

Das schmerzhafte Kiefergelenk = L'articulation temporo-mandibulaire douloureuse

Autor(en): **Türp, Jens Christoph**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **50 (2014)**

Heft 3

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929038>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Das schmerzhafte Kiefergelenk

L'articulation temporo-mandibulaire douloureuse

PROF. DR. MED. DENT. JENS CHRISTOPH TÖRP

Die häufigsten Ursachen von Kiefergelenkschmerzen sind Überlastungen aufgrund von Makro- und Mikrotraumata. Bei rheumatischen Schmerzen sollten die Kiefergelenke immer in die Befundaufnahme eingeschlossen werden. Die Diagnostik und Therapie folgen den aus der Rheumatologie und Schmerzmedizin bekannten Prinzipien, weisen aber einige kieferbezogene Besonderheiten auf.¹

Die Kiefergelenke, immerhin die meistbewegten Gelenke des menschlichen Körpers, zählen in der ärztlichen Praxis zu den «vergessenen Gelenken». In der Zahnmedizin standen traditionell die anatomischen und funktionellen Besonderheiten dieser paarigen Synovialgelenke im Mittelpunkt: beiderseits Unterteilung in zwei Gelenkkammern durch einen Diskus, bilaterale funktionelle Koppelung über die elastische Unterkieferspanne, erstaunliche Komplexität an Unterkieferbewegungen, Begrenzung und Beeinflussung derselben durch die Stellung und Form der Zähne (Abbildung 1 a + b).

Les causes les plus fréquentes de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire sont des surcharges liées à des macrotraumatismes et à des microtraumatismes. En cas de douleurs rhumatismales, les articulations temporo-mandibulaires devraient toujours être incluses dans l'évaluation. Le diagnostic et le traitement suivent les principes reconnus de rhumatologie et de médecine de la douleur, mais se réfèrent cependant à quelques particularités liées à la mâchoire¹.

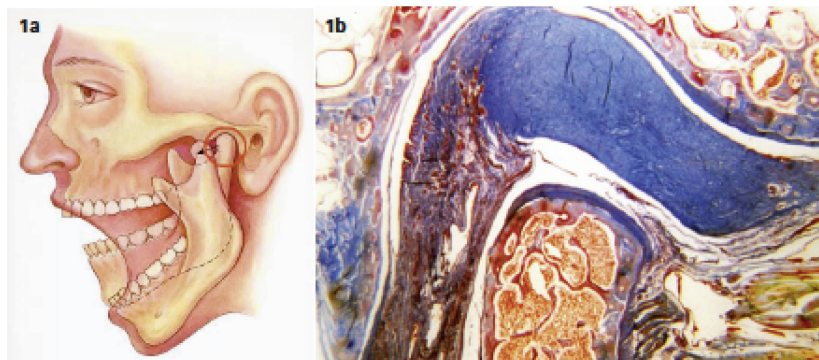
Les articulations temporo-mandibulaires, qui sont tout de même les articulations les plus mobilisées du corps humain, font partie des «articulations oubliées» dans la pratique médicale. Les particularités anatomiques et fonctionnelles de cette paire d'articulations synoviales occupaient traditionnellement une place centrale dans la médecine dentaire: subdivision bilatérale en deux compartiments articulaires séparés par un disque; jonction fonctionnelle bilatérale assurée par l'arcade mandibulaire élastique; complexité surprenante des

¹ Dieser Beitrag ist erstmals im Schweizerischen Medizin-Forum erschienen: Schweiz Med Forum 2012; 12 (44): 846-850.

¹ Cet article est paru précédemment dans Forum Médical Suisse/Schweiz Med Forum 2012; 12 (44): 846-850.

Abbildung 1a: Die Kondylen, die bewegliche Anteile der Kiefergelenke, bewegen sich bei der Kieferöffnung entlang des Tuberculum articulare nach ventro-kaudal. | **Figure 1a:** Les condyles, partie mobile des articulations temporo-mandibulaires, se déplacent dans la direction ventro-caudale le long du tubercule articulaire lors de l'ouverture de la mâchoire.

Abbildung 1b: Histologischer Schnitt durch ein rechtes Kiefergelenk: Zu erkennen sind der Kondylus und die Gelenkflächen des Os temporale (Tuberculum articulare) und der dazwischen liegende Discus articularis (blau). | **Figure 1b:** Coupe histologique d'une temporo-mandibulaire droite: on distingue le condyle et les surfaces articulaires de l'os temporal (tubercule articulaire) ainsi que le disque articulaire situé entre deux (bleu).



In letzter Zeit wurden häufiger die Gemeinsamkeiten mit anderen Gelenken betont [1–2]. Dies führte dazu, dass ehemals verbreitete riskante und aggressive Massnahmen zur Therapie schmerzhafter Kiefergelenke mehr und mehr durch Vorgehensweisen verdrängt wurden, die in der Medizin zur Behandlung von Gelenkschmerzen üblich sind.

