

Verfahrensstandard zur Feststellung der Notwendigkeit einer Schienentherapie

(DÄGAK und IMAK Stand: Juli 2009)

Der Ausbildungsausschuss und der Vorstände der DÄGAK und der IMAK haben das im folgenden niedergelegte Protokoll zur Indikationsstellung und Durchführung von Therapien mit Aufbisssschienen erstellt. Dieses gilt als Grundlage der Anwendung und Darstellung gegenüber der medizinischen Öffentlichkeit. Die Richtlinie entspricht dem aktuellen Stand der Kenntnisse und wird jeweils bei Bedarf aktualisiert.

Indikation zur Schienentherapie

Trifft bei einem Patienten ein Punkt aus den unten genannten 4 Hauptkriterien zu, besteht die Indikation für eine 3D Neupositionierung der Mandibula nach orthopädischen Kriterien. Auch eine Mischung verschiedener Unterkriterien (aus den vier Hauptkriterien) erfüllt diese Indikation.

1. Kriterien aus der Anamnese

Die folgenden Symptome können auf eine kranio-mandibuläre Dysfunktion hinweisend sein, sofern sie durch manuelle Therapie und andere nicht-zahnärztliche Verfahren (NZV) dauerhaft nicht behoben werden können:

- a. Schmerz im Kiefergelenksbereich, in der Kaumuskulatur, schmerzhaftes Verspannungen vor allem im HWS-/Nackengebiet, aber auch der übrigen Wirbelsäule und im gesamten kranio-sakralen System.
- b. Verspannungen der Kaumuskulatur (direkt beim Aufwachen oder durch Pressen in Stresssituationen, wie lange Autofahrten, PC-Arbeit etc.), auch mit Einschränkung der Mundöffnung.
- c. Ohrprobleme funktioneller Art (z.B. Tinnitus, nicht entzündliche Otitiden, peripherer Schwindel etc.).
- d. Kopfschmerzen, Spannungen der Augenmuskulatur.

2. Kriterien aus dem Funktionsstatus

Eine suffiziente manuelle Korrektur (NZV) wird jeweils vorausgesetzt.

- a. Schmerzhaftes Palpation der Kaumuskulatur.
- b. Deviationen beim Öffnen mit/ohne deutlich eingeschränkter Mundöffnung.
- c. Kiefergelenksgeräusche initial und intermediär mit Funktionsstörungen bei manueller differentialdiagnostischer Abklärung.
- d. Zahnersatzversorgung bei nicht kompensierter Fehlbisslage.

3. Kriterien aus der orthopädischen und manuellen Untersuchung und Behandlung

Eine suffiziente manuelle Korrektur (NZV) wird jeweils vorausgesetzt.

- a. Beeinflussung von Spine-Test, Derbolowsky-Test, Leg-turn-in, Patrick-Kubis-Test/Priener Abduktionstest und Thorax-Rotationstest etc. durch festen Biss*..
- b. Negative Beeinflussung der Körperhaltung (Kopf, Schulter, Arme, Beinstellung und des Ganges) durch festen Biss*.
- c. Deutliche posturographische Veränderungen durch festen Biss*.

4. Kriterien aus dem Test der Applied Kinesiology

Dysfunktionen, die nach suffizienter Korrektur (NZV) des gesamten Achsenorgans und Schädels durch festen Biss* oder andere Challenges des Kauapparates rezidivieren und durch Einstellung der optimalen Unterkieferlage behoben oder deutlich verbessert werden können.

* Zahnherde müssen vorher ausgeschlossen werden

Diagnostisches und therapeutisches Konzept bei V.a. Kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

1. Anamnese

Unter Berücksichtigung des visuellen Index und eines allgemeinmedizinischen, dentalen sowie ganzheitlich ausgerichteten Anamnesebogens.

2. Posturale und orthopädische Untersuchung

- a. Untersuchung der Körperebenen (Stehend von hinten, von der Seite und von vorn, SIG, Wirbelsäule, Bauchprofil, Kopflot)
- b. Sitzend (HWS, Kauapparat, Funktionsdiagnostik des Kiefergelenks, auch mit AK-Techniken)
- c. Rückenlage (Beinlänge, Becken, Bauch, HWS, Kauapparat)
- d. Funktionstests (Derbolowsky-Test, Leg-Turn in, Patrick-Kubis bzw. Priener Abduktionstest, Thorax-Rotationstest)

3. Zahnärztliche Untersuchung

Inspektion und Palpation der Kiefergelenke und der dazugehörigen Muskulatur, Untersuchung von Maxilla und Palatinum, Röntgenuntersuchung, Vitalität usw.

