

Idiopathische Kondylusresorption

ICD-10: M24.89 (Gelenkdestruktion)

1. Einleitung

1.1. Priorisierungsgründe

Gründe für die vordringliche Erstellung einer Leitlinie zur idiopathischen Kondylusresorption sind:

- Die idiopathische Kondylusresorption betrifft überwiegend Frauen (Verhältnis Frauen zu Männern 9:1) überwiegend zwischen dem 10. und 40. Lebensjahr, insbesondere in der pubertären Wachstumsphase (Wolford & Cardenas, 1999, Huang et al., 1997)
- 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 idiopathischen Kondylusresorption aus epidemiologischen Studien nicht vor (Wolford & Cardenas, 1999, Huang et al., 1997). Bis 1968 wurden in der wissenschaftlichen Literatur lediglich 150 Fälle beschrieben (Wolford et al., 2002).
- Die Thematik der LL 6.8 "idiopathische Kondylusresorption" soll mittelfristig in die Leitlinien 6.3 (Rheumatoide Arthritis des Kiefergelenks), 6.2 (Degenerative Kiefergelenkerkrankungen) bzw. 6.7 (Kondylushyper- und -hypoplasie) im Sinne der Differenzialdiagnostik integriert werden. Es besteht Konsensus, dass es sich um ein seltenes Krankheitsbild handelt im Sinne einer Ausschlussdiagnose, klinisch beobachtete Resorptionen dürften überwiegend sekundärer Genese sein (vgl. LL 6.3, Rheumatische Arthritis).

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

2. Definition

Bei der idiopathischen Kondylusresorption handelt es sich um ein sehr seltenes Krankheitsbild, das im Sinne einer Ausschlussdiagnose zu behandeln ist. Die beobachteten Resorptionen lassen sich überwiegend auf eine sekundäre Genese zurückführen. Ähnliche Krankheitsbilder treten z.B. auf bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (vgl. LL 6.3), bei degenerativen Gelenkerkrankungen (vgl. LL 6.2), hier auch in Folge einer direkten oder indirekten Traumatisierung der Gelenkregion, sowie bei Neoplasien. Die idiopathische Kondylusresorption zeichnet sich durch eine Osteolyse des Processus condylaris des Unterkiefers aus. Dabei wird zwischen einer aktiven (progressiven) und einer stabilen (nicht progressiven) Resorption unterschieden. Die idiopathische Kondylusresorption kann mit einer erworbenen Unterkieferretrognathie und einem skelettal anterior offenen Biss kombiniert sein (vergleiche dazu auch die LL 017/069 zur Schlafapnoe).

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

Leitlinie	ICD*
idiopathische Kondylusresorption	M24.89 Gelenkdestruktion M19.99 Degenerative Gelenkrankheit, degenerative Osteoarthritis M89.89 Degenerative Knochenkrankung Q67.0 Gesichtssymmetrie K07.1 Anomalien der Kiefer-Schädel-Stellung K07.2 offener Biss K07.4 Bissanomalie K07.6 Kiefergelenkdysfunktion

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

3. Therapieziele

- Beseitigung von Schmerzen und funktionellen Beschwerden
- Verhinderung einer Progression der Erkrankung
- Verbesserung der Unterkiefermobilität
- Verbesserung der Unterkieferfunktion
- Wiederherstellung einer normgerechten Okklusion und Artikulation
- Korrektur und Verbesserung von Gesichtsdeformitäten und damit verbundener funktioneller und ästhetischer Beeinträchtigungen.
- Beseitigung einer sekundären Schlafapnoe

4. Symptome und Therapieindikationen

- Geringe bis stärkere Schmerzen (präaurikuläre Schmerzen, Ohrenscherzen, Kopfschmerzen)
- Myofunktionelle Beschwerden
- Unterkieferhypo- oder -hypermobilität
- Kiefergelenkgeräusche (Klicken, Knacken, Krepitation)
- Okklusionsstörung und Artikulationsstörung
- Gesichtsdeformitäten mit Asymmetrie
- Ästhetische Beeinträchtigungen
- Progression der Erkrankung

5. Untersuchungen

5.1 Notwendige Untersuchungen

- Inspektion
- Palpation
- Röntgen

5.2 Weiterführende Untersuchungen

- Magnetresonanztomographie
- Nuklearmedizinische Untersuchung
- Computertomographie oder DVT
- Biopsie

Bemerkung: Sollte sich im Rahmen der Bildgebung der Verdacht auf eine Neoplasie ergeben, ist gegebenenfalls eine biopsische Sicherung erforderlich. Der diagnostische Nutzen der instrumentellen Funktionsanalyse bleibt speziellen Fragestellungen vorbehalten.

6. Therapie

6.1 Konservative Therapie

- Schienentherapie

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.

