

Erfolgreiche Behandlung mit Aufbisschiene

Neben den typischen Beschwerden im stomatognathen System ist bei vielen meiner Patienten ein Problem in der Gesamtstatik des Körpers der Grund dafür, wieso sie sich überhaupt in eine Schienenbehandlung begeben. Mit der optimalen Schiene müssen deshalb alle in der Diagnose gefundenen Befunde aufgehoben sein. Da durch die Interdisziplinäre Behandlung hier während der Schienenbehandlung immer weitere Verbesserungen erzielt werden können, muss auch die Schiene im Behandlungsverlauf immer an die neuen Bedingungen angepasst werden.

Auch deshalb kann zu Beginn der Schienenbehandlung oft noch gar nicht abgeschätzt werden wie die weitere Versorgung des Patienten aussehen wird. Die Schiene wird solange getragen und angepasst, bis alle Behandler wie der Physiotherapeut, der Orthopäde und der Zahnarzt zusammen eine für das Gesamtsystem vom Kiefergelenk bis zum Fuß optimale Position erarbeitet haben.

Der Umfang der zahnärztlichen Therapie die am Ende der Schienenbehandlung erfolgt ist von Fall zu Fall sehr unterschiedlich.

Bevor mit der Schienenbehandlung begonnen wird, sollten natürlich alle möglichen Herdgeschehen, ausgehend vor allem von devitalen oder pulpitischen Zähnen, retinierten und verlagerten Zähnen und auch Leerkieferstrecken, also Restostitisstellen ausgeschlossen oder gegebenenfalls behandelt werden, um zu verhindern, dass lymphatische Probleme und Ausgleichsbewegungen unsere Arbeit stören oder schlimmstenfalls sogar in unsere Anschlußversorgung nach der Schiene als Fehler mit eingebaut werden.

Auch die Materialfrage ist vor einer Schienenbehandlung individuell zu klären und auch bei der Anschlußversorgung mit dem Zahnarzt abzusprechen. Hier hat sich für mich die

Applied Kinesiologie/Funktionelle Myodiagnostik als schnelle und einfache Methode bewährt. Wie DDr. Margit Riedl-Hohenberger und A- Prof. Christian Kraler in ihrer Studie "Verträglichkeit von Zahnwerkstoffen in der personalisierten Medizin -Zwei Diagnosemethoden im Vergleich- Eine explorative Praxisstudie: Applied Kinesiology (AK)- und Immundiagnostik im Labor" zeigen konnte, kann damit eine Labormedizinischen Untersuchung annähernd gleichwertige Sicherheit erzielt werden.

Die einfachste Variante der Schientherapie ist, dass die Schiene im Behandlungsverlauf immer dünner geschliffen werden kann, bis wirklich nur einzelne Störkontakte übrig bleiben, die dann am Patienten, nach einem vorher erstellten Schleifprotokoll behoben werden können. Diese Patienten benötigen hiernach in der Folge meist keine Schiene mehr oder setzen die Schiene oft in Kombination mit manualtherapeutischer Behandlung (und z.B. die modifitierten Übungen nach Prof. Rocabado) nur noch als Stressbreaker in akuten Belastungsphasen ein.

Eine zweite Möglichkeit ist, dass nur kleine Stellen verändert werden müssen, die durch Aufbauten in Säure-Ätztechnik erfolgen können.

Patientenfall 1: ein 19 jähriger Leistungssportler wurde uns vom Orthopäden überwiesen, bei dem er wegen Knieschmerzen vorstellig geworden war. Der Patient war 2003 – 2006 kieferorthopädisch behandelt worden. Es zeigten sich circular habituelle Kontakte und Balancekontakte bei LL/RL- Schub, zudem in der Manuellen Untersuchung Myopathie, Schädelfehler und ein Beckenfehlstand. Mittels Schiene und Begleitbehandlung konnte der Patient in einen beschwerdefreien, orthopädisch stabilen Zustand überführt werden. Anhand dieses Schienenbisses wurde von Zahntechniker ein Wax-Up angefertigt und vom Zahnarzt im Mund in Säure-Ätz-Technik in Kuststoff übertragen. Der Patient ist seitdem beschwerdefrei.

