

Kiefergelenk-Chirurgie bei funktionellen Erkrankungen?!



Die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) widmete vom 13. bis 15. November 2014 ihre 46. Jahrestagung am traditionellen Tagungsort Bad Homburg v.d.H. dem wichtigen aber selten diskutierten Thema der Bedeutung chirurgischer Eingriffe am Kiefergelenk bei Patienten mit kranio-mandibulärer Dysfunktion (CMD) und orofazialen Schmerz (OFP).

Aus Bonn berichtete Prof. Dr. Dr. Rudolf H. Reich (Abb. 1), dass die chirurgischen Maßnahmen in diesem Zusammenhang erst in Betracht gezogen werden sollten, wenn die Patienten konservativ ausbehandelt sind. Es gebe keine Gründe für eine primär chirurgische Intervention bei Funktionsstörungen des Kauorgans, da das Kiefergelenk eine hohe Kapazität zur Adaptation und Regeneration besitze. Auch die chirurgischen Maßnahmen zielten auf eine Förderung von Regeneration und die Kompensation des funktionellen Problems ab. Daher sei eine mindestens sechsmonatige Vorbehandlungszeit sinnvoll, in der die meisten funktionellen Einschränkungen und Schmerz-

zustände konservativ ausreichend erfolgreich behandelt werden könnten. Der in der Literatur der 80er und 90er Jahre oft beschriebene Eingriff der Reposition des Diskus bei anteriorer Verlagerung ohne Reposition sei in aller Regel kritisch zu bewerten und nicht First-Line in der Therapie [1, 7]. Indiziert seien chirurgische Eingriffe lediglich, wenn morphologische Veränderungen bildgebend nachgewiesen sind, myogene Ursachen für die funktionelle Beeinträchtigung ausgeschlossen werden können und konservative Maßnahmen nicht ausreichend wirken. Die Eingriffe folgen einem Stufenschema, beginnend mit der Arthrozentese, gefolgt von der Arthroskopie, modellierenden Eingriffen und als ultima ratio dem Gelenkersatz. Hier sei in den letzten Jahren eine Abkehr von den autologen Transplantaten hin zu (auch individuell CAD CAM erstellten) alloplastischen Materialien erfolgt. Das Osteochondrom als häufigster Tumor (appositionelles Wachstum des Gelenkknorpels, klinisches Zeichen Gesichtssymmetrie, Nachweis über Bildgebung und Szintigrafie) werde mit guter Prognose

durch seine Entfernung und Modellierung des Kondylus operiert.

Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz (Münster, Abb. 2) stellte die verschiedenen Verfahren des Gelenkersatzes vor. Als Indikation nannte er neben den seltenen Fällen funktioneller Genese hauptsächlich Traumata, Fehlbildungen, Tumore und idiopathische Resorptionen. Bei persistierenden Schmerzen wies er wie alle anderen Referenten auf die Bedeutung der Differenzierung akut persistierender von chronischen Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der Achse II hin. Die Indikation zum Gelenkersatz sei bei maladaptiven Patienten kritisch, da diese anschließend trotz chirurgisch erfolgreicher Operation ein besonders hohes Risiko der Schmerzpersistenz hätten. Daher sei ein präoperatives Konsil bei einem Facharzt für psychosomatische Medizin erforderlich. Auch sollten neuromuskuläre Erkrankungen als Schmerzursache ausgeschlossen werden. Die Planung des Gelenkersatzes erfolgt mittels eines Computertomogramms (CT), aus dessen Daten das künstliche Gelenk gestaltet und hergestellt werden kann. Al-



Abbildung 1 Prof. Dr. Dr. Rudolf H. Reich (Bonn) hielt den Einführungsvortrag in das komplexe Thema und zeigte die Möglichkeiten kieferchirurgischer Verfahren bei funktionellen Störungen auf.



Abbildung 2 Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz (Münster) erläuterte die verschiedenen Verfahren beim Kiefergelenkersatz.