4. Ausschluss von Herden und Störfeldern

(s. Standard Herd- und Störfeldtestung)

5. Screening der primären Dysfunktion

- a. Im Stehen M. latissimus dorsi oder anderer geeigneter Muskel in Ruheschwebelage normoreaktiv, auf festen Biss dysreaktiv
Verdachtsdiagnose: Temporomandibuläre Dysfunktion
- b. Im Stehen M. latissimus dorsi oder anderer geeigneter Muskel einseitig oder bds. dysreaktiv, im Liegen normoreaktiv
Verdachtsdiagnose: Extratemporomandibuläre Dysfunktion

6. Manuelle und reflextherapeutische Behandlung

Mit nichtzahnärztlichen Therapieverfahren (NZV) werden folgende Strukturen korrigiert:

- a. Das Kranium inkl. Maxilla und Palatinum, die kraniomandibuläre Region, die Wirbelsäule und das Becken sowie die untere Extremität (zum Screening: Shockabsorbertest).
- b. Relevante viszerale Strukturen mit Auswirkungen auf das Achsenorgan wie Zökum und Sigmoid (soweit gemäß Ausbildung durchführbar).

7. Differenzialdiagnose „temporomandibuläre Ursache“ versus „extratemporomandibuläre Ursache“ einer Dysfunktion im Bewegungssystem

- a. Challenge der aufsteigenden Läsionsursachen: bei Non-Okklusion (ohne Zahnkontakt) gehen lassen
- b. Wenn Rezidiv von Befunden nach dem Gehen auftritt: diese Strukturen nachbessern, evtl. propriozeptive Fußkorrektur (Sohlen), Spiraldynamik, Gymnastik
- c. Wenn kein Rezidiv beim Gehen auftritt: Challenge des Kauapparates durch Kauen im Sitzen: wenn dabei Rezidiv auftritt: Schienenindikation.

8. Orthomolekulare Unterstützung

Die biochemische Situation des Bewegungssystems sollte überprüft und bei Bedarf gestützt werden.

9. Konstruktionsbiss

Alternativ:

a. Modellanalyse an arbiträr eingestellten Modellen.

Danach Konstruktionsbiss im Mund, ein- oder zweizeitig im Front- und Seitenzahnbereich nach orthopädischen Kriterien wie knöcherne Gesichtsmitte, Unterkieferebene, Kieferlage nach Klasse 1, Submentalfalte, Gesichtsdrittellung etc.

Überprüfung dieses Bisses nach Gehen, Springen sowie Überkreuzübungen durch AK-Test.

Prüfung, ob muskuläre Dysfunktionen und/oder orthopädische Parameter durch diese neue therapeutische Mandibulaposition aufgehoben sind.

b. Modellanalyse und Konstruktionsbiss nach Lieb und Gelb im Galettiartikulator. Danach Überprüfung dieses Bisses im Mund durch AK-Test (Prüfung, ob muskuläre Dysfunktionen und/oder orthopädische Parameter durch diese neue therapeutische Mandibulaposition aufgehoben sind).

Auch hier sollte die neue Mandibulaposition durch Bewegungen in gekreuztem Muster (Gehen) in das Bewegungssystem integriert werden.

Alle vor Eingliederung des Konstruktionsbisses gefundenen Dysfunktionen (AK-Test, orthopädische Befunde, Palpationsschmerzen, Triggerpunkte etc.) sollten, soweit durch Biss verursacht, bei optimaler temporär therapeutischer Mandibulaposition aufgehoben sein.

c. Zentrikkissenahme ohne Manipulation des UK durch den Behandler nach vorheriger Entspannung. Überprüfung manuell und mit AK.

Eine geeignete Dokumentation der Bisslagen vor und während der verschiedenen Behandlungsschritte ist notwendig.

Literature

Bumann, A. / Lotzmann, U. (2000) Farbatlanten der Zahnmedizin, Bd. 12, Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien. Thieme, Stuttgart

Bumann, A. / Lotzmann, U. (2002) TMJ Disorders and Orofacial Pain: The Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach (Color Atlas of Dental Medicine). Thieme, Stuttgart, New York

Walther, D.S. (2000) Applied Kinesiology, Synopsis. Systems D.C., 275, West Abriendo Av., Pueblo, Colorado 81004

Larsen, C. (2001) Die zwölf Grade der Freiheit: Spiraldynamik, Kunst und Wissenschaft menschlicher Bewegungskoordination. Via Nova, Petersberg

Knebelman, S. (1982) The Alexander technique in diagnosis & treatment of cranio-mandibular disorders. Basal Facts 5, 19-22

Gelb, H. (1991) Head, Neck and TMJ Pain and Dysfunction. Ishiyaku EuroAmerican, St. Louis

Zwecker, M., Zeilig, G., Ohry, A. (2004) Professor Heinrich Sebastian Frenkel: a forgotten founder of rehabilitation medicine. Spinal Cord 42, 55-56

Monaco, A., Cattaneo R., Spadaro, A., Marzo G. (2008) Neuromuscular diagnosis in orthodontics: effects of TENS on the sagittal maxillo-mandibular relationship. Eur J Paediatr Dent 9, 163-169

Jankelson, B. (1974) Letter: A comparison of articulator mountings made with centric relation and myocentric position records. J Prosthet Dent 31, 104-105

Walther D.S. (1983) Applied Kinesiology, Vol II. Systems D.C., 275, West Abriendo Av., Pueblo, CO 81004