

# Kiefergelenkluxation

ICD-10: S03.0

## 1. Einleitung

### 1.1. Priorisierungsgründe

Gründe für die vordringliche Erstellung einer Leitlinie zur Kiefergelenkluxation sind:

- Die Therapiekonzepte der Kiefergelenkluxation haben sich jüngster Zeit durch die Einführung des Botulinumtoxins in die Therapie der rezidivierenden und habituellen Luxationen des Kiefergelenks grundlegend geändert. Für dieses nicht chirurgisch-invasive Verfahren liegen überzeugende erste klinische Ergebnisse vor (Ziegler et al. 2003; Umstadt 2002; Daelen et al. 1998). Unter medizinischen Gesichtspunkten ist es möglich, dass sich dieses Verfahren als Therapiemaßnahme der ersten Wahl durchsetzen wird, da operative Vorgehen häufig mit deutlichen Nachteilen für die Patienten verbunden sind (Kuttenberger & Hardt 2003; Ziegler et al. 2003).
- Aufgrund geringer Fallzahlen werden allerdings auch in absehbarer Zukunft keine Ergebnis-Analysen höheren Evidenzgrades bzw. Metaanalysen verfügbar sein. Aus dem gleichen Grund liegen Daten zur realen Versorgungssituation bei der Therapie der Kiefergelenkluxation aus epidemiologischen Studien nicht vor (Martinez-Perez & Garcia Ruiz-Espiga 2004; Ziegler et al. 2003; Umstadt 2002).
- Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist diese wenig invasive, medikamentöse Alternative zu den chirurgischen Verfahren bei der Kiefergelenkluxation bisher nicht als Standardtherapieverfahren abgebildet.
- Da es sich beim Einsatz bei der Rezidivierenden Kiefergelenkluxation bislang um einen "Off-label use" handelt, sind die Warnhinweise der Hersteller zur Anwendung und zum Indikationsbereich des Botulinumtoxins zu beachten.

### 1.2. Anwender der Leitlinie

- Ärzte, speziell Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Zahnärzte, speziell im Bereich der Funktionsdiagnostik und -Therapie, Kieferorthopädie und Zahnärztlichen Prothetik
- Physiotherapeuten

### 1.3 Ausnahmen von der Leitlinie

Nicht unter diese Leitlinie fallen:

- Die zentrale Luxation des Kiefergelenks (meist traumatisch bedingte Dislokation des Kiefergelenkkopfes oder eines Kiefergelenkprothesenkopfes nach intrakraniell unter Perforation der Gelenkpfanne bzw. der Schädelbasis).
- Luxationsfrakturen des Kiefergelenkfortsatzes (ICD 10, S02.63)

## 2. Definition

Die Kondylusluxation des nicht frakturierten Unterkiefers ist eine primär muskulär bzw. neuromuskulär

bedingte Dislokation des Kondylus vor das Tuberculum articulare. Bei der *fixierten* Luxation wird die Rückkehr des Kondylus durch Muskelanspannung verhindert. Folge ist eine Kiefersperre mit Blockade des Kieferschlusses, welche eine ärztliche Hilfe notwendig macht. Unter einer persistierenden Unterkieferluxation versteht man die anhaltende Blockade des Kondylus durch das Tuberkulum und damit die lang anhaltende Dislokation außerhalb der Gelenkpfanne. Hierdurch kommt es zu irreversiblen, intra- und perikapsulären pathologischen Veränderungen.

Aus einer *akzidentellen* (akuten, einmaligen) Kiefergelenkluxation kann sich eine *rezidivierende* Unterkieferluxation entwickeln. Diese beschreibt wiederholte, gegebenenfalls fixierte Luxationen innerhalb eines kürzeren Zeitraumes. Ist dieser Mechanismus erst einmal gebahnt, sind habituelle Luxationen des betroffenen Kiefergelenks die Folge. Führen konservative Maßnahmen zu keiner Symptomverbesserung, können minimalinvasive und insbesondere im chronifizierten Stadium auch operative Maßnahmen indiziert sein.

Die folgenden Diagnosen geben einen Überblick über die im Zusammenhang stehenden Erkrankungen (zu Behandlungsindikationen siehe unter 3.):

Leitlinie	ICD*
6.5 Kiefergelenkluxation	S03.0 Kiefergelenkluxation S03.4 Distorsion des Kiefergelenks K07.1 Kieferasymmetrie K07.4 Kiefersperre K07.6 Kiefergelenkdysfunktion T90.8 Folgen einer Kieferzerrung

\*International Classification of Diseases (Internationales Klassifikationssystem für Erkrankungen), für Dokumentation und Qualitätsmanagement in der Medizin.