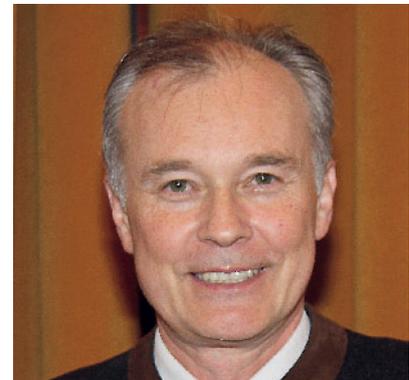


Abbildung 3 Prof. Dr. Dr. Andreas Neff (Marburg) besprach die Risiken und Kontraindikationen für chirurgische Maßnahmen am Kiefergelenk.

ternativ stünden konfektionierte Gelenke zur Verfügung. Der Eingriff ist in Deutschland relativ selten (30 bis 40 p.a.), wesentlich häufiger in Großbritannien (ca. 100), Dänemark (ca. 60) und den USA (über 500). Postoperativ sei der Heilungsverlauf in der Regel gut, die Mundöffnung sei leicht verbessert, die Schmerzen deutlich geringer und die Lebensqualität der Patienten höher. Er wies darauf hin, dass eingriffsspezifisch eine laterotrusive Bewegung des ersetzten Gelenks nicht möglich ist. Zur Qualitätssicherung regte er an, wie in Großbritannien bereits vorhanden, ein zentrales Register aller endoprothetischen Maßnahmen am Kiefergelenk zu schaffen, um die Daten bundesweit zu poolen und auszuwerten.

Kontraindikationen und Risiken beim Kiefergelenkersatz diskutierte Prof. Dr. Dr. *Andreas Neff* (Abb. 3) aus Marburg. Zunächst verwies er auf das TMJ Medical Surgical Protocol, das den Eingriff präzise beschreibt und das den Goldstandard definiert. Aus Sicherheitsgründen sei es notwendig, einen Neurochirurgen im Team zu haben wegen der Nähe zur Schädelbasis. Als häufigste Nebenwirkung beschrieb er die temporäre Facialisparesse (42 %), die aber nur selten persistierten (ca. 3 %) [3, 6]. Ossifikationen kämen im Gegensatz zu autologen Transplantaten (17 %) bei den alloplastischen custom-made Prothesen nur noch in ca. 2 % der Fälle vor. Hilfreich sei die Auffüllung von intraoperativ entstandenen Hohlräumen mit autologen Interponaten von Fettgewebe zur Verbesserung der Wundheilung und Reduk-

tion postoperativer Narbenbildung. Kritisch sei der persistierende Schmerz als Indikation für den Eingriff zu sehen, da hier in ca. 30 % der Fälle trotz chirurgischem Erfolg der Schmerz nicht dauerhaft verbessert werden könne. Ablehnend äußerte er sich zur Indikation Diskusverlagerung ohne Reposition, dies sei ein Irrweg. Als absolute Kontraindikationen für einen Gelenkersatz nannte er Autoimmunerkrankungen, allergische Reaktion auf die verwendete CrCoMb-Legierung bei Nickelallergie, Non-Compliance des Patienten und zu starke Achse II Belastung. Unklar sei derzeit die Indikationsstellung bei Patienten unter Bisphosphonat-Therapie.

Alle Referenten betonten, dass bei allen Eingriffen am Kiefergelenk die funktionelle Rehabilitation bereits vor der Operation einsetzen solle und unmittelbar postoperativ fortgesetzt werden müsse. Schonhaltungen und Immobilisierungen seien aus funktioneller Sicht zu vermeiden.

Als internationaler Referent brach Prof. Dr. Dr. *Bodewijn Stegenga* (Groningen, NL, Abb. 4) eine Lanze für die Arthrozentese. Er stellte das Verfahren als gut kontrollierbar und risikoarm vor und betonte die schnelle Schmerzlinderung als Hauptvorteil für den Patienten, auch wenn die Bewegungskapazität durch den Eingriff nicht verbessert werde. An dieser Stelle hinterfragte er kritisch den derzeitigen Standard, mindestens 6 Monate konservativ zu begleiten vor der Indikationsstellung zur Arthrozentese und warb dafür, dieses Verfahren bei Patienten mit starker Schmerzbe-