Epidemiologie

In einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Untersuchung an 4290 Frauen und Männern in Vorpommern (SHIP-Studie) berichteten knapp 3 Prozent der Befragten über Kiefergelenkschmerzen («manchmal»: 2,3%, «oft»: 0,3%, «immer»: 0,1%) [3]. In einer schwedischen Studie lag die Einjahres-Inzidenz von Kiefergelenkschmerzen bei 8 Prozent [4]. Wie unter anderem von den Hüft-, Knie-, Daumensattel-, Finger- und Grosszehengrundgelenken bekannt [5], sind auch hinsichtlich der Kiefergelenke Frauen öfter von Schmerzen betroffen als Männer [6].

Symptome

Kiefergelenkschmerzen lassen sich vom betroffenen Patienten relativ genau angeben: Typischerweise deutet er mit dem Zeigefinger auf den entsprechenden, in der Regel eng umschriebenen präaurikulären Bereich (*Abbildung 2*). Bisweilen kommt es jedoch zu einer Fehllokalisierung, sodass der Schmerz in anderen anatomischen Strukturen wahrgenommen wird (z. B. im Ohr oder M. masseter) [8].

Kiefergelenkschmerzen werden typischerweise als stechend, spitz, scharf oder ziehend beschrieben. Schmerzauflösend oder -verstärkend wirken Unterkieferbewegungen respektive Gelenkbelastungen (z. B. weite Kieferöffnung beim Gähnen oder Abbeissen und Kauen harter, zäher Speisen) sowie eine periartikuläre Palpation [9].

Einige Patienten weisen schmerzbedingt eine eingeschränkte Unterkieferbeweglichkeit auf. Dies betrifft vor allem die Kieferöffnung [9], aber auch die Kaudynamik und die Beisskraft [9–10]. Bei stärkeren Beschwerden wird der Unterkiefer in einer Schonhaltung weiter anterior positioniert als gewöhnlich. Dadurch können beim Kieferschluss okklusale Vorkontakte auftreten [11]. Bei akuten Entzündungen mit starkem Gelenkguss wird der Kondylus der betroffenen Seite nach kaudal verlagert, sodass die Seitenzähne auf dieser Seite keine Okklusionskontakte mehr aufweisen [12], was von den Patienten als unangenehm empfunden wird. Verringern sich die Schmerzen, ist eine deutliche Besserung all dieser Befunde zu erwarten [10].

Bei persistierender Kiefergelenkarthralgie ist die Wahrscheinlichkeit besonders hoch, dass weitere Körperregionen schmerzhaft sind [13–14]. Zudem ist mit zunehmender Dauer die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass auch psychologische und

mouvements mandibulaires; limitation des mouvements mandibulaires et influence sur les mouvements mandibulaires par la position et la forme des dents (*figure 1 a + b*).

Ces derniers temps, l'accent a davantage été mis sur les points communs avec les autres articulations [1–2]. Dès lors, les mesures risquées et agressives pratiquées autrefois pour le traitement des articulations temporo-mandibulaires douloureuses sont de plus en plus remplacées par des approches qui sont usuelles en médecine pour le traitement des douleurs articulaires.

Epidémiologie

Dans une étude épidémiologique représentative de la population conduite en Poméranie occidentale et qui incluait 4290 femmes et hommes (étude SHIP), à peine 3% des personnes interrogées ont rapporté des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire («parfois»: 2,3%, «souvent»: 0,3%, «tousjours»: 0,1%) [3]. Dans une étude suédoise, l'incidence à 1 an des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire était de 8% [4]. Tout comme pour les articulations de la hanche, du genou, de la base du pouce, des doigts et de la base du gros orteil [5], les femmes souffrent aussi plus fréquemment que les hommes de douleurs des articulations temporo-mandibulaires [6].

Symptômes

Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire peuvent être localisées de façon relativement précise par le patient: typiquement, il pointe son index vers la zone pré-auriculaire correspondante, généralement étroitement circonscrite (*figure 1*). Cependant, il arrive parfois que la douleur soit perçue dans d'autres structures anatomiques (par ex. dans l'oreille ou dans le muscle masséter) [8].

Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire sont typiquement décrites comme des douleurs lancinantes, aiguës, vives ou irradiantes. Ces douleurs sont déclenchées ou exacerbées par les mouvements mandibulaires et par les contraintes articulaires (par ex. large ouverture de la mâchoire lorsque le sujet bâille ou lorsqu'il croque et mâche des aliments durs), ainsi que par une palpation péri-articulaire [9].

