

Kiefergelenkknacken

Untersuchungen zu Ursachen und Entstehungsmechanismen

Ein Literaturbericht von Ursula Illig, Stockdorf

Ziel dieser Studie an der Universität Dresden war es, anhand klinischer, axiographischer und akustischer Untersuchungen diagnostische Parameter zu suchen, mit deren Hilfe eine differenzierte Analyse der Ursache von Kiefergelenkknacken wie auch die Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit möglich wird. Zur Diagnosesicherung wurden magnetresonanztomographische Aufnahmen bei geschlossenem Mund sowie bei maximaler Mundöffnungsposition herangezogen.

Die klinische Untersuchung basierte auf einem modifizierten klinischen Funktionsstatus der DGZMK. Die Axiographie der Unterkiefergrenzbewegungen wurde mit einem doppelten Gesichtsbogensystem durchgeführt und quantitativ sowie qualitativ ausgewertet. Bei der Schalluntersuchung wurden Geräuschamplitude und Geräuschdauer gemessen, wodurch Knack- (kurze Schallereignisse mit hoher Signalamplitude) und Reibegeräusche (sogenannte Krepitationen mit geringer Amplitude, aber längerer Geräuschdauer) unterschieden werden können.

Die häufigsten Ursachen

Die magnetresonanztomographischen Untersuchungen ergaben: Diskusverlagerungen mit und ohne Reposition waren in nahezu der Hälfte der Fälle die Hauptursache des Kiefergelenkknackens. Weiterhin wurden Kiefergelenkarthrose, Kondylusubluxation sowie morphologische Veränderungen diagnostiziert.

Zusammenhang mit den klinischen und akustischen Parametern

Diskusverlagerungen ohne Reposition und Arthrose gingen in der Regel mit eingeschränkter Mundöffnung und schmerzhaftem Gelenkknacken einher. Patienten mit Diskusverlagerung ohne Reposition zeigten schlechtere Dysfunktionsgrade als mit Reposition. Für eine Diskusverlagerung mit Reposition sprechen reziproke Knackphänomene bei weitgehender Beschwerdefreiheit und in der Regel normaler Unterkieferbeweglichkeit. Wurden

morphologische Veränderungen festgestellt, war die Laterotrusionsbewegung des Unterkiefers erwartungsgemäß zur erkrankten Seite hin limitiert.

Patienten mit Kiefergelenkarthrose zeigen vor allem singuläre kurze Knackgeräusche. Als Ursache vermuten die Autoren größere Destruktionen an den knöchernen Gelenkstrukturen, die Bewegungshindernisse darstellen und ruckartig überwunden werden müssen. Dagegen sind bei der Diskusverlagerung ohne Reposition die destruktiven Veränderungen noch wenig ausgeprägt, daher werden hier vermehrt länger dauernde Reibegeräusche aufgrund der fehlenden Pufferwirkung des Discus articularis festgestellt. Bei der Diskusverlagerung mit Reposition entsteht das kurze Knacken durch den Kontakt des knöchernen Kondylus mit dem vorgelagerten knorpeligen Diskus.

Fazit

Hypomobilität des Unterkiefers in Verbindung mit oft schmerzhaftem Gelenkknacken weist bereits mit deutlicher Wahrscheinlichkeit auf eine Diskusverlagerung ohne Reposition hin. Da diese Patientengruppe häufig auch erhebliche Funktionsdefizite aufweist, besteht hier am ehesten Behandlungsbedürftigkeit. Klinische und anamnestiche Befunde können also die Grundlage der Diagnose bilden; es sollte aber auf bildgebende Verfahren nicht verzichtet werden. Funktionsdiagnostische Untersuchungen können zusätzliche Hinweise geben. Auch bei isoliert auftretendem Gelenkknacken und subjektiver Beschwerdefreiheit sollte eine Basisdiagnostik durchgeführt werden.

Literatur: Herold, A., Päßler, L.: Klinische, axiographische und akustische Untersuchungen an Patienten mit Kiefergelenkknacken. Quintessenz 58 (2007), 859-866.