

Gestörte Harmonie

Kiefergelenk, Bänder, Muskulatur und Zähne müssen optimal aufeinander abgestimmt sein

„Das Kiefergelenk ist ein Dreh-Gleit-Gelenk und gehört zu den komplexesten, beweglichsten und am meisten beanspruchten Gelenken unseres Körpers. Dafür müssen das Gelenk, der Bandapparat, die Muskulatur und die Zähne möglichst perfekt zusammenarbeiten“, sagt Prof. Dr. Dr. Stefan Schultze-Mosgau, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums Jena, wo Kiefergelenkserkrankungen zu den Behandlungsschwerpunkten gehören. „Wir betreuen in unserer interdisziplinären Sprechstunde vor allem Patienten, bei denen die bisherige Behandlung nicht den gewünschten Erfolg hatte“, betont der Klinikdirektor im Gespräch mit KLINIKMAGAZIN.

Wodurch werden Kiefergelenkserkrankungen hervorgerufen?

Durch Veränderungen des Knochens, des Knorpels oder der Muskulatur. Im Bereich des Knochens sind das vor allem Abnutzungserscheinungen, rheumatische Erkrankungen sowie krankhafte Knochenneubildungen, die eine Ankylose – eine Gelenkversteifung – hervorrufen können. Springt das Kiefergelenk beim Öffnen des Mundes immer wieder heraus, kann der Knochenvorsprung, der verhindert, dass sich das Kiefergelenk selbstständig in seine ursprüngliche Position zurückbewegt, minimalinvasiv abgetragen werden. Ankylose-Patienten aus Thüringen und weit darüber hinaus kommen zur Kiefergelenksrekonstruktion an unsere Klinik.

Kiefergelenkserkrankungen können aber auch durch eine Verschiebung oder Abnutzung des Diskus, einer etwa 1,5 mal 1,5 Zentimeter großen Knorpelscheibe, die als elastischer Puffer zwischen den Gelenkflächen liegt, hervorgerufen werden. Die Knorpelabnutzung ist vor allem auf fehlerhafte Beiß- oder Kaubewegungen zurückzuführen. Beim Öffnen und Schließen des Mundes ist ein Knacken vernehmbar, das zunächst nicht schmerzhaft ist. Monate später kann daraus eine

Kieferklemme, die mit einer deutlich eingeschränkten Mundöffnung und erheblichen Schmerzen verbunden ist, entstehen. Wir können das Problem korrigieren, indem wir den Diskus wieder in die korrekte Position bringen.



Abb. 1: Konservative Therapie mittels Dekompressionsschiene Fotos: MKG-Chirurgie

Wie geschieht das?

Über ein Stufenkonzept. Wir beginnen stets mit einer Schienentherapie, die wir in enger Zusammenarbeit mit den Polikliniken für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde sowie für Kieferorthopädie und dem Hauszahnarzt durchführen (Abb. 1). Ist die Schienentherapie nicht erfolgreich, haben wir die Möglichkeit, den Diskus mittels endoskopi-

scher Kiefergelenksspülung oder Operation wieder in die korrekte Position zu bringen. Die Kiefergelenksspülung mit einer sterilen Kochsalzlösung soll Anhaftungen und Verklebungen entfernen. Die minimalinvasive Diskus-Operation führen wir über einen zwei Zentimeter langen Face-Lift-Schnitt durch, der unsichtbar in die Hautfalte hinter dem Ohr gelegt wird. Mitunter ist die Abnutzung allerdings bereits so weit fortgeschritten, dass wir die Knorpelscheibe komplett entfernen müssen. Bis vor etwa 15 Jahren wurde der Diskus durch ein Kunststoffimplantat ersetzt, heute nutzen wir körpereigenes Gewebe, z. B. Bindegewebe/Faszien- oder Knorpeltransplantate (Abb. 2). Fehlerhafte Kaubewegungen und Bissstellungen können außerdem zu einer muskulären Gelenksfunktionsstörung führen. Auch diesen Patienten kann zumeist mit einer mehrmonatigen Schienentherapie geholfen werden.

Werden Kiefergelenkserkrankungen auch offen operiert?

Die offene Kiefergelenkschirurgie wird heute ausschließlich bei schweren traumatischen Frakturen oder Tumoren, die eine umfassende Rekonstruktion des Gelenks erforderlich machen, angewandt. Das geschieht häufig mit ortsfestem Knochenmaterial. Handelt es sich um ausgedehnte Befunde, können wir das Kiefergelenk auch durch körpereigenes Gewebe aus den Rippen oder dem Wadenbein rekonstruieren.

