

Definition

Bei einer Ausrenkung (Luxation) des Kiefergelenks tritt das Kiefergelenkköpfchen aus der Gelenkgrube über den Gelenkhöcker hinaus nach vorne. Bei der fixierten Luxation ist (im Gegensatz zur nicht fixierten Luxation) eine Rückkehr des Gelenkköpfchens in die Gelenkgrube spontan nicht mehr möglich.

Zum besseren Verständnis zeigt Abbildung 1 die normale Anatomie des Kiefergelenks bei Zahnreihenschluss und bei maximaler Mundöffnung, Abbildung 2 die Verhältnisse bei einer Kiefergelenkluxation.

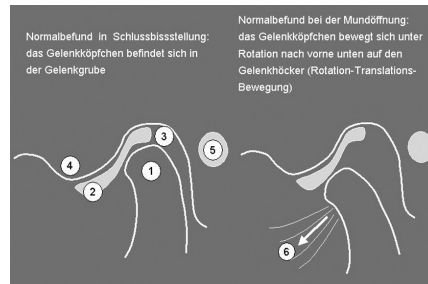
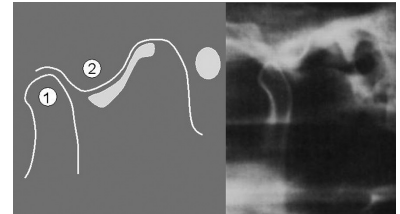


Abb. 1: Normale Anatomie des Kiefergelenks: Gelenkköpfchen (1), Gelenkschneise (2), Gelenkgrube (3), Gelenkhöcker (4), äußerer Gehörgang (5), Musculus pterygoideus lateralis (6) mit Zugrichtung nach vorne unten.

Kiefergelenkluxation

<S 03.0>

Abb. 2: Kiefergelenkluxation: Das Gelenkköpfchen (1) befindet sich vor dem Gelenkhöcker (2)



Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Leitsymptom der Kiefergelenkluxation ist die Kiefersperre (aktiver Zahnreihenschluss nicht möglich). Bei der einseitigen Luxation ist der Unterkiefer zur nicht betroffenen Seite abgewichen, bei beidseitiger Kiefergelenkluxation besteht eine symmetrische Unterkieferposition nach vorne unten. Die Gelenkpfanne des betroffenen Gelenkes vor dem Gehörgang ist beim Abtasten leer und der nach vorne verlagerte Gelenkkopf ist als Vorwölbung unterhalb des Jochbogens zu tasten.

Das Ereignis tritt meist anlässlich einer weiten Öffnungsbewegung des Unterkiefers, beispielsweise beim Gähnen, bei einer zahnärztlichen Behandlung oder bei Narkoseeinleitung auf. Traumatisch bedingte Kiefergelenkluxationen ohne Fraktur des Gelenkhalses sind sehr selten.

Diagnostik

Klinische Befunderhebung mit Abtasten der Gelenkregion und Prüfung der passiven Beweglichkeit des Unterkiefers ergeben die genannte Symptomatik. Die Röntgenuntersuchung (Panoramascichtaufnahme) sichert die Diagnose und schließt eine Kiefergelenkfraktur aus.

Therapie

Die akute fixierte Kiefergelenkluxation wird durch Einrenken des Unterkiefers mit Hilfe des Handgriffs nach Hippokrates behandelt. Dabei fasst der Therapeut mit beiden Händen den Unterkiefer, wobei die Daumen auf den Zahnreihen ruhen. Dann wird der Unterkiefer nach vorne unten gezogen, um das Kiefergelenkköpfchen aus seiner muskulär fixierten Zwangslage zu lösen. Danach wird der Unterkiefer unter kontinuierlichem Zug nach unten in die Gelenkpfanne nach hinten geschoben. Bei beidseitiger Kiefergelenkluxation erfolgt die Einrenkung nacheinander. Nach dem Einrenken sollte eine Kiefferuhigstellung durch einen Kopf-Kinn-Verband oder mittels zahnfixierter Schienenverbände

erfolgen, um eine frühzeitige erneute Kiefergelenkluxation zu vermeiden.

Kommt es zu wiederkehrenden Kiefergelenkluxationen, so muss die Notwendigkeit einer operativen Behandlung geprüft werden. Dabei gibt es zwei Alternativen:

- Verriegelungs- bzw. Zügelungsoperationen mit dem Ziel, die Bewegung des Gelenkkopfes nach vorn einzuschränken,
- Operationsverfahren, die eine spontane Einrenkung des Kiefergelenks durch Abtragen des Gelenkhöckers erleichtern.

Kommt es nach einer Verriegelungsoperation dennoch zu einer erneuten Gelenkluxation, so ist die Einrenkung des Kiefergelenks sehr erschwert. Deshalb wird in der Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums des Saarlandes das Abtragen des Gelenkhöckers bevorzugt.

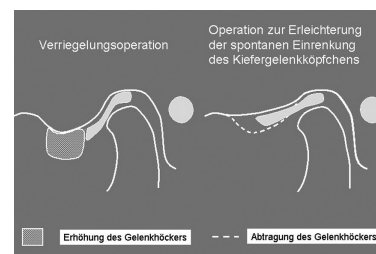


Abb. 3

