

Cranio-mandibuläre-Dysfunktion CMD

Die Diagnose Craniomandibuläre Dysfunktion wird gestellt, wenn beim Patient, bezogen auf das craniomandibuläre System, die 3 Leitsymptome festgestellt werden können:

1. Schmerz
2. Bewegungseinschränkung der Kieferbewegungen
3. Gelenkgeräusche (Knacken, Reiben und Haken)

Diese Symptome treten bei den Funktionen des Kauorgans auf, beim Öffnen der Kiefer, beim Abbeißen, Kauen, Sprechen, Gähnen und Schlucken. Je nach Ausprägung der Symptome sind die Patienten mäßig bis hochgradig beeinträchtigt.

Anamnestische Angaben, strukturelle und funktionelle Untersuchungen sind die ausschlaggebenden Tests, mit deren Erhebung und Bewertung die Diagnose heute gestellt werden kann.

Bildgebende Verfahren alleine reichen nicht aus, die Diagnose zu stellen. Diese tragen aber maßgeblich dazu bei, eine Aussage über den Zustand der beteiligten Strukturen zu geben.

So wird eine „Dysfunktion“ mit Hilfe von Symptomen und nicht aufgrund gut fundierter Ätiologien definiert.

Im letzten Jahrhundert entstanden multiple ätiologische Theorien aus der Sicht des „Betrachters“ heraus, die entsprechend ihren ätiologischen Vorstellungen oder Beobachtungen, bestimmte Symptome eingeschlossen oder ausgeklammert haben.(hier werden nur einige genannt),

klassische psychoanalytische Konzepte u.a. von Freud 1953, Moulton 1955a, Engel 1951, die Theorie der mechanischen Verlagerung der Kondylen in der Frontal-und Sagittalebene z.B. auf Grund von Verlust von Molaren und Prämolaren, ungenügender okklusaler Kontakt in der Molarenregion, Frühkontakte mit Seitenabweichungen oder Rotation des Unterkiefers (Gerber 1971, Kundert und Palla 1977), die neuromuskuläre Theorie, die die funktionelle Disharmonie im Fokus sehen zwischen der Okklusion der Zähne und den Kiefergelenken (Helkimo 1974), die Muskeltheorie, die als primären ätiologischen Faktor das Ungleichgewicht der Kau-, Kopf- und Nackenmuskulatur annimmt. (Kraus, 1963, 1966)

Tabelle 1:Die Ursachen, die zur Entstehung der CMD führen sind vielfältig. Wir haben es hier mit einer muskulo-skelettalen Erkrankung zu tun, die auch mit Gewebsschäden

einhergehen kann. Unterhaltende, beitragende und auslösende Faktoren sind nicht bei jedem Patienten gleich. So kann bei dem einen Patient ein unterhaltender Faktor zur Symptomatik eine immer wiederkehrende Gewohnheit das Zähneknirschen sein, beim anderen Patient die immer wiederkehrende Ermüdung der Muskulatur durch einseitige Haltung während der Arbeit bei mangelnder Achtsamkeit für erholende Haltungen. Fehlende okklusale Abstützung im Seitenzahnbereich ist für den einen Patient ein beitragender Faktor, für den anderen ein auslösender Faktor für das Auftreten der CMD Symptome. Die Patienten werden diese fehlende Abstützung unterschiedlich einschätzen und unterschiedlich bewerten im Bezug zur Unterhaltung bzw. zur Veränderung ihrer Beschwerden.

Endogene Faktoren wie z.B. rheumatische Disposition können die Strukturen alleine schon schädigen. Kommen psychosoziale Faktoren dazu, die mit muskulären Hyperaktivitäten einhergehen, können sich die einwirkenden Kräfte verstärken. Eine gute Verarbeitungsfähigkeit der psychoemotionalen Faktoren und ausreichende Achtsamkeit der Patienten für sich, ist ein gute Voraussetzung, die einwirkenden Kräfte zu minimieren und somit die Entstehung oder Unterhaltung der CMD-Symptomatik zu entschärfen. Ursachen für Gewebsschäden können zum einen exzessive Kräfte sein. Die Verletzung der Gewebe ist abhängig vom Zustand der Gewebe, der Einwirkzeit der schädigenden oder überlastenden Mechanismen, ihren Adaptations- bzw. Kompensationsfähigkeiten auf einwirkende Kräfte.

