

„Den betroffenen Kindern unnötige Beschwerden ersparen“

CMD-Symptomatik bei Kinderrheuma – klare Differenzierung nötig

„Die Kiefergelenkentzündung ist der am häufigsten nicht erkannte und nicht behandelte Befund bei juveniler idiopathischer Arthritis (JIA)“, brachte Prof. Dr. med. dent. Bärbel Kahl-Nieke vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiterin der Poliklinik für Kieferorthopädie, die aktuelle Situation auf den Punkt. Häufig ist bei Patienten mit JIA das Kiefergelenk mitbetroffen, inklusive eingeschränkter Mundöffnung, Kauschwierigkeiten und Schmerzen bei der Kieferbewegung – alles typische Symptome, die in der kieferorthopädischen oder zahnärztlichen Praxis eine CMD-Diagnostik nach sich zie-

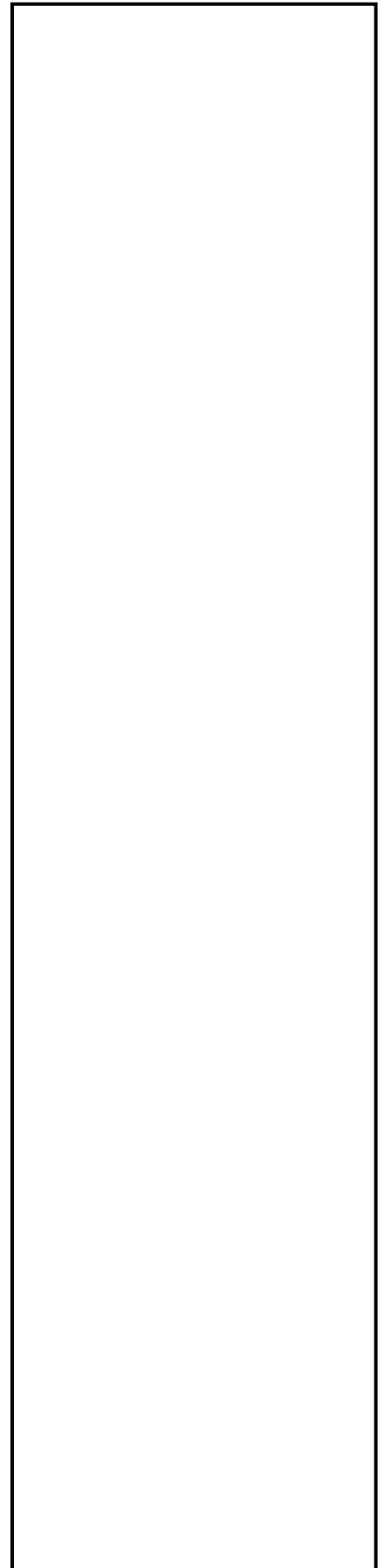
hen würden. Hier ist eine genaue Differenzierung gefragt und bei Auftauchen eines Verdachts gerade vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung eine gründliche Diagnostik und Vorstellung beim Kinderrheumatologen.

Die JIA am Kiefergelenk ist dabei gleich zwei nachteiligen Rahmenbedingungen ausgesetzt: Aufgrund diffuser oder nur minimaler Beschwerden durch die gute Kompensation bei Kindern wird das Kiefergelenk am häufigsten im Rahmen der Diagnostik übersehen. Zum Zweiten wird das Kiefergelenk aber auch bei bereits bekannter Rheumaproblematik aufgrund anderer betroffener großer Gelenke hintenangestellt. Schlagworte wie „the forgotten joint“ oder „JIA – a silent killer of the TMJ“ umschreiben dies. Oft erfolge die Erstdiagnostik der JIA jedoch auf Hinweis aufmerksamer Kieferorthopäden, so Kahl-Nieke.

Diese Situation war für den Kieferorthopäden und wissenschaftlichen Leiter der Kieler KinderCMD-Konferenz, Dr. Andreas Köneke, Kiel, Grund genug, dieser Thematik einen eigenen Schwerpunkt zu widmen. Denn ein aufmerksamer Blick auf die Kondylen im routinemäßig angefertigten OPG

LITERATURTIPP

Im Zusammenhang mit der Kieler KinderCMD-Konferenz widmet sich das Heft 23 (7.Jg) der Fachzeitschrift Kind & Radiologie dem Thema „Rheuma beim Kind“.



macht nicht selten Zahnärzte wie Kieferorthopäden zu „Entdeckern“ einer JIA. Einmal erkannt, ist dann Teamwork gefragt, denn diese Kinder müssen in einem Netzwerk behandelt werden, das mindestens einen spezialisierten Kinderrheumatologen einschließt. Dabei sind möglichst direkte Weg der Kommunikation nötig, um unnötige Verzögerungen bei Veränderungen des Allgemeinzustands zu vermeiden. „Diese fachübergreifende Zusammenarbeit in spezialisierten Netzwerken wird gerade im Hinblick auf die Zunahme an Funktionsstörungen immer wichtiger. Kommunikation unter den Experten ist gerade für die Behandlung und den Schutz der Kinder angesichts zunehmender Spezialisierung ein Muss“, so Köneke.

