

„Aufklärung ist essenziell“



Im Rahmen des diesjährigen AAO-Jahreskongresses in Philadelphia referierte Prof. Dr. Sabine Ruf über die Möglichkeiten der TMD-Behandlung mithilfe der Herbst-Apparatur. *KN* sprach mit ihr über therapeutische Effekte, die Rolle der manuellen Strukturanalyse sowie Ausschlusskriterien für die Diskusreposition mittels Herbst-Scharnier.

Kann man sowohl partielle als auch totale Diskusverlagerung mit der Herbst-Apparatur erfolgreich behandeln?

Die Behandlung der Diskusverlagerung selbst scheint nur für partielle Diskusverlagerungen möglich zu sein. Es gibt keine Daten in der Literatur, die in irgendeiner Art und Weise objektiv, d. h. mittels Magnetresonanztomografie (MRT), belegen, dass längerfristig totale Diskusverlagerungen erfolgreich mit einem Herbst-Scharnier reponiert werden können.

Welche Rolle spielt die manuelle Strukturanalyse bei der Differenzialdiagnostik der Diskusverlagerung für die Therapieentscheidung?

Grundsätzlich führen wir bei allen unseren Patienten eine manuelle Strukturanalyse durch.

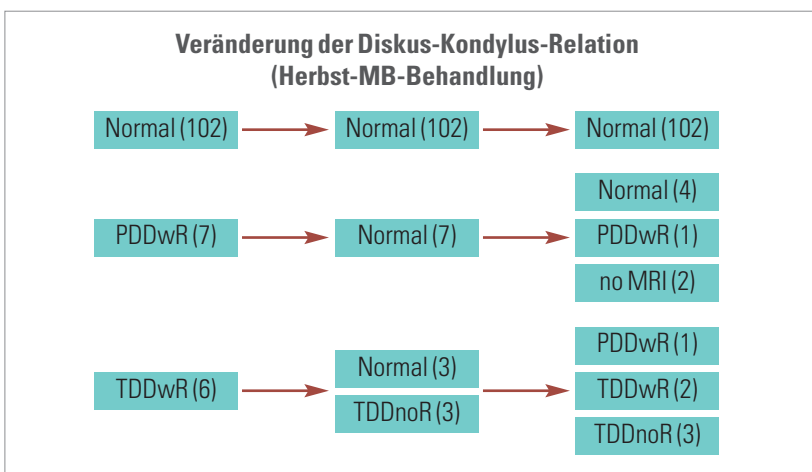
Im Rahmen der ursprünglichen Studien haben wir das immer mit MRTs untermauert. Heutzutage ist es so, dass wir in den meisten Fällen darauf verzichten, gleichzeitig MRTs erstellen zu lassen, da wir die erforderlichen Daten aus der manuellen Strukturanalyse so zuverlässig gewinnen können, dass wir für den Patienten eine klinisch ausreichend gute Prognose abgeben können. In Zweifelsfällen wird man manchmal das MRT zurate ziehen, aber eigentlich ist die klinische Therapieentscheidung auf den Ergebnissen der manuellen Strukturanalyse basierend.

Bis zu welchem Alter kann man eine partielle Diskusverlagerung noch mit einem Herbst-Scharnier erfolgreich behandeln?