Genauso wenig wie es DIE Ursache für CMD gibt, gibt es auch nicht DIE Behandlung von CMD. Es gibt viele Behandlungsansätze und jede Behandlungsmeinung kann wahrscheinlich einen Behandlungserfolg für sich beanspruchen.

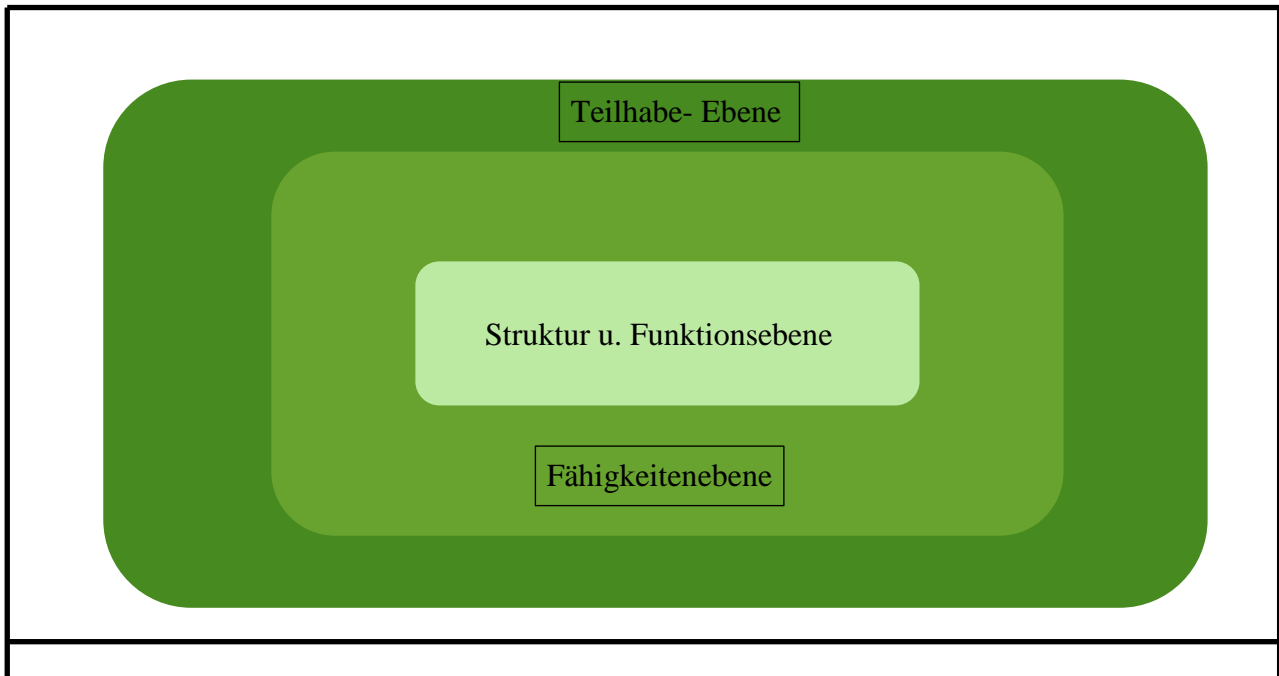
Der häufigste Grund, warum ein Patient einen Arzt aufsucht, ist zweifellos der Schmerz und dieser Behandlungsgrund steht auch an oberster Stelle.

Da der Schmerz nicht immer an der Stelle auftritt, wo die ursächliche Struktur liegt, die den Schmerz verursacht, haben Patienten oft eine Odyssee an Untersuchungen hinter sich. Schmerzen im Ohr führen den Patient zum Ohrenarzt, Schmerzen am Kopf, im Gesicht u.U. zum Neurologen, Schmerzen an den Zähnen zum Zahnarzt. Wenn die Fachärzte keine Fehlfunktion der untersuchten Organe finden, wird der Patient als „nicht erkrankt“ entlassen. Eigentlich ein gutes Ergebnis, aber im Bezug zur Symptomatik ist das Ergebnis für den Patient unzureichend. Der Faktor Angst kommt als beitragender oder unterhaltender Faktor bei der Symptomatik dazu.

Wir Therapeuten haben einen verantwortungsvollen Auftrag in der Behandlung der Patienten mit CMD.

