

myoDontix

DDr. Biedermann Rainer, MSc

Patscherstrasse 18

6080 Igls

Austria

Abstract ICCMO 24.-25. März 2023

Fallbeispiel einer 20-jährigen Patientin

Vorbefund:

Die Patientin hatte bereits eine kieferorthopädische Therapie durch einen anderen Vorbehandler wegen einer Nichtanlage 12 & 22. Ausgleichsextraktion im Unterkiefer von 34 und 44 wurden damals durchgeführt.

Subjektiven Beschwerden des Patienten, die zum Verdacht auf CMD führten?

Die Patientin wies deutliche Kopf-, Kiefer- sowie Nackenschmerzen auf. Diese waren in der Früh am stärksten wurden aber auch untertags nicht besser. Die Patientin wurde vorab von einem anderen Zahnarzt mit einer Aufbiss-Schiene versorgt, die aber nur bedingt half. Physiotherapeutische Ansätze waren zu diesem Zeitpunkt auch schon vollkommen ausgeschöpft.

Welche objektiv nachvollziehbaren Befunde (Beobachtungen, Messungen) wurden erhoben?

Muskuläre Untersuchung:

Msc. Masset.: beidseits schmerzhaft; / Msc. sternocleidomast. beidseits schmerzhaft / Msc. trapezius beidseits schmerzhaft;

Funktionelle Analyse:

Der Unterkiefer wich deutlich nach links ab, was ein sporadisches Knacken links mit gelegentlicher Kieferklemme nach sich zog. Der Patientin gelang es aber immer wieder durch Ausgleichsbewegung die Blockade im Unterkiefer zu lösen.

Grenzbewegungen:

Max. Öffnung: 25mm; Protrusion: 9mm; Laterotrusion rechts: 7mm; Laterotrusion links: 12mm;

Zahnstellung:

Die Oberkieferzahnachsen im Bereich der Prämolaren und Molaren erhärten den Verdacht einer funktionellen Abweichung. In Q1 stehen die Zähne steiler und in Q2 flacher eingestellt. Dieser Umstand wird in myozentrischer Bisslage nochmals deutlicher.

Zu welcher Einschätzung gelangten Sie?

Aufgrund der funktionellen Abweichung des Unterkiefers, der muskulären Symptomatik, der dentalen Situation und der vorangegangenen Extraktionstherapie lag der Verdacht einer Bissbeteiligung an den Beschwerden nahe.

Nach Erstellung der Planungsunterlagen und einer ersten TENS-Anwendung in Kombination mit einem freeBite wurde die myozentrische Bisslage bestimmt, die anfangs sehr abenteuerlich zumutete. Nach Austestung dieser mittels Myoelektroden und positiven Ansprechens der Patientin auf die Therapie, sah ich meinen Anfangsverdacht bestätigt.

Welcher Plan wurde für die Behandlung erstellt? Musste dieser Plan unterwegs abgeändert werden, wenn, warum?

Die Patientin wurde ca. 1 Jahr lang mittels Schienentherapie und TENS-Behandlungen therapiert.

Anschließend wurde auf Wunsch der Patientin eine kieferorthopädische Umstellung eingeleitet, da die Schienenposition zu stark von der habituellen Bisslage abwich und die Patientin 24h auf die Schiene angewiesen war.

Während der Therapie kam es immer wieder zu Anpassungen der Aufbissschienen im Unterkiefer. Danach mussten wir die Schiene in das Oberkiefer wechseln, da im Unterkiefer die kieferorthopädische Therapie startete.

Die kieferorthopädische Therapie läuft seit 10.2020.

Was war das Resultat der Behandlung?

Da die Therapie noch im vollen Gange ist, kann ich an dieser Stelle nur Teilresultate nennen.

- Die Patientin ist schmerzfrei und kann sogar untertags auf die Schiene verzichten.
- Die Zahnachsen wurden so ausgerichtet, dass der Unterkiefer aus der Zwangshaltung befreit werden konnte. Der Unterkiefer konnte sich durch die kieferorthopädischen Maßnahmen um ca. 2mm weiter nach rechts einstellen.
- Die Patientin kann untertags sogar auf die Schiene verzichten.
- Deutlich verbesserte Mundöffnung > 40mm.