

Rund 80 Prozent der CMD-Patienten lassen sich mit Schienen gut therapieren

Zusammenspiel verschiedener Faktoren fördert den Therapieerfolg – 41. Jahrestagung der DGFDT zum Thema „Funktionstherapie – und was dann?“

Die praktische Empfehlung war eindeutig: „Machen Sie nicht so schnell was an der Okklusion, machen Sie was an Schienen“, so der Rat von Prof. Dr. Karl-Heinz Utz, Bonn, zur Behandlung von Patienten mit Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) am Ende seines Eröffnungsvortrags zum Thema „Schienentherapie – was hat sich bewährt und wann?“ auf der 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFDT) am letz-

ten Novemberwochenende in Bad Homburg. Denn die Schienentherapie sei reversibel, das Einschleifen nicht.

■ Schienen statt Schleifen

Verbunden mit einer sorgfältigen Anamnese und Diagnostik, der eine ausführliche Aufklärung und Beratung des Patienten folgen müsse – „es ist sehr wichtig für die Patienten zu wissen, dass sich hinter ihren Beschwerden keine ‚schlimmen‘ Erkrankungen

wie eine Trigeminusneuralgie oder gar Krebs verbergen“, so Utz – und weiteren geeigneten Maßnahmen aus der ganzen Palette von Sport über Entspannungsübungen bis hin zu Biofeedback und physikalischer Therapie, die auch die Eigeninitiative des Patienten stärken, sei es möglich, rund 80 Prozent der CMD-Patienten mit Schienen erfolgreich zu therapieren und ihre Beschwerden deutlich zu lindern beziehungsweise ganz zu beseitigen. Behandlungsbedürftig seien Pa-

tienten, deren Mundöffnung unter 30 Millimetern liege und die Schmerzen hätten, das reine Knacken der Kiefergelenke ohne Schmerzen sei keine Indikation für eine Behandlung.

Was die Evidenz der Schienentherapie für die verschiedenen Schientypen angehe, so sehe es hier nicht überall gut aus, konstatierte Utz in seinem engagierten Vortrag und verwies vor allem auf die umfassenden Arbeiten aus Skandinavien zu diesen Themen. Nicht abschließend wissenschaftlich geklärt sei auch die Frage, ob, und wenn ja, welchen Einfluss die Okklusion auf die CMD hat. „Sie hat offensichtlich Einfluss, denn sonst würden ja die Schienen nicht helfen, die verändern ja auch die Okklusion“, so das Utz'sche Fazit. Es gebe, so Studien von Y. Bell, Turku, offensichtlich okklusal empfindliche Patienten, die auf Störungen der Okklusion deutlich reagieren.

■ Okklusal sensibel

Sein Favorit ist die Michigan- oder Stabilisierungsschiene als Goldstandard mit einem flachen Okklusionskonzept („Freedom in centric“). Die ideale Passung sei hier zwar mitunter schwierig zu erreichen, sie wirke aber oft besser als zum Beispiel Distraktions- oder Protrusionsschienen und sei in fast allen Indikationen – Muskelbeschwerden, Kiefer-

Auszeichnungen und Spezialisten

Bester Vortrag eines niedergelassenen Zahnarztes

Dr. Christian Köneke, Bremen: „Tinnitus bei CMD – eine Übersicht über die Entstehung von bislageabhängigem Tinnitus“

Bester Vortrag eines wissenschaftlich tätigen Zahnarztes

S. Ruge, Greifswald; W. Brunner, Isny; B. Kordaß, Greifswald: „Analyse der dynamischen Okklusion im virtuellen Artikulator“

Bestes wissenschaftliches Poster

K. Vahle-Hinz, Hamburg; A. Rybczynski, Hamburg; H. A. Jakstat, Leipzig; M. O. Ahlers, Hamburg: „Kondylenpositionsanalyse mit einem neuen elektronischem Kondylenpositionsmessinstrument (E-CPM): Reproduzierbarkeit und Validität“