Certains patients présentent une mobilité mandibulaire réduite liée aux douleurs qui affecte avant tout l'ouverture de la mâchoire [9], mais également la dynamique masticatoire et la force de morsure [9–10]. En cas de symptômes plus sévères, la mandibule est placée dans une position de repos, plus antérieure que d'habitude. Des contacts occlusaux prématurés peuvent alors se produire lors de la fermeture de la mâchoire [11]. En cas d'inflammations aiguës avec épanchement articulaire important, le condyle du côté concerné est déplacé en direction caudale, de sorte que les dents latérales



Abbildung 2: Patientin mit Schmerzen im rechten Kiefergelenk. | Figure 2: Patiente atteinte de douleurs dans l'articulation temporo-mandibulaire droite.

psychosoziale Befunde, wie Disstress, Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungsneigung, vorliegen [15–16]. Ungünstige Bewertungen (z.B. Katastrophisieren) der Schmerzsituation und ihrer Folgen können die Schmerzverarbeitung zusätzlich negativ beeinträchtigen [17]. Die Lebensqualität der Betroffenen ist daher häufig deutlich vermindert [18–20]. Zudem bestehen bei vielen Patienten Informationsdefizite über ihre Beschwerden [21].

Diagnosen

In der international verbreiteten Klassifikation der «Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders» (RDC/TMD) [22–23, deutsche Version: 24] werden zwei kiefergelenkbezogene Schmerzdiagnosen unterschieden: Arthralgie (Synovitis/Capsulitis [25]) und aktivierte Arthrose. Bei der aktivierten Arthrose handelt es sich um eine Arthralgie, bei der zusätzlich Krepitationsgeräusche und/oder arthrosetypische radiologische Befunde vorliegen, wie Osteophyten sowie ausgeprägte Schliefflächen im ventrokranialen Bereich des Kondylus und Abflachungen am posterioren Abhang des Tuberculum articulare [26]. Die Kriterien für die Diagnose «Kiefergelenkarthralgie» gemäss der seit kurzem vorhandenen «Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders» (DC/TMD)² sind in *Tabelle 1* zusammengefasst.

² Vollständiges Dokument online auf Englisch verfügbar, deutsche und französische Übersetzungen in Arbeit. www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/DCTMD.aspx

de ce côté ne présentent plus de contacts occlusaux [12], ce qui est désagréable pour le patient. On peut espérer une amélioration considérable de toutes ces anomalies peut être espérée en réduisant les douleurs [10].

En cas d'arthralgie persistante de l'articulation temporo-mandibulaire, la probabilité que d'autres régions du corps soient également douloureuses est particulièrement élevée [13–14]. Par ailleurs, la probabilité de problèmes psychologiques et psychosociaux, comme la détresse, la dépression, l'anxiété et la tendance à la somatisation, augmentent en proportion de l'allongement progressif de la durée de l'arthralgie [15–16]. Des évaluations défavorables (par ex. catastrophisme) de la situation douloureuse et de ses conséquences peuvent encore avoir des répercussions négatives supplémentaires sur la formation de la douleur [17]. Dès lors, la qualité de vie des personnes touchées est souvent nettement diminuée [18–20]. En outre, de nombreux patients ne sont pas suffisamment informés au sujet de leurs symptômes [21].

Diagnostics possibles

La classification internationale «Critères Diagnostiques de Recherche des Désordres temporo-mandibulaires» (CDR/DTM) [22–23], distingue deux diagnostics de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire: arthralgie (synovite/capsulite [25]) et arthrose activée. Cette dernière correspond à une arthralgie accompagnée de bruits articulaires (crépitations) et/ou d'anomalies radiologiques typiques de l'arthrose, comme des ostéophytes, ainsi que de vastes surfaces usées au niveau de la région crânio-ventrale du condyle et des aplatissements de la face postérieure du tubercule articulaire [26].

Les critères du diagnostic des «arthralgies de l'articulation temporo-mandibulaire» ont été précisé il y a peu dans le «Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders» (DC/TMD)²; ils sont résumés dans le *tableau 1*.

Causes

Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire sont considérées comme les conséquences d'altérations inflammatoires et/ou dégénératives non spécifiques ou spécifiques du tissu articulaire [27]. Les médiateurs inflammatoires du liquide synovial, incluant les prostaglandines, la sérotonine et les cytokines, jouent un rôle déterminant [28].

Les surcharges qui mettent à mal la capacité individuelle d'adaptation des articulations temporo-mandibulaires, sont

² La version intégrale anglaise du document est disponible sur Internet; une version allemande et française est en cours d'élaboration. www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/DCTMD.aspx

Beschreibung		Schmerzen im Kiefergelenkbereich, die durch funktionelle oder parafunktionelle Unterkieferbewegungen beeinflusst werden
		UND
		Replikation dieses Schmerzes im Rahmen der bei der klinischen Untersuchung durchgeführten Provokationstests
Klinik	Patientenbericht	Schmerzen im Kiefer, in der Schläfe, im Ohr oder vor dem Ohr
		UND
		Schmerz wird durch funktionelle oder parafunktionelle Unterkieferbewegungen modifiziert (in der Regel verstärkt)
	UND	
	Untersuchung	1. Bestätigung der Schmerzlokalisierung im Bereich eines oder beider Kiefergelenke
UND		
2. Patientenbericht, dass bei Durchführung von mindestens einem der folgenden Provokationstests der ihr/ihm bekannte Kiefergelenkschmerz auftritt:		
a. Palpation des lateralen Kiefergelenkpols		
		ODER
		b. maximale aktive oder passive Kieferöffnung, Unterkieferbewegung nach rechts oder links, oder Unterkiefervorschub
Validität		Sensitivität: 0,91; Spezifität: 0,96
Kommentar		Der Schmerz kann durch eine andere Schmerzdiagnose nicht besser klassifiziert werden

Tabelle 1: Klinisch-diagnostische Kriterien der Kiefergelenkarthralgie (ICD-9 524.62) gemäss der «Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders» (DC/TMD).