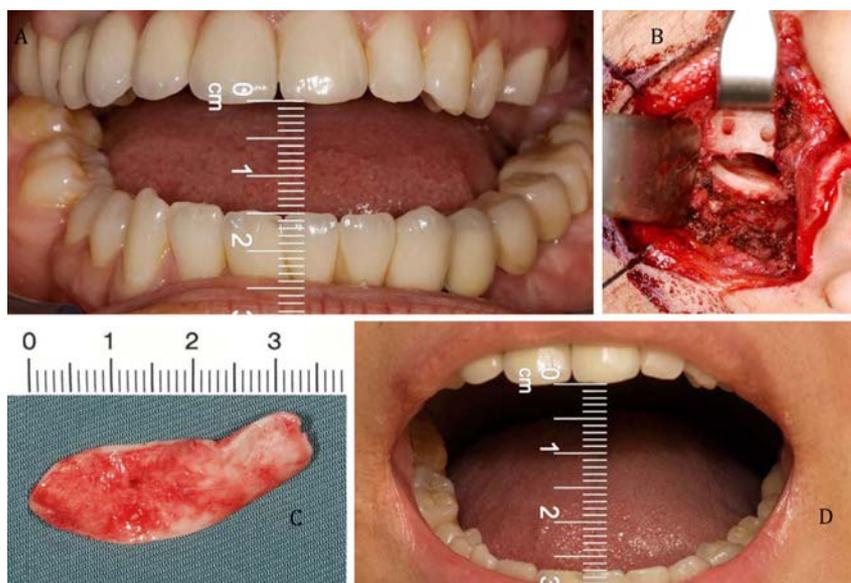


Abb.: Vor der Operation bestand bei der Patientin eine schmerzhafte Mundöffnungseinschränkung auf nur 15 mm (A). In einem operativen Eingriff wurden der Diskus entfernt (B) und ein Knorpeltransplantat aus der äußeren Ohrmuschel eingefügt (C). 6 Monate nach der Operation war eine deutlich vergrößerte Mundöffnung von 27 mm zu verzeichnen (D).

Können Operationen am Kiefergelenk zu Schädigungen, beispielsweise des Gesichtsnervs, führen?

Unsere Operateure sind erfahren und gehen über standardisierte Zugangswege zum Kiefergelenk. Deshalb kommt es nur sehr selten zu derartigen Problemen, die außerdem zumeist nur zeitweise sind.

Wie werden die verschiedenen Arten von Kiefergelenkserkrankungen diagnostiziert?

Außerordentlich wichtig ist eine ausführliche Funktionsdiagnostik des Kiefers, der Zähne und der Kaumuskulatur, um pathologische Veränderungen des Gelenks, einen fehlerhaften Biss oder muskuläre Verspannungen festzustellen. Die klinische Untersuchung besteht aus der Inspektion, der Erhebung des Zahnstatus, der Palpation, der Austastung der Kaumuskulatur, sowie der Auskultation, der akustischen Analyse krankhafter Geräusche im Kiefergelenk. Bei der nachfolgenden Bildgebung mittels Computer- oder Magnetresonanztomographie erfassen wir Form, Größe, Position und Funktion des Kiefergelenks. Daran kann sich eine endoskopische Gelenkspiegelung anschließen.

Kiefergelenkserkrankungen sind oft mit starken Schmerzen verbunden. Wie manifestieren sich diese?

Es gibt verschiedene Arten chronischer Kiefergelenksschmerzen. Patienten, die Probleme mit der Knorpelscheibe, dem Band- oder Kapselapparat haben, können den Schmerz zumeist gut lokalisieren. Schwieriger ist das bei muskulär bedingtem Schmerz, weil sich die Kaumuskeln nicht nur am Kiefer, sondern auch am Mundboden befinden und sich über den Schläfenmuskel weit über den Schädel ziehen. Das Schmerzbild ist dann zumeist diffus und strahlt über die gesamte Kopfhälfte aus. Andere Patienten können den Schmerz überhaupt nicht lokalisieren, weil dieser bis in die Nackenmuskulatur und den Schulterbereich ausstrahlt. In diesen Fällen müssen auch orthopädische und neurologische Krankheitsbilder abgeklärt werden.

Nicht jeder Patient empfindet die mit einer Kiefergelenkserkrankung verbundenen Schmerzen und Einschränkungen gleich. Deshalb ist es wichtig, auch den individuellen Leidensdruck und die Beeinträchtigung der Lebensqualität des Patienten in die Therapieplanung einzubeziehen.

Dr. Ulrike Murzik erhielt Herbert-Hartmann-Promotionspreis



Für die Dissertation „Funktionelle Untersuchungen zur Beteiligung von S100A11 an der DNA-Schadensreparatur und Zellzyklusregulation“ wurde die Diplom-Biologin Dr. Ulrike Murzik am 30. April 2011 mit dem Herbert-Hartmann-Promotionspreis für Onkologie ausgezeichnet. Der Preis, der erstmals

2001 am UKJ vergeben wurde und an den Remscheider Chirurgen Dr. Herbert Hartmann erinnert, wurde im Rahmen des 3. Postgraduierten Symposium zur Krebsforschung am UKJ auf dem Alten Schloss Dornburg überreicht.

Prof. Andreas Hochhaus und Prof. Klaus Höffken (v.l.) gratulieren der Preisträgerin Foto: Szabó

Wie hoch sind die Erfolgsraten?

Sie bewegen sich im Bereich von 80 bis 90 Prozent. Die Rezidivraten sind bei den Kiefergelenkserkrankungen, die durch Veränderungen des Knochens und der Muskulatur hervorgerufen werden, gering. Bei den Diskus-Patienten sind sie

höher. Hier kommt es wegen der starken Beanspruchung der Knorpelscheibe bei 20 bis 30 Prozent zu einem Wiederauftreten der Probleme.

Vielen Dank.

(Die Fragen stellte Matthias Vöckler)



Besuchen Sie uns ...

... in unserer **Buchhandlung**
Montag bis Samstag von 9 bis 20 Uhr

... oder unter www.thalia.de rund um die Uhr

Portofreie Lieferung

... zur Abholung an eine
Thalia-Buchhandlung Ihrer Wahl

... oder direkt an Ihre **Wunschadresse**
innerhalb Deutschlands



Jenaer Universitätsbuchhandlung Thalia
„Neue Mitte Jena“ | Leutragraben 1 | 07443 Jena
thalia.jena-neuemitte@thalia.de
Tel. 03641 4546-0

Stöbern. Entdecken. Bestellen:
www.thalia.de

Entdecke neue Seiten
 **Thalia.de**
Bücher & mehr