

Alexandra Scherer

Dr. med. dent.

Nachuntersuchung von Patienten mit operativ/funktionell und konservativ/funktionell behandelten Kollumfrakturen

Geboren am 18.08.1976 in Aachen

(Staats-) Examen am 06.07.2004 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Doktorvater: OA PD Dr. Dr. Christof Hofele

Ziel dieser Studie war es, die Funktion der Kiefergelenke nach konservativ/funktioneller und operativ/funktioneller Therapie der Kollumfrakturen zu untersuchen.

Folgende Ziele wurden vor diesem Hintergrund gesetzt:

- Vergleich der jeweiligen Therapien in Hinblick auf die Funktion der Kiefergelenke mit Berücksichtigung und Differenzierung zwischen muskulärer und gelenkbezogener Diagnose
- Erfassung objektiver und subjektiver Beschwerdesymptomatiken als Folge der jeweiligen Fraktur unter Berücksichtigung einer psychosozialen Charakterisierung und Schmerzerfassung

Die Patienten wurden schriftlich zu einem Nachuntersuchungstermin gebeten und gemäß der Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) von einem kalibrierten Behandler untersucht. Die RDC/TMD berücksichtigen Kiefergelenkschmerzen und- Geräusche und beinhalten die extra- und intraorale Palpation der Kaumuskeln bei einem definierten Druck, sowie die Messung der Unterkieferbeweglichkeit in der vertikalen und lateralen Dimension und sind daher aufgrund dieser exakt beschriebenen Methodik und einer festgelegten Systematik für Studienzwecke besonders gut geeignet.

Bei der Untersuchung der Mundöffnungsbewegung wiesen aus der konservativen Gruppe (n=31) 2 Patienten (6%) eine Deflektion nach rechts und 4 Patienten (13%) nach links auf. Weitere 3 Patienten (10%) zeigten eine Deviation nach rechts. Aus der operativen Gruppe wiesen 3 Patienten (33%) eine Deflektion nach rechts und 1 Patient (11%) eine Deviation nach rechts jeweils zur therapierten Seite auf. Nimmt man für eine aktive Kieferöffnung einen Richtwert von 40 mm für Erwachsene, so wiesen in der konservativen Gruppe bei der aktiven maximalen Öffnung ohne Schmerzen 8 Patienten (26%) eine Mundöffnung unter 40 mm auf. Bei der aktiven maximalen Öffnung wiesen 6 Patienten (19%) einen Wert unter 40 mm auf und 6 Patienten (19%) lagen bei der passiven Mundöffnung unter dem Richtwert. Diese Einschränkung der Mundöffnung wirkte nur auf einen Patienten störend (Frakturtyp I mit beidseitiger Kollumfraktur).

Nach der Klassifikation von Spiessl B. und Schroll K. (1972) lag bei diesen erwähnten Patienten insgesamt einmal eine Fraktur des Typs I vor, zweimal Typ II, viermal Typ III und einmal der Frakturtyp IV vor.

In der operativen Gruppe (n=9) wiesen 2 Patienten sowohl bei der aktiven maximalen Öffnung ohne Schmerzen als auch bei der aktiven Öffnung sowie bei der passiven maximalen Öffnung Werte unter 40 mm auf. Weitere 2 Patienten dieser Gruppe zeigten ausschließlich bei der aktiven maximalen Öffnung ohne Schmerzen eine Mundöffnung unter 40mm. Das entspricht einem prozentualen Anteil von je 22 %.

Bei den operativ therapierten Patienten mit Mundöffnungseinschränkung lag jeweils eine Fraktur des Typs II vor.

Eine Hypermobilität der Kondylen (ab 60mm) lag bei nur bei einem der untersuchten Patienten aus der konservativen Gruppe vor.

Die Achse I (klinische Untersuchung) unterschied sich nicht im Mann-Whitney-Test zwischen der konservativ/funktionellen und operativ/funktionellen Gruppe. Es ließ sich kein bedeutender Effekt nachweisen.

Achse I/Gruppe I (Muskuläre Funktionsstörung) zeigte 1 Patienten (3%) aus der konservativ versorgten Gruppe (Gruppe 0) mit myofascialem Schmerz und einen Patienten (3%) mit myofascialem Schmerz kombiniert mit einer Öffnungseinschränkung.

Aus der operativen Gruppe (Gruppe 1) wies nur 1 Patient (11%) myofascialen Schmerz auf. Die übrigen Patienten ließen sich keiner Gruppe I Diagnose zuordnen.

Achse I/Gruppe II (Diskusverlagerungen) wies 1 Patienten mit Diskusverlagerung mit Reposition auf der rechten Seite aus der operativen Gruppe auf (11%) und 1 Patienten

(3%) mit Diskusverlagerung ohne Reposition mit Öffnungseinschränkung aus der konservativen Gruppe. Die restlichen Patienten waren keiner Gruppe II Diagnose zuzuordnen.

In der Achse I/Gruppe III (Andere) ließen sich alle Patienten der konservativen und operativen Gruppe keiner Gruppe III Diagnose zuordnen.

In Bezug auf das Achse II Profil (psychosoziale Charakterisierung und Schmerzerfassung) ergab die Auswertung des chronischen Schmerz Status, dass aus der konservativen Gruppe 4 Patienten Grad I und 3 Patienten Grad II aufwiesen. Aus der konservativen Gruppe war es ein Patient mit Grad II.

Die Untersuchung der Allgemeinen Depressionsskala ergab bei nur 1 Patienten (4%) aus der konservativ therapierten Gruppe die Kategorie abnorm.

Bezüglich der Somatisierungsskala ergab sich bei 1 Patienten aus der konservativen Gruppe die Einteilung sicher abnorm, bei 3 Patienten fraglich abnorm. Aus der operativen Gruppe ließ sich 1 Patient in die Kategorie sicher abnorm und 1 Patient fraglich abnorm einteilen.

Die Auswertung der Einschränkungen durch Gelenk- /Muskelprobleme ergab, dass sich insgesamt 35 % der konservativen Patientengruppe durch Gelenk- oder Muskelprobleme beeinträchtigt fühlte.

In der operativen Gruppe fühlten sich 22 % dieser Patientengruppe beeinträchtigt.

Postoperative Komplikationen wie die z.B. in der Literatur oft erwähnte Facialisschädigung konnte in dem operativ/funktionell behandelten Patientengut nicht festgestellt werden.

Abschließend kann als Ergebnis dieser Studie festgehalten werden, dass sowohl mit der konservativ/funktionellen als auch der operativ/funktionellen Therapie bei dem vorliegenden Patientengut eine klinisch akzeptable Wiederherstellung der Gelenkfunktionen erreicht werden konnte. Es ließ sich kein bedeutender Unterschied im Vergleich der beiden Gruppen zueinander feststellen.