Ursachen

Kiefergelenkschmerzen werden als Folge unspezifischer oder spezifischer entzündlicher und/oder degenerativer Veränderungen der artikulären Gewebe angesehen [27]. Entzündungsmediatoren in der Synovialflüssigkeit, darunter Prostaglandine, Serotonin und Cytokine, spielen eine ausschlaggebende Rolle [28].

Die weitaus häufigste Ursache für Kiefergelenkschmerzen sind Überlastungen, welche die individuelle Anpassungsfähigkeit der Kiefergelenke überfordern [25, 29–30]. Zugrunde liegen entweder direkte oder indirekte Makrotraumata – zum Beispiel sehr weite Kieferöffnungen (aufgrund eines Gähnvorgangs, langer Behandlungssitzungen beim Zahnarzt oder einer Intubationsnarkose), heftiger Aufprall auf den Unterkiefer oder Schleudertrauma – oder über lange Zeiträume auf die Kiefergelenke einwirkende Mikrotraumata (z. B. Bruxismus³ [31–32]).

Eine Verschiebung des Discus articularis nach anterior (und lateral) ist bei beiden Traumaformen möglich. Man unterscheidet eine Diskusverlagerung mit Reposition (bei Kieferöffnung), die in der Regel mit (meist schmerzfreiem) Kiefergelenkknacken verbunden ist, von einer (knackfreien) Diskusverlagerung ohne Reposition, die oft von einer deutlich eingeschränkten Kondylusbeweglichkeit begleitet ist. Starke

de loin la cause la plus fréquente de douleurs des articulations temporo-mandibulaires [25, 29–30]. Elles résultent de macro-traumatismes directs ou indirects, comme une très large ouverture de la mâchoire (en raison d'un bâillement, de longues séances de traitement chez le dentiste ou d'une anesthésie par intubation), un choc violent au niveau de la mandibule, un traumatisme d'accélération crânio-cervicale ou de microtraumatismes exercés durant longtemps sur les articulations temporo-mandibulaires (par ex. bruxisme³ [31–32]).

Un déplacement du disque articulaire vers l'avant (et le côté) est possible dans les deux formes de traumatismes.

Il convient de faire la distinction entre un déplacement discal avec réduction (lors de l'ouverture mandibulaire), qui s'accompagne en règle générale d'un claquement articulaire, le plus souvent indolore, et un déplacement discal sans réduction (sans claquement), qui s'accompagne souvent d'une mobilité très réduite du condyle. En cas de déplacement du disque sans réduction, de vives douleurs, surviennent avant tout au stade aigu et particulièrement en cas d'ouverture forcée de la mâchoire.

Des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire peuvent également faire leur apparition au cours de maladies articulaires systémiques, le plus souvent en cas de polyarthrite rhumatoïde: les articulations temporo-mandibulaires

³ Bruxismus: Zähneknirschen und/oder Kieferpressen.

³ Bruxisme: grincement des dents et/ou serrement des mâchoires.

Description		Douleurs dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire, qui sont influencées par les mouvements mandibulaires fonctionnels ou para-fonctionnels
		ET
		Réplication de ces douleurs dans le cadre du test de provocation réalisé lors de l'examen clinique
Clinique	Plaintes du patient	Douleurs de la mâchoire, de la tempe, dans l'oreille ou devant l'oreille
		ET
		Les douleurs sont influencées (généralement exacerbées) par les mouvements mandibulaires fonctionnels ou para-fonctionnels
	ET	
	Examen	1. Confirmation de la localisation de la douleur au niveau d'une ou des deux articulations temporo-mandibulaires
ET		
2. Signalement du patient que la douleur de l'articulation temporo-mandibulaire qu'il connaît survient lors de la réalisation d'au moins un des tests de provocation suivants:		
a. Palpation du pôle latéral de l'articulation temporo-mandibulaire		
	OU	
		b. Ouverture active ou passive maximale de la mâchoire, mobilité mandibulaire vers la droite ou la gauche, ou propulsion mandibulaire
Validité		Sensibilité: 0,91; spécificité: 0,96
Commentaire		Il n'y a pas d'autre diagnostic de douleurs qui correspond mieux aux douleurs ressenties

Tableau 1: Critères diagnostiques cliniques de l'arthralgie de l'articulation temporo-mandibulaire (CIM-9 524.62) d'après les «Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders» (DC/TMD).

