



funde, Mobilität des Unterkiefers, klinische Okklusion und Zahnstatus, als auch Gelenkgeräusche prüft, wobei *Knackgeräusche des Kiefergelenks ausschließlich bei der Öffnungs- und Schließbewegung keiner Therapie bedürfen*. Wichtig bei der Bestimmung der Unterkiefermobilität ist es vor allem, die Normwerte zu kennen: maximale Öffnung (SKD – Overbite) 40 bis 55 mm, Lateralbewegung 7 bis 12 mm, Protrusion 6 bis 10 mm, Sprechabstand in der Front 2 bis 3 mm. Bei Verdacht auf eine Gelenksproblematik werden zusätzlich die Parameter des Formblattes „Joint play – Manuelle Kiefergelenkuntersuchung“ der EDA wie Beweglichkeit, Belastbarkeit und Beeinflussbarkeit des Geräuschgeschehens erhoben.

Analyse im Artikulator

Des Weiteren wird eine exakte Analyse der Okklusion im Artikulator durchgeführt, wobei der Referent die Wichtigkeit genauer Modelle, individueller Scharnierachsbestimmung, geringer Bissperrung beim Zentriregistrieren und dem unmittelbaren Einartikulieren der Modelle betonte, um verwertbare Ergebnisse zu bekommen. In diesem Zusammenhang soll nochmal die Definition der zentralen Kondylenposition in Erinnerung gerufen werden: kranioventralste, nicht seitenverschobene Kondylenposition bei physiologischer Belastung der Gewebe. Steht die Diagnose „Myopathie“ fest, sollten sich im Artikulator nach genauer Analyse sowohl die Wertigkeit des okklusalen Faktors als auch die therapeutischen Konsequenzen ergeben.

Therapeutische Konsequenzen

Temporärer Einsatz der zentralen Schiene und anschließend Maßnahmen zur Harmonisierung der Okklusion

Liegt ein *okklusaler Primärfaktor* der Problematik zugrunde, ist eine Harmonisierung des Kausystems das Ziel. Sie kann temporär durch eine zentrale Schiene erreicht werden. Laut Professor Müller ist diese Schiene 24 Stunden zu tragen und nur zum Reinigen herauszunehmen: „Wenn die Schiene beim Essen wieder herausgenommen wird, ist das, als ob Sie den Gips beim Gehen abnehmen und beim Schlafen wieder anlegen würden.“

Nach erfolgreicher Schienentherapie muss in diesem Fall die Okklusion harmonisiert werden, was eine Einschleiftherapie, Kieferorthopädie, okklusale Rekonstruktion oder auch orthognathe Chirurgie zur Folge haben kann.

Permanenter Einsatz der zentralen Schiene, Medikation und physikalische Therapie

Liegt der Myopathie *kein okklusaler Primärfaktor* zugrunde, stellt die zentrale Schiene zur Relaxierung und Protektion des Kausystems eine permanente Therapie dar. Unterstützende Maßnahmen der Myopathie können auch Medikation und physikalische Maßnahmen sein.

Bildgebende Verfahren bei Arthropathie-Diagnose

Steht die Diagnose der „Arthropathie“ fest und wurde durch ein bildgebendes Verfahren das Problem im Kiefergelenk erkannt, gibt es für unterschiedliche Diagnosen verschiedene Therapieansätze. So kann ein Knacken im Gelenk viele Ursachen haben. Sowohl anteriore Diskusverlagerung, Exostosen im Gelenk, Verwachsungen von Kondylus und Diskus als auch Formvarianten der beteiligten anatomischen Strukturen können sich als reziprokes Knacken äußern. Die genaue Unterscheidung kann nur durch zusätzliche Bildgebung (MRT) erfolgen.

Besonders eindrucksvoll waren Bilder anatomischer Schnitte des Kiefergelenks, wobei nur 18 von 161 der theoretisch gesunden Norm entsprachen, alle anderen wiesen Formvarianten wie Verwachsungen, Exostosen, Diskusverlagerungen oder Perforationen des Diskus auf.

Insgesamt ist es Professor Müller gelungen, allen Kursteilnehmern ein komplexes Thema logisch und verständlich aufzubereiten und Interesse für einen tieferen Einstieg in die Materie zu wecken.

Dr. Florian Beuer,
München