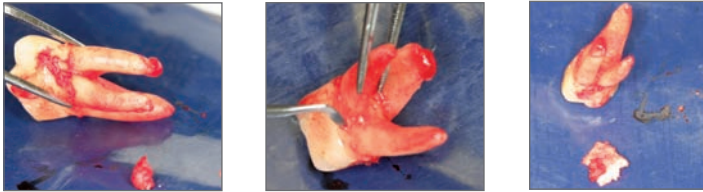
Verlauf: Kollaps beim Ansetzen der Zange und erster Extraktionsbewegung! → Sauerstoffgabe normalisiert

Kollaps im Moment des Versuches der Fistelentfernung! → Sauerstoffgabe normalisiert. Nachtstestung sofort: n: RF re, Pirif. re h: RF li, Pirif. li

Ø: TL Nabel, aber für die Testerin im Moment unklar, ob sich das System, welches so extrem reagierte bei den Herdentfernungen, erst einmal „aus- bzw. neu einpendeln“ muss.

Deshalb zur Testung der Nachsorgepräparate Stabilisierung über Akupunktur von Dü 3 re → Aus dem Normotonus: W TL Wunde 26 → NC: Hypericum D10, Nux vomica D6, Arnica D12

HC: Silicea D10, Staphisagria D12, Ledum D6 → **NC-testende Präparate wurden sofort verabreicht**



Zahn 26 post extraktionem mit deutlich sichtbarem periapikalem Prozess

16.11.06: Wundkontrolle: o. B., keine Schwellung

AK-Test: n: RF re, Pirif. re h: RF li, Pirif. li

Ø: TL zu den oben dokumentierten Switching- Punkten, TL zu Wunde 26! **aber** SC: TL zu Implantat 24, aufhebbar durch Kieferostitis D6

17.11.06 um 8:30 Uhr: Entfernung Implantat 24, Substanz schonend mit Spezialinstrumentarium, große Knochenwunde entstand nicht!

Aber auch hier, im entscheidenden Moment des letzten Zugriffs zur Herauslösung des Implantates aus dem Knochen → Kollaps, obwohl Pat. mit Veratrum album vorbereitet war (allerdings nicht AK-getestet!) → Sauerstoffgabe → sofortige Besserung **Nachtstung sofort nach OP:**

n: RF² Ø: TL zu oben dokumentierten Switching- Punkten, TL zur Wunde regio 24!, TL Wunde 26 → keine Medikamente!

12:00 Uhr: COPA eingepasst, eingeschliffen bis alle Challenges und kleinen orthopädischen Befunde aufgehoben waren.



Mit COPA frontal



Mit COPA von re



Mit COPA von li

15:00 Uhr: Anruf des Patienten: 25 schmerzt, besonders beim Aufbeißen
→ Nachtstung um

20:00 Uhr: n: RF² W: TL 25 → NC: Kieferostitis D6, Procain 1%
Ø: fester Biss, aber noch kleine zentrische u. exzentrische Fehlkontakte,
deshalb COPA entsprechend nachgearbeitet und 25 Injektion Procain 1%
18.11.06 Nachkontrolle: 24,25 und 26 o. B. AK-Test durch Ehefrau (AK-
lerin): n: RF², kein Switching! Pat. beschwerdefrei!

Fortsetzung der Behandlung im Februar 2007

14.02.07 Entfernung des beherrdeten Zahnes 35

15.02.07 OK-Interimsprothese eingesetzt aus getestetem Material, TMJ-
Challenges negativ. Überweisung zum Kieferorthopäden zur präprothe-
tischen KFO-Behandlung

E-Mail des Pat. vom 14.06.07: *«Hallo Carmen, Singen ging ganz gut mit
der Prothese, hab mich schon daran gewöhnt. Meine Zahnbehandlung
geht jetzt mit einer Korrekturspange weiter, die der M. G. macht. An-
sonsten geht's uns allen sehr gut.»*

25.04.07 Diagnose des Kieferorthopäden:

OK-Protrusion der Front; Engstand der Front

UK-Mesialklippung 38/48, Retrusion der Front; Engstand der Front,
Drehstand 34 mit Distalkippung