Schmerzen, insbesondere bei forciertem Kieferöffnung, kommen bei der Diskusverlagerung ohne Reposition vor allem im Akutstadium vor.

Auch im Zuge systemischer Gelenkerkrankungen können Kiefergelenkschmerzen auftreten, am häufigsten bei der rheumatoiden Arthritis: Bei 4 von 100 Patienten sind die Kiefergelenke der Ort der Erstlokalisierung, eine spätere Kiefergelenkbeteiligung tritt bei jedem fünften Patienten auf [33]. Ferner sind Neoplasmen (z.B. synoviale Chondromatose, Chondrosarkom) und Tumormetastasen (z.B. eines Adenokarzinoms der Mamma), die in den Kiefergelenken allerdings sehr selten vorkommen, mit Schmerzen vergesellschaftet [34–35].

Unabhängig davon können Schmerzen zum Beispiel vom Ohr, von Kaumuskeln oder von der Halsmuskulatur in ein Kiefergelenk (fehl-)projiziert werden [8].

Diagnostik

Die Befunderhebung ist in der Regel unkompliziert [36]. Obwohl sie sich auf zweckmäßige valide Massnahmen beschränken soll [37], kommen teilweise immer noch unnötige und teure diagnostische Verfahren zur Anwendung, die weder zur Diagnosestellung noch zu einer verbesserten Therapie beitragen (z. B. axiografische Registrierung der Kondylenbeweglichkeit, aufwendige Bildgebung). Schmerzanamnese

sind die primäre Lokalisation bei 4 Patienten auf 100; eine weitere Lokalisation der Artikulation temporo-mandibulären s'observe bei 1 Patient auf 5 [33]. Par ailleurs, les néoplasies (chondromatose synoviale, chondrosarcome) et les métastases tumorales (adénocarcinome mammaire), qui surviennent toutefois très rarement dans les articulations temporo-mandibulaires, s'accompagnent de douleurs [34–35].

Des douleurs peuvent également être projetées par ex. de l'oreille, des muscles masticateurs ou des muscles du cou vers une articulation temporo-mandibulaire [8].

Pose du diagnostic

Le diagnostic est généralement simple à effectuer [36]. Même s'ils devraient se limiter aux mesures valides appropriées [37], des procédés diagnostiques inutiles et onéreux sont encore en partie utilisés, ne contribuant ni à l'établissement du diagnostic ni à un meilleur traitement (évaluation axiographique de la mobilité des condyles, procédés coûteux d'imagerie médicale).

Le diagnostic repose principalement sur l'anamnèse de la douleur et sur la description des symptômes par le patient. La conversation médecin(dentiste)-patient revêt une importance particulière. Des questionnaires standardisés sont utilisés en complément comme des schémas du corps entier sur

und Symptombeschreibung durch den Patienten bilden den wichtigsten Teil der Diagnostik.

Dem (Zahn-)Arzt-Patienten-Gespräch wird besondere Bedeutung beigemessen. Ergänzend kommen standardisierte Fragebögen zum Einsatz, darunter Ganzkörperschemata («Bodychart»), auf denen der Patient alle Schmerzbereiche einzeichnet, und Filterinstrumente, um schmerzbedingte Einschränkungen im Alltag zu erfassen [38].

In der klinischen Untersuchung werden die Unterkieferbeweglichkeit (maximale Öffnung, maximaler Seit- und Vorschub) bestimmt und die (palpierbaren) Kaumuskeln (M. temporalis, M. masseter) betastet, um Druckdolenz (Allodynie) festzustellen [38]. Intraoral werden die vorhandenen respektive fehlenden Zähne notiert und die Okklusionskontakte im maximalen Vielpunktkontakt überprüft. Ein Verlust der Seitenzahnabstützung ist ein Risikofaktor für Kiefergelenkschmerzen [39].

Eine Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm)⁴ [26] dient in erster Linie dem differentialdiagnostischen Ausschluss anderer Befunde wie verlagertes Zähne⁵, Frakturen und Tumoren [38]. Magnetresonanz-, digitale Volumen- und Computertomogramme tragen nur selten zum besseren Verständnis des Schmerzgeschehens bei [40–41]. Sie sind lediglich indiziert, wenn sie sich auf die Diagnose und die daraus abzuleitende Therapie und Prognose auswirken (z. B. bei Tumorverdacht) [42].

Bei persistierenden Schmerzen empfiehlt es sich, die Diagnostik auszuweiten [36]. Hier ist der Einsatz eines Schmerzfragebogenpakets unabdingbar, das unter anderem psychometrische Instrumente enthält, um Depressivität, Angst, individuelle Stressbelastung und andere Beeinträchtigungen zu erfassen [38].

lesquels le patient indique toutes les zones douloureuses («body chart») et des instruments de filtrage permettant de déterminer les limitations de la vie quotidienne liées à la douleur [38].

Dans le cadre de l'examen clinique, le médecin procède à une évaluation de la mobilité mandibulaire (ouverture maximale, amplitude maximale de diduction et de propulsion) et à une palpation des muscles masticateurs palpables (muscle temporal, muscle masséter) afin de détecter des douleurs à la pression (allodynie) [38]. Après inspection visuelle, il note les dents présentes et manquantes et évalue les contacts occlusaux (nombre maximal de points de contact). Une perte du soutien des dents latérales constitue un facteur de risque de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire [39].

La réalisation d'un panoramique dentaire (orthopantomogramme)⁴ [26] sert avant tout à exclure d'autres anomalies comme des dents déplacées⁵, des fractures ou des tumeurs dans le cadre du diagnostic différentiel [38]. La tomographie par résonance magnétique, la tomographie volumique numérisée et la tomodensitométrie ne permettent que rarement d'acquérir une meilleure compréhension du phénomène douloureux [40–41]. Ces examens sont uniquement indiqués s'ils ont un impact sur le diagnostic, sur le traitement qui en découle et sur le pronostic (par ex. en cas de suspicion de tumeur) [42].

En cas de douleurs persistantes, il est recommandé d'élargir le diagnostic [36]. Dans ce cas, il est indispensable de recourir à un ensemble de questionnaires sur la douleur, incluant entre autres des instruments psychométriques pour évaluer la dépression, l'anxiété, le niveau de stress individuel et d'autres troubles [38].

⁴ Panoramaschichtaufnahme: Übersichtsröntgenbild, das Ober- und Unterkiefer mit Zähnen und Kiefergelenken sowie die Kieferhöhlen darstellt.

⁵ Verlagerte Zähne: Zähne, die nicht in die Mundhöhle durchgebrochen, sondern vollkommen von Knochen (und Schleimhaut) bedeckt sind.

⁴ Panoramique dentaire: radiographie panoramique des mâchoires supérieure et inférieure ainsi que des dents, des articulations et cavités temporo-mandibulaires.

⁵ Dents déplacées: dents qui n'ont pas percé dans la cavité bucale, mais qui sont recouvertes d'os et de muqueuse.

Akuter Schmerz	Persistierender Schmerz
Aufklärung	Aufklärung
Nicht steroidales Antiphlogistikum (z. B. Ibuprofen 3 x 400 mg/Tag)	Physiotherapie, physikalische Therapie
Wiederholte Kälteapplikation	Orale Schiene zum Tragen während des Schlafs (z. B. Michigan-Schiene)
Wassergefüllte Sofortschiene (Fertigprodukt)	Entspannungstherapie (z. B. progressive Muskelentspannung, Biofeedback)
	Kognitiv-behaviorale Therapie (Schmerzbewältigung)
	Trizyklische Antidepressiva
	Akupunktur
	Arthrozentese/Arthroskopie (in Ausnahmefällen)

Tabelle 2: Empfohlene evidenzbasierte Therapieverfahren bei Kiefergelenkschmerzen [55].



Abbildung 3: Michigan-Schiene: Überdeckung aller Oberkiefer-Zähne, plane Schienenoberfläche, gleichmäßige Kontakte der Seiten und Eckzähne, Führungsflächen für eckzahngeführte Unterkieferbewegungen. | Figure 3: Attelle Michigan: recouvrement de toutes les dents de la mâchoire supérieure, surface plane de l'attelle, contacts uniformes des dents latérales et des canines, surfaces de guidage pour les mouvements mandibulaires dirigés par les canines.



Abbildung 4: Michigan-Schiene in situ. | Figure 4: Attelle Michigan in situ.

Bei Verdacht auf eine zugrundeliegende rheumatische Erkrankung oder ein Neoplasma sind weiterführende diagnostische Massnahmen zu treffen.

Therapie

Die überlastungsbedingten Kiefergelenkarthralgien haben im Allgemeinen eine gute Prognose [43–44]. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle wird eine Schmerzlinderung beziehungsweise Schmerzfreiheit mit reversiblen, nicht invasiven Massnahmen erreicht [27] (*Tabelle 2: empfohlene Therapien*). Invasive Eingriffe an Zähnen und Kiefergelenken sind zu vermeiden [37, 45]. Um einer Schmerzchronifizierung ent-

En cas de suspicion d'une maladie rhumatismale sous-jacente ou d'une néoplasie, il convient de prendre des mesures diagnostiques complémentaires adéquates.

Traitement

Les arthralgies de l'articulation temporo-mandibulaire liées à des surcharges articulaires sont généralement associées à un pronostic favorable [43–44]. Dans la grande majorité des cas, il est possible d'obtenir un soulagement voire une disparition de la douleur par le biais de mesures non invasives réversibles [27] (*tableau 2: approches thérapeutiques recommandées*).