Drei Bereiche: Diagnostik – Therapie – Nachsorge

Das Vorgehen für diese Bereiche wurde auf der Konferenz anschaulich aus mehreren Blickwinkeln beschrieben und in anschaulichen Fachvorträgen aus der Sicht des jeweiligen Experten jedoch mit Erläuterung der Schnittmengen und Anknüpfungspunkte behandelt.

Rheumakinder in der Kieferorthopädie – Stand des Wissens 2010

Wichtige Hinweise in der kieferorthopädischen Praxis, so Kahl-Nieke, seien dabei ein offener Biss, Unterkieferrücklage, Seitabweichungen beziehungsweise Asymmetrien, da oft dental eine Kompensation der kondylären Veränderungen einsetze. Diagnostisch sollten unklare Veränderungen unter der Behandlung zumindest eine weitere interdisziplinäre Abklärung nach sich ziehen.

Zwar seien erst schwerwiegende strukturelle Veränderungen im OPG oder generell röntgenologisch zu erkennen, jedoch fordert Kahl-Nieke im Rahmen der Anfangsdiagnostik ein Gelenkscreening anhand der OPG. Abgeflachte oder gar in ihren Konturen veränderte Kondylen, verkürzte Rami, Erosionen und Einkerbungen im Gelenkbereich sollten nicht unbeachtet bleiben, insbesondere nicht, wenn sie in Kombination mit klinischen Symptomen, wie zum Beispiel Morgensteifigkeit oder „Kaufaulheit“, auftreten. Die Höhe des Kieferwinkels sei



Empfehlung des wissenschaftlichen Leiters Dr. Andreas Köneke:
Die Spezialausgabe zur Kieler KinderCMD-Konferenz der Fachzeitschrift Kind & Radiologie zum Thema „Rheuma beim Kind“.



„Die Kiefergelenkentzündung ist der am häufigsten nicht erkannte und nicht behandelte Befund bei juveniler idiopathischer Arthritis“, so Prof. Dr. med. dent. Bärbel Kahl-Nieke.

übrigens laut einer Studie der sensitivste Befund. Wirklich Klarheit gewinne man letztendlich aber nur über die Magnetresonanztomographie (MRT). Unbehandelt drohen extreme Okklusionsstörungen, Deformationen, Kapselverdickungen sowie weitere nur schwer korrigierbare Störungen.

Aus zehnjähriger Erfahrung in der Rheumasprechstunde empfiehlt Kahl-Nieke ein interdisziplinäres Behandlungskonzept, das fortlaufend an die kondyläre Reaktion der Patienten angepasst wird. Zunächst erfolgt eine Entlastung des Kiefergelenks in der aktiven Entzündungsphase, dann die Stimulation des Gelenkwachstums in der Remissionsphase. Die beiden Phasen sind jedoch häufig schwer voneinander abzugrenzen.

In der ersten Phase mit Priorität „Gelenkschutz“ werden zunächst Medikamente nach Konsil mit dem Kinderrheumatologen, Physiotherapie und ausbalancierte Protrusionsschienen (24 Stunden) verordnet. In der zweiten Phase favorisieren die Hamburger einen Weichaktivator zur sukzessiven Unterkiefer-Ventralentwicklung auf der Basis funktionskieferorthopädischer Prinzipien. Wenn mit Multiband gearbeitet werden muss, empfiehlt Kahl-Nieke, dieses stets nur in einem Kiefer anzuwenden und den Gegenkiefer mit Schiene auszubalancieren und zu entlasten.

Gerade beim Rheumakind zeige sich, wie Bewegung und Funktion gleichzeitig bedeutende Elemente der Diagnostik als auch Therapieziele sind. Ab dem Zeitpunkt der diagnostizierten JIA ist die Kommunikation mit dem behandelnden Kinderrheumatologen ein Muss, um mit der kieferorthopädischen beziehungsweise zahnärztlichen Behandlung zum passenden Zeitpunkt den richtigen Weg mit geeigneten Maßnahmen einzuschlagen.

Warum der Rheumafaktor nicht genügt

Den aktuellen Stand der Rheumadiagnostik bei Kindern skizzierte Dr. med. Ivan Foeldvari, Kinder- und Jugendrheumatologe am Hamburger Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie: „Grundlegend werden die bei uns vorgestellten Patienten in zwei Gruppen eingeteilt. Zur ersten gehören die nicht entzündlichen Erkrankungen wie Wachs-