- Funktionskieferorthopädie
- Physiotherapie/manuelle Therapie

Bemerkung: Unter dem Gesichtspunkt der bisher ungeklärten Pathogenese sind rheologisch und antiinflammatorisch wirksame Medikamente in Erwägung zu ziehen.

6.2 Operative Therapie

- Arthroplastik
- Partielle oder totale Kiefergelenkrekonstruktion (autogenes oder alloplastisches Transplantat)
- Dysgnathie-Operation

Anmerkung: Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Bewertung operativer Verfahren nur mit deutlicher Einschränkung möglich.

7. Risikofaktoren

In der Literatur werden folgende Risikofaktoren diskutiert:

- Kiefergelenkdeformitäten oder Fehlbildungen der Gegenseite

8. Komplikationen

- Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik

9. Empfehlung

Die Literaturangaben zur idiopathischen Kondylusresorption lassen Aussagen nur unter deutlichem Vorbehalt zu. Eine chirurgische Behandlung ist bei einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik und massiven Funktionsstörungen sowie Deformitäten größeren Ausmaßes indiziert. Bei der aktiven (progressiven) Kondylusresorption ist die chirurgische Behandlung nur selten zu empfehlen. Bei asymptomatischem Verlauf sollte die Indikation zur chirurgischen Therapie besonders streng gestellt werden.

Anmerkung:

Die Thematik der LL 6.8" idiopathische Kondylusresorption" soll mittelfristig in die Leitlinien 6.3 (Rheumatoide Arthritis des Kiefergelenks), 6.2 (Degenerative Kiefergelenkerkrankungen) bzw. 6.7. (Kondylushyper- und -hypoplasie) im Sinne der Differenzialdiagnostik integriert werden. Es besteht Konsens, dass es sich um ein seltenes Krankheitsbild handelt im Sinn einer Ausschlussdiagnose, klinisch beobachtete Resorptionen dürften überwiegend sekundärer Genese sein.

Literatur

1. Arnett GW, Milam SB, Gottesmann L (1996) Progressive mandibular retrusion - idiopathic condylar resorption. Part I. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 110(1):8-15. Review.
2. Arnett GW, Milam SB, Gottesmann L (1996) Progressive mandibular retrusion - idiopathic condylar resorption. Part II. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 110(2):117-127. Review.
3. Balasubramanian R, Van Sickels J, Falace D (2006) Condylar resorption following temporomandibular joint arthroscopy in a patient with essential thrombocythemia. J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 101(5):581-587.
4. Brennan MT, Patronas NJ, Brahim JS (1999) Bilateral condylar resorption in dermatomyositis: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 87(4):446-451
5. Gilula LA, Bliznak J, Staple TW (1976) Idiopathic nonfamilial acro-osteolysis with cortical defects and mandibular ramus osteolysis. Radiology. 121(1):63-68
6. Handelman CS (2004) Ask us. Condylar resorption Am J Orthod Dentofacial Orthop. 125(2):16A.
7. Huang YL, Pogrel MA, Kaban LB (1997) Diagnosis and management of condylar resorption. J Oral Maxillofac Surg, 55, 114-9; discussion 119-20.
8. Hwang SJ, Haers PE, Seifert B, Sailer HF (2004) Non-surgical risk factors for condylar resorption after orthognathic surgery. J Craniomaxillofac Surg. 32(2):103-11
9. Ilzuka T, Linqvist C, Hallikainen D, Mikkonen P, Paukku P (1991) Severe bone resorption and osteoarthritis after miniplate fixation of high condylar fractures. A clinical and radiologic study of thirteen patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 72(4):400-7.

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.

10. Shen YH, Chen YU, Chuang SY (2005) Condylar resorption during active orthodontic treatment and subsequent therapy: report of a special case dealing with iatrogenic TMD possibly related to orthodontic treatment. J Oral Rehabil 32(5):332-336 Review.
11. Van Damme PA, Merckx MA (1995) Condylar resorption in orthognathic surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 79(3):265-6.
12. Van Strijen PJ, Breuning KH, Becking AG, Tuinzing DJ (2001) condylar resorption following distraction osteogenesis: a case report. J Oral Maxillofac Surg 59(9) 1104-1107; discussion 1107-1108.
13. Wolford LM (2001) Idiopathic condylar resorption of the temporomandibular joint in teenage girls (cheerleaders syndrome). Proc (Bayl. Univ Med Cent) 14(3) 246-252
14. Wolford LM, Cardenas L (1999) Idiopathic condylar resorption: diagnosis, treatment protocol, and outcomes. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 116, 667-677.
15. Wolford LM, Mehra P, Reiche-Fischel O, Morales-Ryan CA, Garcia-Morales P (2002) Efficacy of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 121, 136-50; discussion 150-1.

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, resorption, idiopathic condylar resorption, idiopathic condylitis, condylar atrophy, dysgnathia, asymmetry)

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:

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, 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.

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; 09:28:54

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.