lastung bereits nach 6 Wochen therapieergänzend zu erwägen [2, 8]. Die Schmerzentstehung im Gelenk führt er auf funktionelle Überlastungen zurück, welche die adaptative Kapazität der Synovia überlasten und zu einer Ansammlung freier Radikale im Gelenkraum führten. Diese schädigten das umliegende Gewebe und lösten zudem immunologische Prozesse aus, die zu einer weiteren Schädigung der Synovialmembran führten. Die hochvolumige Spülung des Gelenkspalts mit 300 ml Flüssigkeit (Kochsalzlösung) unterbricht diesen *circulus vitiosus* und ermöglicht eine natürliche Heilung im Gelenkspalt. Die zusätzliche Anwendung von Corticoiden verbessere den Effekt langfristig nicht, könne aber ergänzend angewandt werden. Er empfahl bei funktionellen Störungen immer begleitend physiotherapeutische Maßnahmen zu verordnen.

Über seine 14-jährige Erfahrung mit totalem Kiefergelenkersatz berichtete Prof. Dr. Dr. *Robert Sader* (Frankfurt/M., Abb. 5). Er bevorzuge eine intraorale Schnittführung bei diesem Eingriff zur Vermeidung extraoraler Narben [5]. Der Referent stellte eine 5-Jahres-Follow-up Studie von 30 Gelenken vor, laut der die Patienten eine hohe Zufriedenheit mit dem Ergebnis des Eingriffs angaben und lediglich 3 Gelenke einen persistierenden Schmerz im Sinne einer Schmerzerkrankung zeigten. Die Mundöffnung bliebe allerdings mit 31 +/- 3 mm deutlich eingeschränkt.

Neben diesen Hauptvorträgen wurden den Teilnehmern der Jahrestagung in Praxis- und Wissenschaftsforum zahl-



Abbildung 4 Prof. Dr. *Bodewijn Stegenga* (Groningen) warb für die Arthrozentese als einfache erste chirurgische Maßnahme bei Schmerzen im Kiefergelenk.



Abbildung 5 Prof. Dr. Dr. *Robert Sader* (Frankfurt/M.), Präsident der Deutschen Gesellschaft für ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ), stellte seine Erfahrungen mit Kiefergelenkersatz vor.

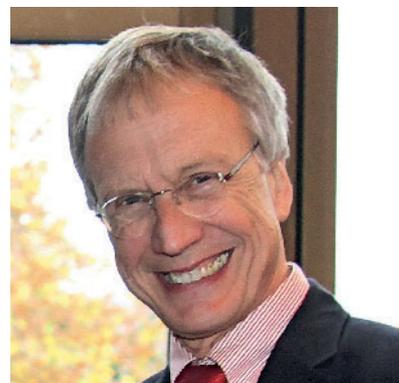


Abbildung 6 Past-President Prof. Dr. *Karl-Heinz Utz* (Bonn) wurde zum Ehrenmitglied der DGFDT ernannt und bleibt der Funktionsgesellschaft weiter eng verbunden.

(Abb. 1–6: DGFDT)

reiche Vorträge geboten [4], die wie immer auch jenseits des Hauptthemas viele Facetten aus dem Gebiet der Funktionslehre beleuchteten und zu intensiver Diskussion anregten.

Als Dank und Anerkennung für seine Verdienste um die Entwicklung der Funktionsgesellschaft wurde Past-President Prof. Dr. *Karl-Heinz Utz* (Bonn, Abb. 6) zum Ehrenmitglied der DGFDT ernannt. Er stand der Gesellschaft von 2010 bis 2013 vor und hat wesentlichen Anteil an deren zunehmend internationalen Ausrichtung.

Die Anerkennung als Spezialisten für Funktionsdiagnostik und –therapie

(DGFDT) erhielten nach erfolgreicher Prüfung Prof. Dr. *Markus Greven* (Bonn), Priv.-Doz. Dr. *Nikolaus Gersdorff* (Göttingen), Dr. *Stefanie Janko* (Frankfurt/M.), Dr. *Gerd Reichardt* (Stuttgart) sowie Dr. *Daniel Hellmann* und Dr. *Nikolaos N. Giannakopoulos* (beide aus Heidelberg).