Neue Spezialisten der DGFDT

Dr. Frank Buchmann, Braunschweig; Dieter Ritter, Köln; Andrea Diehl, Berlin; Dr. Zibandeh Balke, Heidelberg; Dr. Christian Köneke, Bremen; Prof. Dr. Jens Türp, Basel; PD Dr. Hans-J. Schindler, Mannheim; PD Dr. Marc Schmitter, Heidelberg; Dr. Mathias Lange, Berlin

gelenkbeschwerden, Bruxismus etc. – die beste Wahl. Stabilisierungsschienen lassen sich vorteilhaft im Unterkiefer platzieren, es reiche oft, so skandinavische Studien, sie nur nachts zu tragen. Die Unterkieferposition sollte dabei in der Regel so wenig wie möglich verändert werden. „Auch bei Kopfschmerzen und Tinnitus haben Schienen in Studien Verbesserungen gebracht, versuchen sollte man es ruhig“, so Utz.

Ob man mit Schienen aber versuchen solle, den verlagerten Diskus wieder einzufangen, sah er als nachrangig an, zumal die Langzeitprognose hier unklar sei. Entscheidend sei die Schmerzreduktion. Wie diese durch Schienen erreicht werde, sei nicht ein-

deutig zu klären, hier kämen sicher mehrere Faktoren – Beseitigen von störenden Interferenzen, Anheben der vertikalen Relation, veränderte Muskelreflexe und Kondylenposition, veränderte Belastung, stabilisierte Abstützung von Ober- und Unterkiefer, mechanischer Schutz der Zähne, aber auch ein Placebo-Effekt – zusammen.

Was tun, wenn Schienen und andere Therapieverfahren nicht helfen können? Wie weit die Kiefergelenkchirurgie heute ist, zeigte eindrucksvoll der zweite Hauptvortrag von Prof. Dr. Rolf Ewers und Prof. Dr. Gerhard Undt, Wien. Ewers verwies ebenfalls auf die Erfolge der Schienentherapie, (Fortsetzung auf Seite 10)

Preis für exzellente Lehre an Poliklinik für Parodontologie

Auszeichnung im Fachbereich Medizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main



Im Rahmen des diesjährigen Dies academicus des Fachbereichs Medizin Ende November verlieh Studiendekan Prof. Dr. Frank Nürnberger einen von drei dritten Preise für exzellente Lehre des Fachbereichs an die Poliklinik für Parodontologie. Das Ausbildungskonzept der Frankfurter Parodontologen zeichnet sich insbesondere durch die Integration evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen und die Etablierung problemorientierten Lernens (POL) in die bestehenden Lehr- und Lernstrukturen aus. Stellvertretend für das gesamte Team der Poliklinik für Parodontologie nahm Klinikdirektor Prof. Dr. Peter Eickholz den Preis entgegen.

Prof. Dr. Peter Eickholz ist Direktor der Poliklinik für Parodontologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Knochenersatzmaterial unterstützt Regeneration intraossärer Defekte

Nanokristallines Hydroxylapatit in der regenerativen Parodontaltherapie

Mit fortschreitender Zerstörung des Zahnhalteapparates droht Patienten mit chronischer Parodontitis Zahnverlust. Regenerative Methoden können helfen, große Taschentiefen zu verringern und dem Zahn wieder Halt zu geben. Das nanokristalline Knochenersatzmaterial *Ostim* von Heraeus

Kulzer (Hanau) unterstützt den Heilungsprozess bei intraossären Defekten.

Das belegen die Sechs-Monats-Ergebnisse einer klinischen Studie der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz unter Leitung von Dr. Adrian Kasaj. Danach führt die Behand-

lung mit *Ostim* zu signifikant besseren klinischen Ergebnissen bei Sondierungstiefe und Attachmentlevel als die alleinige Behandlung mit einer herkömmlichen Lappenoperation.