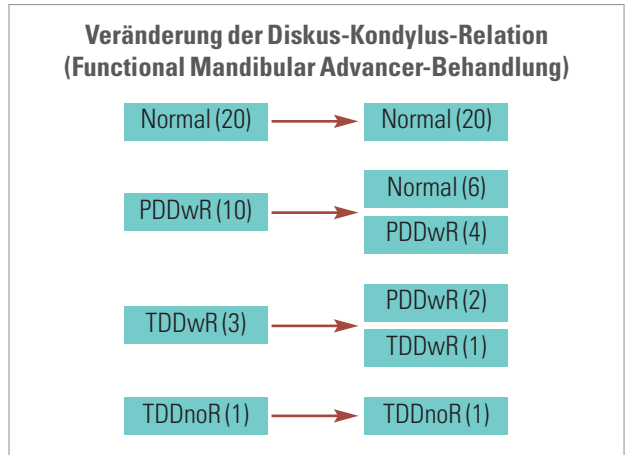
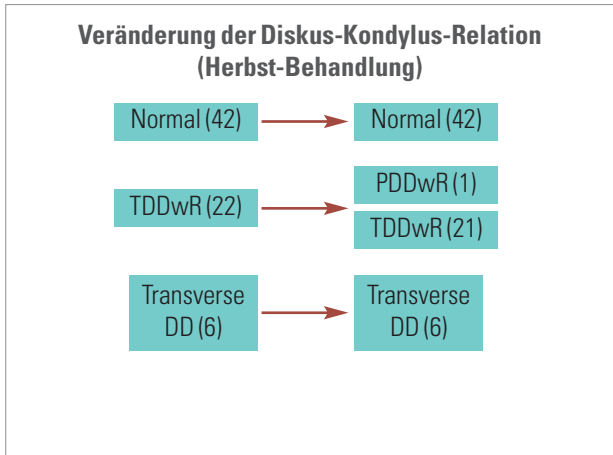
Ich denke, grundsätzlich sollte es da keine Altersbeschränkung geben. Von der klinischen Erfahrung her kann ich das so bestätigen. Allerdings ist es so, dass die Literatur hier im Wesentlichen für Jugendliche und sehr junge erwachsene Patienten Daten liefert, während für ältere Erwachsene meiner Meinung nach überhaupt keine dokumentierten MRT-Fälle in der Literatur zu finden sind.

Werden Ihre Konzepte auch durch andere Studien unterstützt?

Grundsätzlich ja. Es gibt aber sehr unterschiedliche Datenlagen zu den einzelnen funktionskieferorthopädischen (FKO) Apparaturen. Vor allem hinsichtlich anderer FKO-Apparaturen gibt es in der Literatur nur MRT-Daten für den Functional Mandibular Advancer (Kinzinger et al. 2006), während ansonsten lediglich für Herbst-Patienten Daten zur Verfügung stehen. Aber die Herbst-Studien, die es in der Literatur gibt (Ruf 2003; Ruf und Pancherz 1998, 2000; de Arruda Aïdar et al. 2006, 2009, 2010), untermauern weitestgehend die Möglichkeit, par-



Veränderung der Diskus-Kondylus-Relation durch Herbst-Behandlung (Ruf und Pancherz 2000). Angegeben ist die Anzahl der magnetresonanztomografisch dokumentierten Kiefergelenke mit normaler Diskus-Kondylus-Relation, PDDwR (partieller Diskusverlagerung mit Reposition), TDDwR (totaler Diskusverlagerung mit Reposition) und TDDnoR (totaler Diskusverlagerung ohne Reposition) zu den Untersuchungszeitpunkten vor Behandlung, nach Herbst-Behandlung und nach Multibracketbehandlung.



Veränderung der Diskus-Kondylus-Relation durch Herbst-Behandlung (de Arruda Aidar et al. 2009). Angegeben ist die Anzahl der magnetresonanztomografisch dokumentierten Kiefergelenke mit normaler Diskus-Kondylus-Relation, TDDwR (totaler Diskusverlagerung mit Reposition) und transversaler Diskusverlagerung zu den Untersuchungszeitpunkten vor Behandlung und unmittelbar nach Herbst-Behandlung. Partielle Diskusverlagerungen kamen in diesem Patientenkollekt nicht vor.

Veränderung der Diskus-Kondylus-Relation durch Functional Mandibular Advancer (FMA) Behandlung (Kinzinger et al. 2006). Angegeben ist die Anzahl der magnetresonanztomografisch dokumentierten Kiefergelenke mit normaler Diskus-Kondylus-Relation, PDDwR (partieller Diskusverlagerung mit Reposition), TDDwR (totaler Diskusverlagerung mit Reposition) und TDDnoR (totaler Diskusverlagerung ohne Reposition) zu den Untersuchungszeitpunkten vor Behandlung und nach FMA.

tielle Diskusverlagerungen zu reponieren, während es für totale tatsächlich leider nicht möglich zu sein scheint. Aber es gibt auch Ausnahmen, in denen die Reposition auch partieller Diskusverlagerungen nicht geglückt ist, womit man meiner Meinung nach auch rechnen muss. Denn bei einer nicht okklusalen Ursache für die Diskusverlagerung – vor allem wenn der kausale Faktor persistiert – gibt es keinen Grund zur Annahme, dass wir mittels okklusaler Veränderungen erfolgreich eingreifen können.

