

Aufbissschiene mit System

Gestaltung einer Entspannungsschiene

Ein Kursbericht von Dr. Richard Heym, München

Dr. Seeher vermittelte in seinem praktischen eazf-Arbeitskurs „Aufbissschiene – mit System! CMD-Behandlung mit Okklusionsschienen“ eine praxiserprobte Systematik für die Behandlung mit Aufbissschienen.

Welche Arten von Schienen gibt es?

Neben konfektionierten Aufbissbehelfen und weichbleibenden Schienen, die für eine akkurate Therapie nicht zu empfehlen sind, lassen sich grundsätzlich zwei verschiedene Arten von Aufbissschienen unterscheiden. Schienen in „zentrischer“ Unterkieferposition dienen vor allem der muskulären Entspannung und streben in der Regel eine Selbstzentrierung der Gelenke und gegebenenfalls anschließend in Form der Stabilisierung- bzw. Zentrikschiene eine Stabilisierung der Gelenke an. Schienen in exzentrischer Unterkieferposition streben eine Entlastung schmerzhafter, entzündeter Strukturen (Positionierungsschienen) oder eine Wieder-Stabilisierung der Diskus-Kondylus-Einheit (Repositionierungsschienen) an. Diese Schienen sind deutlich mehr invasiv als die erstgenannten und sollten deshalb nur von erfahrenen Behandlern nach einer sorgfältig erhobenen Funktionsanalyse angewendet werden.

Gestaltung einer Entspannungsschiene

In der Praxis kommen überwiegend Entspannungsschienen zum Einsatz. Das Vorgehen soll im Folgenden kurz erläutert werden.

Position der Schiene

Dr. Seeher bevorzugt Schienen im Unterkiefer, weil diese als weniger störend empfunden werden und das Behandlungsergebnis sehr stark von der Akzeptanz der Patienten abhängt. Allerdings gibt es Ausnahmen, bei denen eine Schiene im Oberkiefer eingegliedert werden muss, wie Lücken, lockere Zähne oder okklusal insuffizienter Zahnersatz im Oberkiefer. Auch eine zu große sagittale Stufe oder eine zu flache Oberkieferfrontinklination kann dazu führen, dass die Schiene im Oberkiefer angefertigt werden muss.

Indikation und Vorgehen bei zentrischen Schienen

Wird bei einem Patienten ohne prothetischen Behandlungsbedarf bei rein stressbedingtem Bruxismus eine Entspannungsschiene angefertigt, kann die habituelle Okklusion für die Anfertigung der Schiene herangezogen werden. Wenn okklusale Primärfaktoren für die Beschwerden verantwortlich sind, werden diese sich nur beim Tragen der Schiene bessern und danach sofort wieder auftreten. Dann ist eine Modellanalyse mit Einschleifen des natürlichen Gebisses indiziert. Ansonsten kann mit einer Entspannungsschiene oft eine dauerhafte Linderung der Beschwerden erreicht werden. Wird eine zentrische Bissposition angestrebt, muss die Entspannungsschiene mit einem zentrischen Bissregistrator angefertigt werden. Die Aufbissschiene hilft hierbei auf dem Weg in die Zentrik. Bei nicht vorbehandelten Patienten mit einer funktionellen Störung des Kauorgans sind keine korrekten Registrate möglich. Ein erstes Registrator dient der grundsätzlichen Orientierung. Würden zwei Registrate genommen, wären diese mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in Übereinstimmung zu bringen. Erst durch die Deprogrammierung der Kaumuskulatur durch die flachen Kauflächen und die Front-Eckzahnführung kann sich die Bissituation langsam einer zentrischen Position annähern.

Direkt nach dem Einsetzen der Schiene sollten lediglich grobe zentrische Vorkontakte sowie alle Mediotrusions- und Laterotrusionskontakte weggeschliffen werden, denn aller Wahrscheinlichkeit nach weicht die momentane Unterkieferposition von der registrierten Unterkieferposition ab. Allerdings sollte die erste Schienenkontrolle bereits nach einem Tag erfolgen und danach nach drei Tagen, nach einer und nach zwei Wochen. Die Patienten müssen die Schiene, wenn sie nicht dauerhaft getragen werden muss, mindestens eine halbe Stunde vor Behandlungsbeginn einsetzen, damit die Situation richtig bewertet werden kann. Von großer Wichtigkeit ist auch die aufrechte und entspannte Sitzposition des Patienten. Schon das Übereinanderschlagen der Beine kann

eine Veränderung in der Okklusion bewirken und den Eindruck entstehen lassen, es lägen starke Störkontakte vor. Ist es in diesem Zeitraum nicht möglich, die Situation zu entspannen und eine definierte zentrische Position zu finden, sollten Zusatzbehandlungen wie Physiotherapie oder Osteopathie in Erwägung gezogen werden.