Douleur aiguë	Douleur persistante
Information du patient	Information du patient
Anti-inflammatoire non stéroïdien (par ex. Ibuprofène 3x400 mg/jour)	Physiothérapie, traitement physique
Applications répétées de froid	Attelle buccale à porter durant le sommeil (par ex. attelle Michigan)
Attelle prête à l'emploi remplie d'eau	Traitement de relaxation (par ex. relaxation musculaire progressive, biofeedback)
	Thérapie cognitivo-comportementale (gestion de la douleur)
	Antidépresseurs tricycliques
	Acupuncture
	Arthrocentèse/arthroscopie (dans des cas exceptionnels)

Tableau 2: Approches thérapeutiques recommandées (sur la base de preuves) en cas de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire [55].

gegenzuwirken, ist in akuten Fällen eine rasche Therapieeinleitung erforderlich [46–47].

Der Hauptunterschied zur Behandlung vergleichbarer Schmerzen in anderen Gelenken besteht in der Möglichkeit der Eingliederung einer oralen Schiene während des Schlafs (*Abbildung 3 und 4*). Diese bewirkt eine Lageänderung der Kondylen [48–49] und trägt dazu bei, die betroffenen intraartikulären Gewebe sowie die Kaumuskeln zu entlasten [50]. Bei persistierenden/chronischen Kiefergelenkschmerzen ist grundsätzlich eine multimodale, interdisziplinäre Therapie anzustreben [47], die vor allem den schmerzbegleitenden psychosozialen Bereich einbezieht [16].

Um die Therapietreue zu erhöhen, sollten bei der Wahl der Behandlungsmittel – ganz im Sinne der evidenzbasierten Medizin [51] – die Vorlieben des Patienten berücksichtigt werden [52]. Empfehlenswert ist die Kombination verschiedener Behandlungsmassnahmen [52], wovon vor allem Patienten mit psychosozialen Befunden profitieren [53]. Ziel ist es, die Beschwerden auf ein für den Patienten erträgliches Niveau [52] zu verringern und gleichzeitig den Selbstheilungsprozess des Organismus zu unterstützen.

Die in *Tabelle 2* aufgeführten Therapieempfehlungen gelten ebenso bei Kiefergelenkschmerzen wie bei systemischen Gelenkerkrankungen. Allerdings ist in diesem Fall der Rheumatologe der Koordinator und Hauptbehandler, wobei der Zahnarzt als Teil eines ärztlichen Teams für den Kiefergelenkbereich wirken kann [46]. Bei spezifischen rheumatischen Erkrankungen, wie Lyme-Borreliose oder infektiöser Arthritis, muss selbstverständlich spezifisch (z. B. mit Antibiotika) behandelt werden.

Ein Rat: Bei systemischen Erkrankungen die Kiefergelenke nicht vergessen

Im Zusammenhang mit systemischen Gelenkerkrankungen werden sowohl in rheumatologischen Lehrbüchern als auch in der ärztlichen Praxis die Kiefergelenke oftmals schlichtweg «vergessen», obwohl beispielsweise ein Teil der an rheumatoider Arthritis leidenden Patienten beträchtliche zusätzliche Beschwerden aufgrund schmerzender Kiefergelenke aufweist [19]. Selbst wenn in einer systemischen medikamentösen Schmerztherapie die Kiefergelenke mittherapiert werden, können spezifisch an diesen Gelenken ansetzende Massnahmen zu einer deutlichen Besserung beitragen. Daher ist es klinisch ebenso sinnvoll, bei Patienten mit Gelenkschmerzen die Kiefergelenke zu berücksichtigen, wie bei generalisierten Muskelschmerzen die Kiefermuskulatur zu beachten (z. B. beim Fibromyalgie-Syndrom) [54]. |

Les interventions invasives au niveau des dents et des articulations temporo-mandibulaires doivent être évitées [37, 45]. Dans les cas aigus, il est indispensable d'initier rapidement le traitement afin de combattre une chronicité de la douleur [46–47].

La principale différence avec le traitement des douleurs comparables touchant d'autres articulations réside dans la possibilité de port d'une gouttière (attelle) buccale pendant le sommeil (*figure 3 et 4*). Ce dispositif entraîne un déplacement des condyles [48–49] et contribue à soulager les tissus intra-articulaires touchés et les muscles masticateurs [50]. En cas de douleurs persistantes/chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire, il convient généralement de mettre en place un traitement multimodal, c.-à-d. interdisciplinaire [47], qui cible avant tout les aspects psychosociaux accompagnant la douleur [16].

D'après l'Evidence-based medicine (médecine fondée sur les faits) [51], la prise en compte des préférences des patients lors du choix du traitement permet d'augmenter l'observance thérapeutique [52]. Il est recommandé de combiner différentes mesures thérapeutiques [52], ce qui profite avant tout aux patients qui présentent des problèmes psycho-sociaux [53]. L'objectif est de réduire les symptômes à un niveau supportable pour le patient [52] tout en favorisant le processus d'autoguérison de l'organisme.

Les recommandations thérapeutiques présentées dans le *tableau 2* s'appliquent également pour les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire qui surviennent dans le cadre de maladies articulaires systémiques. Dans ce cas de figure, le rhumatologue est le coordinateur et le médecin référent; le dentiste peut alors faire partie d'une équipe médicale qui se concentre sur la région temporo-mandibulaire [46].

