



## Myoarthropathien des Kausystems: von der Funktions- zur Schmerztherapie

Es ist sehr erfreulich, dass die „Kieferorthopädie“ dem Thema **Myoarthropathien** (MAP) des Kausystems ein ganzes Heft widmet.

Die Diagnostik und Therapie der MAP war in der Vergangenheit sehr unterschiedlich und zum Teil sogar widersprüchlich. So herrschte in den 70er Jahren die okklusale Hypothese vor, nach der MAP durch okklusale Störungen verursacht wurden. Diese Ansicht war jedoch wissenschaftlich wenig fundiert, und sie wird heute weltweit kaum noch vertreten.

Die zweite somatisch orientierte Theorie ist die orthopädische Hypothese, die die Ätiologie von MAP in einer funktionellen Verkettung mit dem übrigen Bewegungsapparat sieht. So charmant dieser Ansatz ist, so schwach ist seine wissenschaftliche Begründung.

Ein seit 15 Jahren weltweit stattfindender Paradigmenwechsel führt allmählich zu einer Überwindung rein somatischer Auffassungen zugunsten einer bio-psycho-sozialen Sichtweise. Kern dieses aus der Schmerztherapie stammenden Konzepts ist die Erkenntnis, dass Schmerz kein simples Warnsignal, sondern eine neurologisch, psychisch und sozial vielfach modulierte Erfahrung ist. Daraus leitet sich ein zweiaxiales Vorgehen in Diagnostik und Therapie ab, das sowohl somatische als auch psychosoziale Komponenten berücksichtigt. Seither konnte gezeigt werden, dass es völlig unabhängig von der somatischen Diagnose psychosoziale Merkmale sind, an denen MAP-Patienten mit hohem Chronifizierungsrisiko zu erkennen sind. In methodisch hochrangigen Studien wurde nachgewiesen, dass verhaltenstherapeutische Interventionen eine sinnvolle Ergänzung zu der verbreiteten Kombination von Beratung, Okklusionsschiene und Physiotherapie sein können.

Es ist bemerkenswert, dass diese Entwicklung in Deutschland bislang nur wenig gewürdigt wurde. Von einer starken Fraktion der zahnärztlichen Basis bis zu Teilen der Hochschullehrerschaft wird an den geliebten alten Konzepten festgehalten: Es blitzen die Artikulatoren und Gesichtsbögen und prunken die computergestützten Geräte zur Gelenkbahnaufzeichnung, als ob wir noch das Jahr 1970 schrieben. Nicht zufällig hat die orthopädische Hypothese eine gewisse Anhängerschaft behalten, und der routinemäßige Einsatz der Magnetresonanztomographie erfreut sich wachsender Beliebtheit. Mit all dem wird der vergebliche Versuch unternommen, die entscheidende anatomische Struktur zu finden, die es mit ärztlicher Kunst zu reparieren gilt.

Leider gibt es aber – wie bei vielen anderen funktionellen Störungen – dieses lang gesuchte morphologische Substrat in der Regel nicht: Die Schmerzen, die den Patienten zu uns treiben, haben meistens kein anatomisches Korrelat. Dass sich die deutsche MAP-Szene in dieser Hinsicht als *Provincia Germanica* vom Rest der „scientific community“ abkoppelt, darf sehr wohl als Missstand bezeichnet werden, der sich auch durch Sprachbarrieren nicht entschuldigen lässt.

Ein Wort der Erklärung verdient die Terminologie. Einige der Autoren dieses Heftes haben den Begriff „Myoarthropathie“ benutzt, weil für sie das Symptom Schmerz (griechisch „pathos“ = Leiden) das entscheidende diagnostische Kriterium ist. Die weltweit verbreiteten Termini „temporomandibular disorder“ (TMD) und „craniomandibuläre Dysfunktion“ (CMD) schließen dieses Kriterium dagegen nicht ausdrücklich ein. Die Begriffe TMD und CMD können daher zu einer willkürlichen Krankheitsdefinition aufgrund von Befunden bildgebender Verfahren oder von unbedeutenden diagnostischen Zeichen wie Knacken und abweichenden Bewegungsbahnen verleiten.

Wenn therapeutischer Nutzen für unsere Patienten im Vordergrund stehen soll, wird es notwendig sein, Diagnostik und Therapie auf ein eindeutiges Symptom zu basieren, nämlich den Schmerz. Das heißt, die althergebrachte zahnärztliche „Funktionstherapie“ ist durch ein schmerztherapeutisch fundiertes Konzept zu ersetzen.

Hoffentlich bewirkt die vorliegende Ausgabe der „Kieferorthopädie“ bei aller Heterogenität der Beiträge etwas in dieser Richtung.

# Näher dran ist besser

**Perfekte Anpassung**  
Höherer Tragekomfort als bei herkömmlichen GNE-Schrauben durch anatomische Anpassung an das menschliche Palatinum

**Gezielte Kraft**  
Die ergonomische Konstruktion wirkt exakt auf das Widerstandszentrum der Zähne

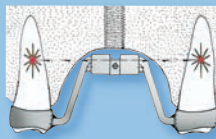
**Einfach effektiver**  
Großer Dehnbereich bei gleichzeitig graziler Bauweise

**Höchste Präzision**  
Unerwünschte Kippungen werden vermieden

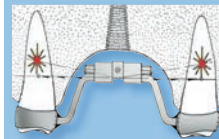
## Anatomic Expander

Palatinalsplitschrauben

**Neu!**



Anatomic



Standard



**FORESTADENT**<sup>®</sup>

Bernhard Förster GmbH · Westliche Karl-Friedrich-Straße 151 · 75172 Pforzheim · Germany  
Phone + 49 7231 459-0 · Fax + 49 7231 459-102 · info@forestadent.com · www.forestadent.com