Ist es ohne Weiteres möglich, den Patienten in einer zentrischen Position zubeißen zu lassen, kann die neugewonnene Kieferrelation mit einer Stabilisierungsschiene festgehalten werden. Dazu wird die bereits vorhandene Entspannungsschiene okklusal sandgestrahlt und die neue Bissposition intraoral durch Einbeißen in eine dünne Schicht Kunststoff fixiert. Die entstandenen Vertiefungen müssen so umgestaltet werden, dass keine Laterotrusions- oder Mediotrusionskontakte entstehen können. Die Einbisse in der Positionierungsschiene können zur Übertragung in den Artikulator z.B. mit Dycal® unterfüttert werden.

Umsetzung der gewonnenen Bissposition in eine definitive Versorgung

Mit einer Aufbisschiene kann auch die Bisshöhe verändert werden. Noch immer wird die korrekte Bisshöhe mit der Bestimmung der Ruhelage ermittelt. Fernröntgenseitenbilder haben sich als aufwändig und wenig praktikabel erwiesen.

Hat sich die neue Bisshöhe bei der Schienentherapie bewährt und soll in eine Versorgung umgewandelt werden, kann es während des Präparierens und der Anfertigung der Provisorien zu einem erneuten Verlust der Bissrelation kommen. Um dies zu verhindern, kann die Aufbisschienenposition in den Artikulator übertragen und anstelle der Schiene im Artikulator ein Registrat hergestellt werden. Dieses Registrat kann dann während der Präparation schrittweise unterfüttert werden, um so eine korrekte Übertragung in den Artikulator zu ermöglichen. Natürlich kann man auch die Schiene als Registrat verwenden, allerdings kann die Schiene dann nicht mehr getragen werden.

Wenn die Provisorien zu niedrig geraten sein sollten oder sich abgenutzt haben, kann es passieren, dass beim Einsetzen der definitiven Versorgung die Kronen zu hoch wirken. Ist zum Beispiel jeweils der hinterste eingesetzte Zahn zu hoch, ist es besser, die Kronen zunächst nicht einzuschleifen und am nächsten Tag eine Kontrolle durchzu-

führen, die zumeist eine korrekte Bisshöhe ergibt. Wenn aber in einer Reihe von Kronen im Seitenzahnggebiet die anteriorste Krone zu hoch ist, liegt wahrscheinlich ein Übertragungsfehler vor.

Dokumentation

Auch ist es sehr wichtig, die Behandlungsschritte schriftlich zu dokumentieren, um den Behandlungserfolg oder auch den Behandlungsmisserfolg aufzuzeichnen. Es ist nicht sinnvoll, eine Schiene über Monate immer wieder einzuschleifen, ohne dass ein Behandlungsergebnis sichtbar wird. Wenn die Behandlung in einem definierten Zeitraum nicht erfolgreich ist, sollte man sich und dem Patienten den Misserfolg der Maßnahme eingestehen und nach weiteren Behandlungsoptionen suchen.

Eine Dokumentation sollte folgende Punkte enthalten:

- Klinische Funktionsanalyse-Indikation
- Warum wurde eine Schiene angefertigt?
- Welche Bauart?
- Welcher Kiefer?
- Therapieverlauf:
 - Eintrag, an welchen Stellen die Schiene nachgeschliffen bzw. aufgebaut wurde
 - Endkontrolle mit klinischer Funktionsanalyse
- Wann war das Ende der Behandlung und mit welchem Ergebnis?

Schlussgedanke

Aufbisschienen sind eine sehr gute zahnärztliche Therapiemöglichkeit. Sie sind relativ einfach und günstig herzustellen, immer wieder überarbeitbar und sehr wenig invasiv. Jedoch sind für das Ausschöpfen der gesamten therapeutischen Möglichkeiten viel Erfahrung und ärztliches Einfühlvermögen notwendig. Eine gelungene Patienten-Arzt-Beziehung hilft gerade in dieser Disziplin, Patienten zu ermutigen und eine gelungene Therapie zu erreichen.