Mit In-vitro-Studien hatte der Zahnmediziner bereits belegt, dass *Ostim* die Vermehrung, Migration und Adhäsion von Des-

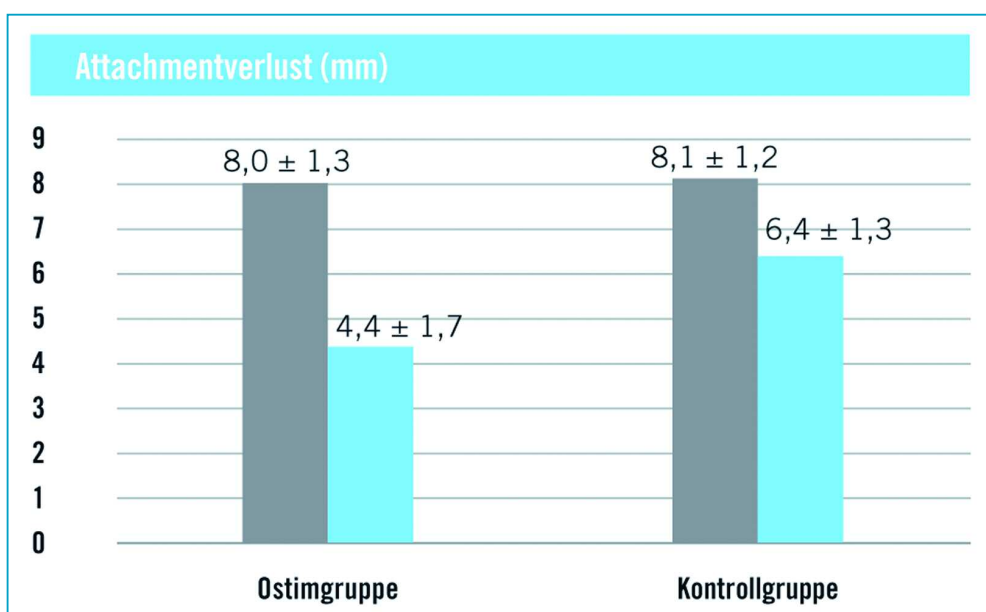
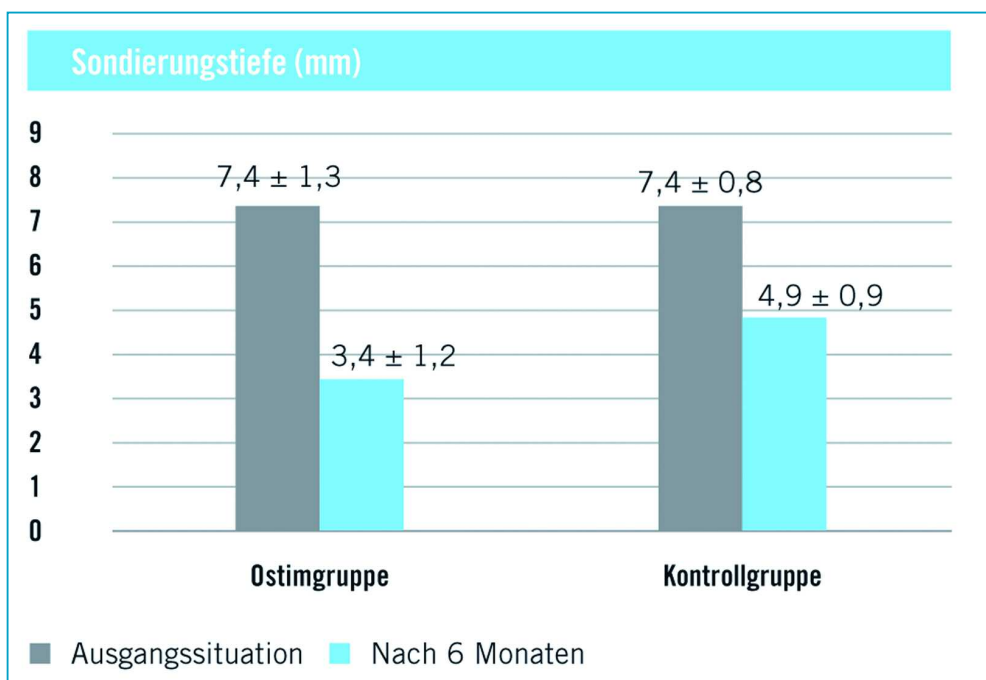
modontalfibroblasten fördert. Das ungesinterte nanokristalline Hydroxylapatit wird im Verlauf des Heilungsprozesses knöchern durchgebaut, dank seiner hohen spezifischen Oberfläche und seiner winzigen Partikelgröße vollständig abgebaut und durch körpereigenen Knochen ersetzt.