In Extremfällen, in denen der optimale Biss sich massiv von der Ursprungslage unterscheidet und eine völlig neue Okklusionseinstellung, also eine invasive und kostenintensive Behandlung notwendig ist, ist um so genauer und sorgfältiger an die Umsetzung heranzugehen.

Neben orthopädischen und funktionellen Untersuchungen und Prüfung der neuen Situation mit bioenergetischen Testverfahren wie der Applied Kinesiologie/Funktionellen Myodiagnostik ist es dann von Vorteil ,objektive Untersuchungstechnik mit heranzuziehen, um den Einfluß des Bisses auf den ganzen Körper zu überprüfen. Es empfiehlt sich der Einsatz von Laseraufnahmen des Rückens wie z.B. Digi Dorso um zu zeigen, dass sich durch die neue angestrebte Bissituation nachvollziehbar die gesamte Statik verbessert.

Ist dies der Fall wird festgelegt, ob kieferorthopädisch oder prothetisch an den Fall herangegangen wird. Entscheidet sich der Patient für die prothetische Variante, kann die Schienenbisslage in TableTops, im Sinne eines Langzeitprovisoriums, vom Techniker übertragen werden. So kann der Patient ohne große Invasivität und Kosten über einen Zeitraum von mindestens 3 bis 6 Monaten den neuen Biß auch in allen funktionellen Bewegungen ausprobieren, was mit der Schiene nur bedingt möglich ist. An diesen

TableTops können dann noch notwendige Korrekturen vorgenommen werden. Sind der Patient und die Behandler mit der Situation rundum zufrieden wird die Situation mit TableTops abgeformt und kann mittels arbiträr einartikulierten Modellen vom Techniker eingescannt werden und so die optierten Oberflächen eins zu eins später in Keramik als definitive Versorgung gefräst werden. In diesem Arbeitsschritt können dann auch notwendig Neuanfertigungen von Kronen und Brücken erfolgen. Patienten, bei denen solch umfangreiche Versorgungen in der Praxis notwendig werden, sind nur ca 10-15% der Schienenpatienten.

Patientenfall 2: Eine 25jährige Studentin stellt sich auf Bitten ihrer Mutter in unserer Praxis vor. Diese ist besorgt wegen eines zunehmend lauter werdenden Kiefergelenksknacken Die Patientin hat eine KFO -behandlung über 5 Jahre hinter sich, die eine zumindest optisch zahnärztlich regelrechte Verzahnung eingestellt hatte. Während dieser Behandlung sind neben dem Kiefergelenksknacken auch Schmerzen am Kiefergelenk entstanden.

Anamnese: Myoarthropathie, HWS/ LWS-Beschwerden. Seit längerer Zeit Psychotherapie und eine Kombinationsbehandlung mit drei Psychopharmakas.

Die notwendige Aubisschiene wurde nach orthopädischen Kriterien eingestellt und, da sich die neue Bisslage sehr stark von der Ursprungslage unterschied, auch mittels Kiefergelenks-MRT bildgebend überprüft.

Nach einer halben Jahr Schienenbehandlung war die Patientin beschwerdefrei, orthopädisch stabil und auch die Psychopharmaka konnten durch den Psychotherapeuten stark reduziert werden. Der Biß war trotz der kurzen Tragezeit aber beidseitig offen.

Die Patientin wurde von einem erfahrenen Prothetiker mit TableTops versorgt, da sie zu keiner weiteren kieferorthopädischen Behandlung mehr bereit war. Die durch die Langzeitaufbauten eingestellte Bisslage wurde mittels Digi Dorso in ihrer Gesamtstatischen Auswirkung überprüft.

In den nächsten 12 Monaten trug die Patientin ihr Langzeitprovisorium. Sie konnte alle Psychopharmaka absetzen und ihre Psychotherapie wurde beendet. Nach erreichter Stabilität wurde die Patientin mit keramischen TableTops dauerhaft versorgt und ist bis heute vollständig schmerzfrei und ohne Gelenkgeräusche.

Autor: Dr. med.dent. Eva Meierhöfer

www.Meierhoefer.at