

- sue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc* 33(11), 865–871 (2005)
14. Kan JY, Rungcharassaeng K, Sclar A, Lozada JL: Effects of the facial osseous defect morphology on gingival dynamics after immediate tooth replacement and guided bone regeneration: 1-year result. *J Oral Maxillofac Surg* 65, (7 Suppl 1), 13–19 (2007)
 15. Kois, JC: Predictable single-tooth peri-implant esthetics: Five diagnostic keys. *Compendium* 25, 895–905 (2004)
 16. Mankoo T: Implantatgetragene Einzelzahnversorgung in der ästhetischen Zone – aktuelle Konzepte zur Optimierung und Erhaltung der Weichgewebeästhetik beim Zahnersatz in schwierigen Bereichen. *Eur J Esthet Dent* 2, 294–314 (2007)
 17. Marquardt P, Wittkowski P, Strub J: 3D-Navigation in der oralen Implantologie. *Eur J Esthet Dent* 2, 82–100 (2007)
 18. Sailer I, Zembic A, Jung RE, Hämmerle CHF, Mattioli A: Implantatrekonstruktionen für den Einzelzahnersatz: Ästhetische Faktoren, die die Entscheidung für Titan- oder Zirkonoxidabutments im Frontbereich beeinflussen. *Eur J Esthet Dent* 2, 316–330 (2007)
 19. Schneider D, Marquardt P, Zwahlen M, Jung RE: A systematic review on the accuracy and the clinical outcome of computer-guided template-based implant dentistry. *Clin Oral Impl Res* 20 (Suppl 4), 73–86 (2009)
 20. Schulze D, Heiland M, Thurmann H, Adam G: Radiation exposure during midfacial imaging using 4- and 16-slice computed tomography, cone beam computed tomography systems and conventional radiography. *Dentomaxillofac Radiol* 33, 83–86 (2004)

PRAXIS / PRACTICE

Zeitschriftenreferat / Abstract

Betreuung von Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen – eine neue Leitlinie der American Association for Dental Research

Greene, C.S.: Managing the care of patients with temporomandibular disorders. A new guideline for care. *J Am Dent Assoc* 141, 1086–1088 (2010)

Der Autor des Beitrags, Charles S. Greene, ist Kieferorthopäde an der *University of Illinois in Chicago*. Er war *Chairman* der *Neuroscience Group* der *American Dental Association for Dental Research* (= AADR).

Green weist einleitend darauf hin, dass es in den USA im Gegensatz zu anderen Ländern bisher keine allgemein verbindlichen Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen (= CMD) gibt. Die in den USA bekannteste CMD-Leitlinie ist diejenige der *American Academy of Orofacial Pain*. Diese Leitlinie wurde immer wieder kontrovers diskutiert und von einigen Fachleuten als engstirnig oder rein standespolitisch motiviert angesehen. Eine andere CMD-Leitlinie, die die AADR 1996 erarbeitet hatte, fand nur wenig Beachtung und galt als veraltet. Deshalb entwickelte die *Neuroscience Group* der AADR eine neue Leitlinie zur Behandlung von CMD-Patienten. Diese wurde nach umfangreicher, dreijähriger Diskussion in allen zuständigen Gremien und Bereichen der AADR im März 2010 beschlossen und wird in dem genannten Beitrag von Green vorgestellt.

Nach einer knappen Schilderung des sehr inhomogenen Krankheitsbildes

der CMD werden in zwei Abschnitten Hinweise zur Diagnostik und Therapie der CMD gegeben:

1. Zur Diagnostik/Differentialdiagnostik einer CMD wird die Anamneseerhebung in Verbindung mit einer klinischen Untersuchung und falls erforderlich einer unterstützenden Bildgebung empfohlen. Die AADR weist darauf hin, dass außer den bildgebenden Verfahren bisher kein einziges technikgestütztes Vorgehen die Anforderungen erfüllt, die an die Sensitivität und Spezifität eines CMD-Diagnoseverfahrens gestellt werden müssen. In seltenen Fällen, wie z. B. bei Rheumaverdacht oder bei Hinweisen auf neurologische oder psychische Erkrankungen, kann die ergänzende Erhebung von Laborwerten oder die Anwendung psychiatrischer Tests erforderlich werden.

2. Zur Therapie einer CMD betont die AADR mit Nachdruck, dass die Initialtherapie immer konservativ, reversibel und evidenzbasiert sein sollte. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass sich viele Formen der CMD im Laufe der Zeit auch ohne Therapie bessern oder sogar ganz abheilen. Das therapeutische Vorgehen ist deshalb so zu wählen, dass keine irreversiblen Veränderungen oder gar

Schädigungen des Patienten riskiert werden. Zur Abrundung jeder CMD-Behandlung gehört nach Auffassung der AADR auch immer eine umfassende Aufklärung der Patienten über Art und Verlauf ihrer Erkrankung. Diese Patienteninformation sollte durch ein Selbstübungsprogramm ergänzt werden, das den Patienten einen besseren Umgang mit ihren Beschwerden ermöglicht.

Auffällig in dieser Leitlinie dieses sehr hochrangigen amerikanischen Forschungsgremiums ist unter anderem die strikt ablehnende Haltung gegenüber technikgestützten Diagnoseverfahren (außer Bildgebung), zu der auch die instrumentellen Funktionsanalyseverfahren zählen. Diese Beurteilung widerspricht damit eindeutig der gemeinsamen Stellungnahme der DGZMK und der DGFDT aus dem Jahr 2005 (vgl. Ahlers et al.). In diesem Zusammenhang darf ich ergänzend auf folgenden Artikel von Türp hinweisen, der sich ausführlich mit diesem Thema beschäftigte: Türp, J.C.: Ist die instrumentelle Funktionsanalyse eine empfehlenswerte Maßnahme zur Diagnostik kranio-mandibulärer Funktionsstörungen? *Dtsch Zahnärztl Z* 58, 477–481 (2003). 

H. Tschernitschek, Hannover