Im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten klinischen Studie verglichen Kasaj und Kollegen die Wirkung der zusätzlichen Behandlung intraossärer Defekte mit dem Knochener-

satzmaterial *Ostim* mit der alleinigen Lappenoperation. Im Parallelgruppendesign behandelten sie 28 Patienten mit einem intraossären Defekt, der jeweils eine Sondierungstiefe von mindestens 6 Millimetern (mm) und eine röntgenologische intraossäre Komponente von mindestens 3 mm aufwies. Zu Beginn der Studie, sowie ein halbes Jahr nach dem chirurgischen Eingriff, wurden Sondierungstiefe, klinischer Attachmentlevel (CAL) und weitere klinische Parameter wie Plaqueindex und Gingivalindex bestimmt (siehe die beiden nebenstehenden Grafiken).

Die Nachuntersuchungen nach sechs Monaten ergaben signifikant bessere klinische Ergebnisse für die Behandlung mit *Ostim* als für die alleinige Lappenope-

ration: Sondierungstiefe und Attachmentverlust gingen bei den mit *Ostim* behandelten Patienten deutlich stärker zurück. In der Testgruppe (mit *Ostim*) reduzierte sich die Sondierungstiefe von $7,4 \pm 1,3$ mm auf $3,4 \pm 1,2$ mm, während die Werte in der Kontrollgruppe nur von $7,4 \pm 0,8$ mm auf $4,9 \pm 0,9$ mm sanken. Der Attachmentverlust verringerte sich in der Testgruppe von $8,0 \pm 1,3$ mm auf $4,4 \pm 1,7$ mm und in der Kontrollgruppe von $8,1 \pm 1,2$ mm auf $6,4 \pm 1,3$ mm. Während der Beobachtungszeit traten keine Komplikationen auf, die postoperative Heilung verlief in allen Fällen problemlos. Nach den Sechs-Monats-Ergebnissen der Mainzer Studie unterstützt *Ostim* damit wirksam die Behandlung und Heilung intraossärer Defekte. ■



Sechs-Monats-Ergebnisse der klinischen Studie: Sondierungstiefe und Attachmentverlust gingen bei der mit *Ostim* behandelten Testgruppe signifikant stärker zurück als in der Kontrollgruppe mit alleiniger Lappenoperation.

Rund 80 Prozent der CMD-Patienten ...

(Fortsetzung von Seite 9)

selbst in fortgeschrittenem Alter lasse sich bei einer Kiefergelenkdistraktion eine adaptive Remodellation erreichen. Bei einer operativen Therapie des Kiefergelenks gehöre die Schiene prä-, peri- und postoperativ essenziell zum Konzept, um einen Behandlungserfolg vorzubereiten, zu stabilisieren und langfristig zu sichern.

■ Laserchirurgie

Die offene Chirurgie ist heute fast zur Ausnahme geworden, die meisten Eingriffe am Kiefergelenk werden minimal-invasiv mit zwei Zugängen durchgeführt, wie Undt zeigte. Die wichtigsten Maßnahmen sind die Arthrozentese mit Lavage mit Punktion im oberen Gelenkraum, die vor allem bei der Behandlung der Synovitis eine effektive Therapie sei, und die arthroskopische Kiefergelenkchirurgie auch unter Einsatz von Diathermiesonden und eines Holmium:YAG-Lasers. Sie kommt vor allem bei der gezielten Behandlung degenerativer und entzündlicher Veränderungen im Kiefergelenk zum Einsatz. So lassen sich Wucherungen und Polypen, durch Entzündungen entstandene, selbst massive Adhäsionen mit Blutgefäßen etc. entfernen, zerfaserte Gelenkoberflächen glätten, die Heilung induzierende Blutungen erzeugen, künstliche Stopps für einen gleitenden Discus anlegen etc. Undts Vortrag fesselte nicht zuletzt durch die kurzen Filme mit endoskopischen Aufnahmen gesunder und erkrankter Kiefergelenke, mit bewegten MRT-Aufnahmen und Dokumentationen operativer Eingriffe.

Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin, beleuchtete die kieferorthopädischen Behandlungsoptionen. In der restaurativen Zahnheilkunde werde bei Vorhandensein bestimmter diagnostischer Kriterien im Rahmen der Initialtherapie meistens eine Aufbisschiene eingegliedert, bevor eine definitive okklusale Stabilisierung erfolgt. In der Kieferorthopädie sei dies häufig anders. Die klinisch diagnostizierte Funktionsstörung

könne hier in vielen Fällen simultan mit der Zahn- und Kieferfehlstellung effektiv durch die jeweilige kieferorthopädische Apparatur mitbehandelt werden.

Für eine kieferorthopädische Behandlung kommen von den fünf wesentlichen Diagnosegruppen der Funktionstherapie nur drei infrage, so Bumann: arthrogene Schmerzen, Diskusverlagerungen mit Reposition und schmerzhafte Diskusverlagerungen ohne Reposition.



Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

Schmerzfreie Mundöffnungseinschränkungen und myogene Schmerzen seien kieferorthopädisch nicht sinnvoll zu therapieren.

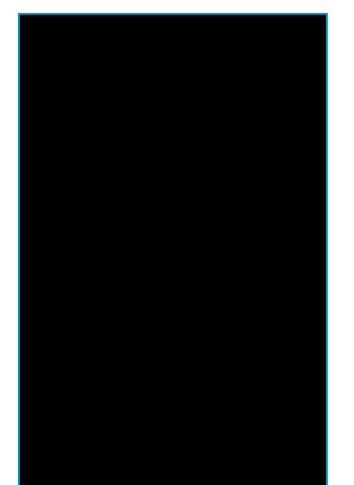
Bumann stellte bewährte aktuelle kieferorthopädische Behandlungskonzepte zur direkten Therapie von Kapsulitiden, partiellen Diskusverlagerungen mit stabilen Repositionen und schmerzhaften Diskusverlagerungen ohne Reposition vor und ging auf moderne Konzepte zur kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Kiefergelenke ein.

■ Beachtliche Resonanz

Ergänzt wurden die drei Hauptvorträge durch eine breite Palette von Kurzvorträgen, wobei hier der Schwerpunkt auf zumeist qualitativ hochwertigen Beiträgen niedergelassener Kollegen im Praxisforum lag. Abstracts aller Vorträge sind im Internet unter www.dgfdt.de nachzulesen.

Wie sehr dieses Thema und die Funktionsdiagnostik und Therapie allgemein die Zahnärztinnen und Zahnärzte aktuell bewegen, zeigte die für die Veranstalter überraschende und überwältigende Beteiligung am Kongress: Mehr als 450 interessierte und engagierte Teilnehmer waren nach Bad Homburg gekommen, gerechnet hatte man ursprünglich einmal mit etwa 200. Schon am Freitagmorgen mussten zusätzliche Stühle in den großen Saal gebracht werden. Das ist bei jetzt 1.000 DGFDT-Mitgliedern eine sehr beachtliche Resonanz.

Das erstmals angebotene Physiotherapeutenforum am Samstag war nach Aussagen von Priv.-Doz. Oliver Ahlers, Generalsekretär der Gesellschaft, ein sehr großer Erfolg. Der dafür vorgesehene Raum konnte selbst nach Erweiterung die Zahl der Teilnehmer kaum fassen. „Wir werden dieses Forum auf jeden Fall wieder anbieten“, so Ahlers.



Dr. Oliver Ahlers

Beschlossen wurde auf der Mitgliederversammlung, eine eigene Mitgliederzeitschrift aufzulegen. Das *Journal of Craniomandibular Function* wird als Fachzeitschrift in deutsch und englisch herausgegeben und erscheint im Quintessenz-Verlag. Herausgeber (Prof. Wolfgang Freesmeyer), Redaktion und Beirat werden von DGFDT-Mitgliedern gestellt. Auf der Mitgliederversammlung wurde Dr. Wolf-Dieter Seeher, München, zum Ehrenmitglied ernannt. MM