### 3. Therapieziele

- Beseitigung von Luxationen
- Prävention von Luxationen
- Beseitigung der Schmerzsymptomatik
- Wiederherstellung der Funktion

### 4. Symptome und Therapieindikationen

- Klinisch leere Gelenkpfanne
- Okklusionsstörung bzw. Unfähigkeit des Kieferschlusses
- Schmerzen
- Muskuläre Dysfunktion

### 5. Untersuchungen

#### 5.1 Notwendige Untersuchungen

- Inspektion
- Palpation
- Röntgen (optional)

#### 5.2 Weiterführende Untersuchungen

- Magnetresonanztomographie
- Sonographie
- Klinische Funktionsanalyse
- Arthroskopie
- Dreidimensionale Bildgebung (Computertomographie/DVT)

Anmerkung: Diese optionalen weiterführenden Untersuchungsmöglichkeiten sind in der postakuten Phase angezeigt und dienen der Klärung der Pathogenese und der Beurteilung des weiteren therapeutischen Vorgehens. Der diagnostische Einsatz der instrumentellen Funktionsanalyse und der Arthroskopie ist speziellen Fragestellungen vorbehalten.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

## 6. Therapie

### 6.1 Konservative Therapie

- Manuelle Unterkieferrepositionierung (Handgriff nach Hippokrates) in angemessener Schmerzausschaltung
- Mandibulomaxilläre Immobilisation
- Medikamentöse Behandlung
- Überprüfung laufender Medikation mit extrapyramidaler Symptomatik
- Physiotherapie/manuelle Therapie mit detonisierender Behandlung der Kaumuskelatur
- Diät
- Entspannungstraining
- Funktionsbehandlung mit Aufbissbehelfen, funktionskieferorthopädischen Geräten und prothetischen Maßnahmen

### 6.2 Minimalinvasive Therapie

- Lokalanästhesie
- Botulinumtoxininjektion

### 6.3 Operative Therapie (arthroskopische und offene Verfahren)

- Operative Verfahren zur Erleichterung der Spontanreposition
- Restriktive Verfahren zur Vermeidung von Luxationen
- Operative Korrekturen am Diskus-Kapsel-Band-Apparat

### 6.4 Ergänzende Maßnahmen

- Maßnahmen der konservativen Therapie
- Dysgnathieoperationen

## 7. Prädisponierende Faktoren

- Angeborene und erworbene neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen
- Parafunktionen
- Triggernde Okklusionsstörungen
- Angeborene und erworbene Skelett- und Weichteildeformationen

## 8. Komplikationen

- Permanenz bzw. Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik
- Okklusions- und Artikulationsstörungen
- Fortschreitende Veränderungen der diskokondylären Einheit

## 9. Empfehlung

Die Therapie von Kiefergelenkluxationen sollte möglichst frühzeitig einsetzen, da mit einem Fortschreiten der Erkrankung mit zunehmender Luxationshäufigkeit das Ausmaß degenerativer Veränderungen wächst und konservative Behandlungsmaßnahmen immer weniger Erfolg versprechend werden.

---

### Literatur

1. Daelen B, Koch A, Thorwirth V (1998), Botulinumtoxinbehandlung der neurogenen Kiefergelenkluxation., Mund Kiefer Gesichtschir 2 Suppl 1, S125-S129.
2. Dijkstra PU, de Bont LGM, de Leeuw R, Stegenga B, Boering G (1993), Temporomandibular joint osteoarthritis and temporomandibular joint hypermobility. Cranio 11(4) 268-275
3. Guven O (2005), Inappropriate treatment in temporomandibular joint chronic recurrent dislocation: a literature review presenting three particular cases., J Craniofac Surg 16(3), 449-452 Review.
4. Holmlund AB, Gynther GW, Kardel R, Axelsson SE (1998), Surgical treatment of temporomandibular joint