Welche Parameter sind Ausschlusskriterien für die Reposition eines Diskus mit dem Herbst-Scharnier?

Hier stellt sich die Frage, im Hinblick auf was Ausschlusskriterien gesucht werden. Grundsätzlich sind mir keine Daten aus der Literatur bekannt, die mit anderen therapeutischen non-chirurgischen oder auch chirurgischen Maßnahmen objektiv magnetresonanztomografisch dokumentieren, dass total verlagerte Disci dauerhaft reponiert werden können. Nichtsdestotrotz würde ich eine totale Diskusverlagerung nicht als Kontraindikation sehen, zumal diese Patienten zwar ihre Diskusverlagerung behalten, aber aus klinischer Sicht regelmäßig funktionelle Verbesserungen (z. B. vergrößerte Mundöffnung, Schmerzreduktion) zeigen. Es ist aber essenziell, dass man den Patienten wirklich auch konkret über die Möglichkeiten und Grenzen unserer therapeutischen Einflussnahme aufklärt. Und hier vor allem schriftlich dokumentiert, dass man das Knackgeräusch nicht behandeln kann, denn gerade dies scheint der

Erinnerung der Patienten mit 100%iger Sicherheit zu entweichen.

Ansonsten sind sicherlich die allgemeinen Ausschlusskriterien für eine Herbst-Apparatur zu berücksichtigen. Das sind Patienten, die vor Behandlung bereits starke Proklinationen im Bereich der Unterkieferfront aufweisen und natürlich Patienten, die parodontale Probleme haben, sodass eine entsprechende kieferorthopädische Behandlung mit Kräften, wie sie bei der Herbst-Apparatur wirken, ausgeschlossen sein könnte. Klar ist auch, dass ein Diskusrepositionsversuch mittels Herbst-Behandlung so wieso nur bei Klasse II-Patienten indiziert ist.

Was halten Sie von der gelegentlich geäußerten Meinung einiger Kollegen, dass Diskusverlagerungen nicht behandelt werden können bzw. müssen?

Ich denke, es gibt klinische Situationen – wie auch schon im Vortrag benannt –, in denen wir totale Diskusverlagerungen mit oder ohne Reposition vorfinden, die wir tatsächlich nicht erfolgreich im Sinne einer Diskusreposition behandeln können. Eine entsprechende Indikation für andere Therapieformen – sei es konservativ oder chirurgische – sehe ich aber nur, wenn mit der Diskusverlagerung schmerzhafte funktionelle Einschränkungen verbunden sind oder die Lautstärke des Knackgeräusches zum psychosozialen Problem für den Patienten wird.

Klar ist für mich persönlich aber, dass ich bei meinen Patienten auch bei eingeschränkter Prognose immer versuchen werde, Diskusver-

lagerungen zu reponieren, wenn dies mit kleinen therapeutischen Abweichungen vom Standardbehandlungsplan möglich ist. Mit anderen Worten, bei einem Klasse II-Patienten mit Diskusverlagerung werde ich immer zu einer Herbst-Apparatur statt zu herausnehmbaren funktionskieferorthopädischen Geräten raten, für die bisher objektiv-magnetresonanztomografisch keinerlei Diskusrepositionserfolge in der Literatur dokumentiert sind.



Kurzvita

Prof. Dr. Sabine Ruf
[Autoreninfo]

Adresse

Univ.-Prof. Dr. Sabine Ruf
Direktorin Poliklinik für Kieferorthopädie
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Justus-Liebig-Universität Gießen
Schlangenzahl 14
35392 Gießen
Tel.: 0641 9946121
Fax: 0641 9946119