Les maladies rhumatismales spécifiques comme la borréliose de Lyme ou l'arthrite infectieuse doivent naturellement faire l'objet d'un traitement spécifique (par ex. par antibiotiques).

Un conseil: ne pas oublier les articulations temporo-mandibulaires dans les situations de maladies systémiques

Dans le contexte des maladies articulaires systémiques, il est fréquent que les articulations temporo-mandibulaires soient tout bonnement «oubliées», à la fois dans les manuels de rhumatologie et dans la pratique médicale, même si une partie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde souffrent en plus de symptômes considérables liés à des articulations temporo-mandibulaires douloureuses [19]. Même si les articulations temporo-mandibulaires sont également prises en compte dans le cadre d'un traitement médicamenteux systémique de la douleur, des mesures thérapeutiques spécifiques à ces articulations peuvent contribuer à obtenir

Empfohlene Literatur | Références recommandées

- Hugger A. Arthralgie der Kiefergelenke. In: Hugger A, Göbel H, Schilgen M (Hrsg.). Gesichts- und Kopfschmerzen aus interdisziplinärer Sicht. Evidenz zur Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Heidelberg: Springer; 2006: 77–90.
- Steenks MH, Hugger A, de Wijer A. Painful arthrogenous temporomandibular disorders. Pathophysiology, diagnosis, management and prognosis. In: Türp JC, Sommer C, Hugger A (Hrsg.). The Puzzle of Orofacial Pain Integrating Research Into Clinical Management. Basel: Karger; 2007: 124–52.
- Türp JC, Nilges P. Muskuloskeletale Gesichtsschmerzen. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie. 7. Aufl. Heidelberg Springer; 2011: 419–30.
- The TMJ Association: patient advocacy organization for people affected by temporomandibular disorders. www.tmj.org.

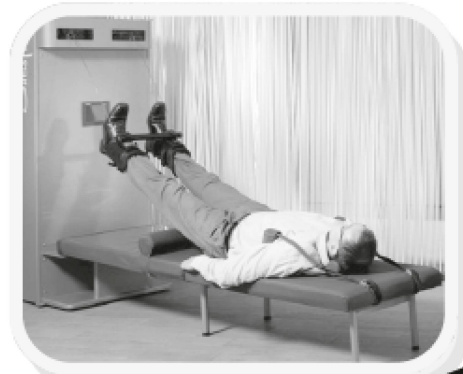
Die vollständige nummerierte Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden: red@physioswiss.ch |
La bibliographie complète est disponible en format électronique auprès de la rédaction: red@physioswiss.ch

une amélioration notable des symptômes. Dès lors, il est tout aussi pertinent sur le plan clinique de prendre les articulations temporo-mandibulaires en compte chez les patients qui présentent des douleurs articulaires, que de prendre les muscles de la mâchoire en compte en cas de douleurs musculaires généralisées (par ex. en cas de syndrome fibromyalgique) [54].



Prof. Dr. med. dent. **Jens C. Türp**, MSc, ist stellvertretender Leiter der Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien der Universitätskliniken für Zahnmedizin in Basel.

Pr **Jens C. Türp**, MSc, médecin-chef adjoint de la Clinique de médecine dentaire reconstructive et des désordres temporo-mandibulaires, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Bâle.



Mehr auf:
www.vistamed.ch



Ein praktisches Konzept für Professionelle

Die neuro-muskuläre sequentielle Integration hat seinen Platz in der funktionellen Rehabilitation und Rückenschulung.

Einfache Handhabungen, effiziente Hilfsmittel

VISTA
MED SÄRL

Chemin du Croset 9A, 1024 Ecublens, Tél : 021 695 05 53

info@vistamed.ch

Lokomat® Pro

Neue Generation der robotischen Gangtherapie



NEU FreeD Modul: Unterstützt die Gewichtsverlagerung und die Aktivierung des Gleichgewichtssinns durch Lateral- und Rotationsbewegungen des Beckens.

NEU Challenge Package: Unterstützt spezifische Therapieziele für das optimale Training des Patienten.

Vorteile des Lokomat® Pro:

- Effektive Gangtherapie
- Erhöhte Effizienz
- Äusserst physiologisches Gangmuster
- Assist-as-needed Unterstützung
- Motivierendes Augmented Performance Feedback

Hocoma, Schweiz, info@hocoma.com, www.hocoma.com
Hinweise zur Verwendung der Produkte finden Sie unter www.hocoma.com/rechtshinweise.

We move you

gymna
for total support



ratio
DEAL

Statt CHF 5350.00
NUR CHF 3500.00

Gymna - OSTEOFLEX Advanced

Gymna Osteoflex Advanced

Das Paradebeispiel unter den Liegen. Besonders geeignet für Therapeuten mit Schwerpunkt auf Wirbelsäulen-Behandlungen. Ideal für Spezialisten und doch universell verwendbar.

Alle Informationen auf: www.ratio.ch

Preise exkl. MwSt. / Nur solange Vorrat.