Die Tagungsbestpreise gingen in diesem Jahr in der Kategorie universitärer Vortrag an PT *Agnes Pudelko* (Bern/Osnabrück), in der Kategorie Vortrag aus der Praxis an Dr. *Bruno Imhoff* (Köln) sowie für das beste Poster an ZÄ *Ekaterina Sviridenko* (Köln).

Im diesem Jahr findet die Jahrestagung vom 12. bis 14. November 2015

in Bad Homburg v.d.H. mit dem Generalthema „Funktionelle Rehabilitation des Kauorgans“ statt. Wir werden die seltene Möglichkeit haben, Prof. Dr. *Iven Klineberg* (Sydney/Australien) als einen der weltweit führenden Forscher zur Bedeutung der Okklusion bei der Rehabilitation des stomatognathen Systems zu hören und laden alle Kollegen herzlich ein. DZZ

Dr. *Bruno Imhoff*,
imhoff@dgfdt.de, www.dgfdt.de

Literatur

1. de Leeuw R, Boering G, Stegenga B, de Bont LG: Symptoms of temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement 30 years after non-surgical treatment. *Cranio* 1995;13:81–88
2. Diraçoğlu D, Saral IB, Keklik B et al.: Arthrocentesis versus nonsurgical methods in the treatment of temporomandibular disc displacement without reduction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2009;108:3–8
3. Idle MR, Lowe D, Rogers SN, Sidebottom AJ, Speculand B, Worrall SF: UK temporomandibular joint replacement database: report on baseline data. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52:203–207
4. Imhoff B, Lange M, Schmitter B: MKG und CMD – wieviel Chirurgie in welchen Fällen. *J Craniomandib Func* 2015;7(2) in print.
5. Landes C, Korzinskas T, Dehner JF, Santo G, Ghanaati S, Sader R: One-stage microvascular mandible reconstruction and alloplastic TMJ prosthesis. *J Craniomaxillofac Surg* 2014;42:28–34
6. Linsen SS, Reich RH, Teschke M: Mandibular kinematics in patients with alloplastic total temporomandibular joint replacement – a prospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70:2057–2064
7. Manfredini D: No significant differences between conservative interventions and surgical interventions for TMJ disc displacement without reduction. *Evid Based Dent* 2014;15:90–91
8. Vos LM, Huddleston Slater JJ, Stegenga B: Lavage therapy versus nonsurgical therapy for the treatment of arthralgia of the temporomandibular joint: a systematic review of randomized controlled trials. *J Orofac Pain* 2013;27:171–179



TAGUNGSKALENDER

2015

14.05. – 15.05.2015, Bad Homburg
Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (AGKI)

Thema: „Interdisziplinäre zahnärztlich-chirurgische Therapie des Kindes, Nervverletzung – Diagnostik und Therapie“
Auskunft: www.ag-kiefer.de

29.05. – 30.05.2015, Aachen
Landesverband Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.

Thema: „14 Jahrestagung“
Auskunft: www.dginet.de

29.05. – 30.05.2015, Wuppertal
Bergischer Zahnärztereverein
Thema: „Herausnehmbarer Zahnersatz“
Auskunft: www.bzaet.de

03.06. – 06.06.2015, London
European Periodontology Congress
Thema: „Europerio 8“
Auskunft: www.efp.org/europerio8

05.06. – 06.06.2015, Dresden
Deutsche Gesellschaft für Restaurative und Regenerative Zahnerhaltung (DGR²Z)
Thema: „Funktion: Mit der Biologie in die Zukunft“
Auskunft: www.dgz-online.de

10.06. – 11.06.2015, Stuttgart
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Thema: „Funktion und Ästhetik in der orthognathen Chirurgie & Implantate bei schwieriger Ausgangssituation“
Auskunft: www.mkg-chirurgie.de

11.06. – 13.06.2015, Ulm
Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro)
Thema: „Vom Patientenwunsch zur erfolgreichen Therapie“
Auskunft: www.dgpro.de

18.06. – 20.06.2015, München
Deutsche Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ)
Thema: „23. CEREC Masterkurs der DGCZ“
Auskunft: www.dgcz.org

06.11. – 07.11.2015, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
Thema: „Zahnmedizin Interdisziplinär – Klinisch relevant, Kritisch betrachtet, Konstruktiv diskutiert“
Auskunft: www.dgzmk.de