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

- luxation., Swed Dent. J 23(4), 127-132
5. Karabouta J (1990), Increasing the articular eminence by use of blocks of porous coralline hydroxylapatite for treatment of recurrent TMJ dislocation., J Craniomaxillofac Surg 18(3), 107-113.
  6. Kavuncu V, Sahin S, Kamanli A, Karan A, Aksoy C (2006), The role of systemic hypermobility and condylar hypermobility in temporomandibular joint dysfunction syndrome., Rheumatol Int 26(3), 257-260
  7. Kuttenberger JJ, Hardt N (2003), Long-term results following miniplate eminoplasty for the treatment of recurrent dislocation and habitual luxation of the temporomandibular joint., Int J Oral Maxillofac Surg 32, 474-479.
  8. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE (2000), A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age, J Orofac Pain 14(4), 310-319
  9. Martinez-Perez D, Garcia Ruiz-Espiga P (2004), Recurrent temporomandibular joint dislocation treated with botulinum toxin: report of 3 cases., J Oral Maxillofac Surg 62, 244-246.
  10. Moore AP, Wood GD (1997), Medical treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation using botulinum toxin A., Br Dent J 183(11-12), 415-417.
  11. Umstadt HE (2002), Botulinumtoxin in der MKG-Chirurgie., Mund Kiefer Gesichtschir 6, 249-260.
  12. Umstadt HE, Specht KB, von Haussen F-F (2004), Behandlung hyperaktiver Kaumuskulatur mit Botulinumtoxin A, ZMK 20 (7-8), 475-484.
  13. Undt G, Kermer C, Rasse M (1997), Treatment of recurrent mandibular dislocation. Part II Eminectomy., Int J Oral Maxillofac Surg 26(2) 98-102
  14. Sato J, Segami N, Nishimura M, Suzuki T, Kaneyama K, Fujimura K (2003), Clinical evaluation of arthroscopic eminoplasty for habitual dislocation of the temporomandibular joint: comparative study with conventional open eminectomy, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 95(4), 390-395
  15. Sensoz O, Ustuner ET, Celebioglu S, Mutaf M (1992), Eminectomy for the treatment of chronic subluxation and recurrent dislocation of the temporomandibular joint and a new method of patient evaluation:., Ann Plast Surg 29(4), 298-302
  16. Westling L, Carlsson GE, Helkimo M (1990), Background factors in craniomandibular disorders with special reference to general joint hypermobility, parafunction and trauma, J Craniomandib Disord Facial Pain 4: 89-97
  17. Westwood RM, Fox GL, Tilson HB (1975), Eminectomy for the treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation., J Oral Surg 33(10), 774-779
  18. Williamson RA, Mc Namara D, Mc Auliffe W. (2000), True eminectomy for internal derangement of the temporomandibular joint., Br J Oral Maxillofac Surg 38(5), 554-560.
  19. Ziegler CM, Haag C, Mühling J (2003), Treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation with intramuscular botulinum toxin injection., Clin Oral Investig 7, 52-55.
- 

## Verfahren zur Konsensbildung

### Bearbeiter:

PD Dr. Engelke (Minden), Prof. Dr. Dr. Gehrke\* (Hannover), Prof. Dr. Dr. Hell\* (Siegen), Prof. Dr. Dr. Hidding\* (Mönchengladbach), Prof. Dr. Dr. Kaduk\* (Greifswald), Dr. Dr. Kolk (München), Dr. Dr. Müller-Richter (Regensburg), PD Dr. Dr. Neff\* (Marburg), Dr. Dr. Pautke\* (München), Univ.-Prof. Dr. Dr. Reich (Bonn), Dr. Rippel\* (Salzburg), Dr. Schachner\* (Salzburg), Dr. Dr. Schneider\* (Dresden), PD Dr. Dr. Umstadt\* (Ludwigshafen), Prof. Dr. Dr. Ziegler\* (Trondheim)

\* Autoren der Version 2007

### Art der Erstellung

Methodik und Konsensusfindung: anonymisiertes Umlaufverfahren mit Konsensbildung

Evidenzlevel: Expertenmeinung, "best evidence synthesis"

Literaturrecherche: PubMed, Medline (Suchbegriffe: TMJ, dislocation, luxation, Botulinumtoxin, Botox, condylar displacement, eminectomy, eminoplasty)

Redaktionelle Unabhängigkeit der Autoren der LL-Gruppe ist gegeben

Mögliche Interessenskonflikte der an der LL-Entwicklung Beteiligten bestehen nicht

Finanzierung der LL durch DGMKG (Aufwandsentschädigung)

### Koordinator der Leitlinien-Überarbeitung:

Neff

## Erstellungsdatum:

04/1997

## Letzte Überprüfung:

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

11/2009

## Nächste Überprüfung geplant:

05/2013

---

Zurück zum [Index Leitlinien der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

---

**Stand der letzten Aktualisierung: 11/2009**

© **Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 17.03.2010; 09:29:50

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.