OK/UK-Neutralbisslage rechts; Distalbisslage li (vor Rekonstruktion)

PB beidseits; Tiefer Biss ohne Schleimhautkontakt

Therapie: OK-Lückenreduktion regio 24, 17, 27; torquen und Ausrichtung
der Frontzähne, Bisshöhe korrigieren

UK-torquen und Ausrichtung der Frontzähne; Einordnen 38, 48 und 34
mit Aufrichten; Bisshöhe korrigieren; Lückenschluß regio 37, 47 von distal
OK/UK – Neutral-Bisslage beidseits; Gesicherte Okklusion frontal her-
stellen

Maßnahmen: Multiband; Palatinalbogen; Miniplastschiene OK

Verlauf und Diskussion:

Nach gut einem Jahr sind alle strukturellen Beschwerden (Rückenschmer-
zen (BWS/LWS) und Knieschmerzen) weggeblieben.

Die Verdauungsbeschwerden haben sich deutlich gebessert. Das periorale
Ekzem ist gebessert, aber nicht vollständig verschwunden. Der Haarwuchs
ist ebenfalls noch nicht viel besser.

Das Ergebnis ist dennoch gut, denn die Hauptbeschwerden bestanden
schon lange, und die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen.

Um eine weitere Kippung von 38 und 48 in die Lücken von 37/47 zu verhindern und eine perfekte, störungsfreie Okklusion zu schaffen, wurde eine präprothetische KFO-Behandlung eingeleitet. Nach deren Abschluss kann festsitzender Zahnersatz im OK und UK angefertigt werden.

Interessant an diesem Fall ist die Mischung von Symptomen: Rückenschmerzen (BWS/LWS), Knieschmerzen, Verdauungsbeschwerden sowie periorales Ekzem, linksseitiger Haarausfall. Betrachtet man die schnelle Schmerzbeseitigung an der Struktur als Ergebnis der Schientherapie, die unter Berücksichtigung der Prinzipien von Lieb und Gelb durchgeführt wurde, so kann man die Diagnose CMD an die erste Stelle setzen.

Die drei avitalen Zähne und die Periimplantitis störten die Regulationsfähigkeit der Grundsubstanz so stark, dass entsprechenden Symptome auftraten. Diese Zähne zeigten auch radiologisch deutliche Aufhellungen, bei 24 mit Periimplantitis auch deutlich sichtbaren Knochenabbau. Dies korrelierte mit der AK-Testung. Der radiologisch unauffällige avitale Zahn 11 wurde belassen.

Da durch die Entfernung der anderen drei Störfelder und die Schiene die Hauptbeschwerden deutlich gebessert werden konnten, kann man davon ausgehen, dass die Regulations- bzw. Kompensationsfähigkeit der Grundsubstanz ebenfalls verbessert werden konnte.

Das zeigt, dass nicht jeder avitale Zahn entfernt muss und Herdsanierung nicht unbedingt in Exodontie enden muss!

Zwischenzeitlich bemerkte der Patient, dass Verdauungsbeschwerden und das Ekzem wieder auftreten, zwar schwächer als vorher, besonders dann, wenn er vermehrt Stress hat und sich während der Arbeit nicht so gesund wie nötig ernähren kann. Stellt er die Ernährung wieder um und hat er weniger Stress, so bessert sich die Situation sofort.

Nach den Beschreibungen von Heine zur Grundregulation lässt dies vermuten, dass weitere Regelkreise bei diesem Patienten entlastet werden müssen.

Momentan wirkt die laufende KFO-Behandlung ebenfalls als nicht zu unterschätzender Stressor für das Stomatognath System. Das spürt der Patient besonders nach Aktivierungen.

Hat sich die neue Situation weitestgehend stabilisiert, ist es empfehlenswert, nach weiteren Regulationsstörungen zu suchen und diese zu behandeln, falls es dann noch notwendig ist.

Dr. Carmen Kannengießer
Dammstr. 18 a • 18528 Bergen