Umfeld

Umwelt



Umfeld

Umwelt

biopsychosoziales Konzept

Der Patient erreicht die Praxis eines Manualtherapeuten mit einer Heilmittelverordnung von seinem überweisenden Arzt.

Die Untersuchung in der Manuellen Therapie gliedert sich in folgende Stufen:

1. Struktur- und Funktionsanalyse: durch die Auswertung der Anamnese und durch gezielte differenzierende Belastungen der Strukturen ermittelt die Manualtherapeutin die schmerzhafte Struktur des Patienten. Spezielle Bewertungskriterien stehen einem geschulten CMD Therapeuten zur Verfügung, um die Belastungsfähigkeit und die Defizite dieser Struktur zu ermitteln, die dann in der Therapie so gut wie möglich aufgearbeitet werden sollen. (Struktur- und Funktionsebene). Welche beitragenden oder unterhaltenden Faktoren triggern diese Symptomatik. Hierzu bewertet die Therapeutin insbesondere die unmittelbar angrenzende Hals-, Brustwirbelsäule- und Schultergürtelregion auf ihre Funktion, Mobilität und Belastungsfähigkeit. Mangelnde Aufrichtung der Brustwirbelsäule, sei es auf Grund von konstitutionellen Bedingungen, insuffizienter

Extensionsmuskulatur oder auch nur durch Gewohnheit eingenommen, führen zwangsläufigen Reaktionen: den Schultergürtel in Protraktionsstellung, den Kopf in eine Anteversionsstellung zum Brustkorb, was für die Kopfgelenke eine vermehrte Extensionstellung verlangt. Die Mm. suboccipitales werden subito zu Haltemuskeln des Schädels eingesetzt, obwohl ihre eigentliche Aufgabe die Feinsteuerung des Kopfgelenkbereiches ist. Mit Schwerarbeit ohne ausreichende bzw. rechtzeitige Erholung fristen sie ihr Dasein. Veränderung der Schädelbewegungen im Raum beeinflussen die Lage der Mandibula zur Maxilla.

Extension des Occiput

2. Welche Fähigkeiten möchte der Patient wieder erreichen.

In der Manuellen Therapie arbeiten wir in der Therapie vorrangig auf der Ebene Struktur und Funktion. Identifizierung schmerzhafter konsistenz erhöhter Kau-, Zungenbein-, suboccipitaler- und Schultergürtelmuskulatur, schmerzhafter hypo- oder hypermobile Kiefergelenke, Differentialdiagnostik der Schmerzen in die Strukturen Gelenk, Muskulatur und Nervengewebe, Regiondifferenzierung Kiefer/ HWS, erlernen die Therapeuten im Modul Cranio-Mandibuläre-Dysfunktion (Grundkurs) bei Ima Feurer innerhalb der Weiterbildung Therapeut für cranio-cervikale Syndrome (CCS).

Die Klassifizierung der CMD Diagnostik nach dem Konzept Schiffmann et al von 2014 als weiterführende Klassifizierung der RCD/ TMD von LeResche und Dvorkin 1992 geben uns einen wertvollen Überblick. Der Einzug der Schmerzdifferenzierung, wie sie schon lange in der Manuellen Therapie praktiziert wird, hält hier bei Schiffmann et al. erstmals ihren Einzug.

Weiterführend stellt sich uns Manualtherapeuten die Frage, wie erreichen wir den Patient auf den anderen Ebenen wie Fähigkeit und Participation (International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF), WHO 2001) Tabelle 2

Diese Frage stellen wir uns im Aufbaukurs CMD im Rahmen der CCS Weiterbildung.

„Die ICF ist wie die ICD-10 ein Teil der WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen. Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF die Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe.“(Quelle: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>)

Tabelle 2.



(Quelle: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>)

Quellen:

1. Zarb, G., Carlsson, G. E. Physiologie und Pathologie des Kiefergelenkes Quintessenz Verlags-GmbH 1985
2. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandibular Disorder: Facial and Oral Pain 1992; 6:301-355
3. Schiffman E., Ohrbach R., u. a.: Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group?. In: Journal of oral & facial pain and headache. Band 28, Nummer 1, 2014, S. 6–27,
4. Türp, J.C., Orofazialer Schmerz, Schmerz 2002 16:337-338, Springer Verlag 2002
5. www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm