

Physiotherapie bei CMD: „Therapie Al Dente“

Die Cranio - Manibuläre Dysfunktion ist fast immer ein Mix aus der Summe der Beschwerden eines komplexen Funktionskreises. Hierbei nimmt die physiotherapeutische Behandlung mit ihrem manualtherapeutischen Therapieansatz eine zentrale Rolle ein

Tägliche Praxis:

Eine Patientin klagt über morgendliche Schmerzen und verkrampte Kiefer- und Mundbodenmuskulatur, Schmerzen bis ins Zahnfleisch, sowie im Bereich der Augenbrauen mit einhergehendem Hinterhauptkopfschmerz einseitig.

Das klinische Bild hierzu: Die Mundöffnung ist eingeschränkt, es zeigt sich ein stark entwickelter Muskelbauch des m.masseter einseitig sowie abgeschliffene Zähne.

Eine mögliche Therapie aus physiotherapeutischer Sicht wäre

Manuelle Therapie HWS - Kopfgelenke, Dehnung des Masseter, Lockerung durch Massage, Heiße Rolle, aktive Eigenübungen, Triggerpunktbehandlung zur Herstellung der Symmetrie, Schmerzreduktion und Erweiterung des Bewegungsausmaßes auf die physiologische SKD.

Ein anderer Fall:

Nach einer Unterkieferrückverlagerung ist der Patient nicht in der Lage, seinen Mund funktionell ausreichend zu öffnen.

Oder:

Ein Patient klagt über Knacken bei Mundöffnung unilateral.

Aber wie kann die Physiotherapie Abhilfe schaffen? Was muss vor der Therapie geschehen?

Zur Erstellung eines physiotherapeutischen Therapieplans ist vor allem der Befund mit den Abschnitten der oberen HWS und der Kopfgelenke sowie der übrigen HWS mit cervico-thorakalem Übergang bis zur BWS und dem Schultergürtelbereich ausschlaggebend.

Zu einem umfassenden Befund gehören ebenso die Beurteilung hinsichtlich des Gesamtkörperstatus die Inspektion des Beckenstandes und die Beurteilung der ISG, Beweglichkeit und Stellung der Hüftgelenke und die Einflussnahme bestehender Skoliosen und Fußgewölbedeformitäten.



Aufgrund des komplexen Befundes werden Rückschlüsse auf eine auf- oder absteigende Dysfunktion gezogen und die entsprechende Therapie kann mit einer Probebehandlung initiiert werden.



Die Physiotherapie stützt sich bei der Befunderhebung auf standardisierte Mess- und Testverfahren und dokumentiert die Ergebnisse des Gelenkstatus und der Gelenkmessungen, der Muskelfunktions tests und die Ergebnisse der Tests der neuralen Strukturen auf einem entsprechenden Befundbogen. Diese Eingangsbefunde werden später zur Evaluierung des Therapieergebnisses wieder herangezogen.



Die PhysiotherapeutIn ist durch das Erkennen von funktionellen Dysfunktionen in der Lage, dem Patienten in einem späteren Stadium Anleitungen zum eigenständigen Training und Hinweise zum Verhalten im Alltag, vor allem bezogen auf seine Haltung zu geben.

Nur so kann langfristig der Kreislauf aus Schmerzhaltung und den einhergehenden Funktionsstörungen, der Übernahme der Fehlstellungen in den ADL (activity of daily life) durch Schonhaltungen und den damit verbundenen, weiter fortschreitenden muskulären Dysbalancen und Fehlstellungen in den Gelenken Einhalt geboten werden.

Schmerz und Missempfindungen sind an unterschiedlichsten Stellen lokalisiert, zeigen sich vor allem im Bereich der Kiefergelenke und der Kaumuskelatur sowie der HWS.

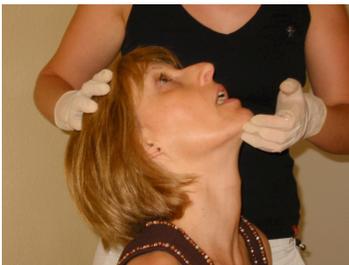


Übertragende Schmerzen im Gesicht, in Höhe der Ohren, aber vor allem häufig im Bereich des Hinterkopfes ergänzen oder vervollständigen das Bild der Symptomatik.

Diese entstehen durch Funktionsstörungen im Ablauf der Mundbewegungen durch Krachen, Krepitationen und/oder Discusverlagerungen.

Muskuläre Dysbalancen der Kaumuskelatur können Triggerpunkte aktivieren.

Im Feld der Kopfschmerzsymptomatik kann der Hinterhauptschmerz von einer verkürzten Nackenmuskulatur herrühren, die Aufrichtung und Verlängerung des Nackens sind nicht mehr optimal möglich, die Nackenrezeptorenspannung ist massiv erhöht und die Schonhaltung verursacht hier eine massive Fehlbelastung des gesamten oberen Funktionskreises.



Schmerzen lokalisieren sich ebenfalls am Occiput durch Rotationsfehlstellungen von C1

mit absteigenden Beschwerden von C1 – C3 sowie Verkürzung der kurzen Nackenmuskeln.

Eine Hypertonie des m.masseter oder des m.temporalis sowie Zähneknirschen oder Pressen verursachen häufiger den Schmerz im Schläfenbereich.

Die Symptomatik des Gesichtsschmerzes kann durch Kiefer- und/oder Zahnschmerzen ausgelöst werden, Schluckbeschwerden und Sehstörungen ergänzen das Bild.

Schädeldachkopfschmerzen müssen eine Beurteilung der Festigkeit der Schädelnähte in einer osteopathischen Befunderhebung initiieren.

Zum physiotherapeutischen Befund gehört also zusammenfassend:

- Gelenkscreening durch die komplette manuelle Funktionsanalyse nach Prof. Bumann
- Muskelscreening der Hauptmuskeln (m.masseter, m. pyerygoideus lat. und med., m temporalis, m. digastricus venter)
- Manuelle Untersuchung der Kopfgelenke sowie der HWS mit Tests der aktiven und passiven Gelenkbeweglichkeit
- Muskelscreening von m. trapezius, mm. scaleni, m. levator scapulae und der kurzen Kopfmuskeln
- Beurteilung CTÜ und BWS (Skoliosen)
- Beurteilung ISG, Beckenstand und Status der Hüftgelenke
- Handlungsstatus
- Nerven-Dehntests

Allem voran wird ein Zahnstatus durch den betreuenden Zahnarzt oder Kieferorthopäden erhoben.

Nach der Herstellung einer befundbezogenen Schiene durch den Zahnarzt oder den Kieferorthopäden kann in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen dem Zahnarzt und der

Physiotherapeutin weiter an den Ursachen der Fehlstellung bzw Schmerzsituation durch physiotherapeutische Maßnahmen gearbeitet werden.

Die physiotherapeutische Therapie muss immer dem Patienten und seiner Schmerzempfindung angepasst sein.

Eine erforderliche Detonisierung der Muskulatur (Kiefer und/oder Kopfgelenke) erfolgt durch Massagen in Längsrichtung sowie Querfraktionen mit dem Effekt der Durchblutungsförderung. Durch mechanische, biochemische und neuroreflektorischen Reizsetzungen reduziert sich die Kompression in den Kiefergelenken.

Das Kiefergelenk selbst wird nach entsprechendem Befund manualtherapeutisch behandelt (Gleitmobilisationen, Traktionen, Stabilisation etc).



Die Problematik im Kiefergelenk führt fast automatisch über die Verschaltung der Muskulatur und den Gelenken zu Funktionsstörungen im HWS-Bereich und dem Schultergürtel. Diese Stellungsänderungen im Bereich der HWS, aber auch BWS haben wiederum Einfluß auf die Okklusion.

Durch die physiotherapeutischen Maßnahmen der Detonisierung und Manuellen Therapie werden die Grundlagen zur Entlastung der Kiefergelenke geschaffen.

Umgekehrt kann aber auch eine Fehlstellung der Kopfgelenke insbesondere zu einer Okklusionsfehlstellung führen.

Der Befund der Beweglichkeit am cerviko-thorakalen Übergang und die entsprechende Therapie ist ebenso maßgeblich und sollten dringend dazu führen, daß dem Patienten grundlegendes Verständnis zur Erarbeitung einer entlastenden Haltung vermittelt wird und die Erstellung eines individuellen Heimübungsprogramms.



Zusammenfassend die physiotherapeutische Behandlung, abhängig vom Befund:

- Globale Techniken zur Entspannung der Muskulatur Schultergürtel – HWS
- Manuelle Mobilisation des Kiefergelenkes
- Entspannungstechniken der Kiefermuskulatur
- Mobilisation der oberen Kopfgelenke
- Release Occiput
- Entspannung der Fascien
- Mobilisation ISG
- Eigenübungen Stabilisation HWS – BWS – LWS
- Eigenübungen zur Stabilisation des Kiefers

Der Zahnarzt/Kieferchirurg entscheidet in Bezug auf eine Verordnung von Manueller Therapie (MT) bzw. Krankengymnastik (KG) nach der medizinischen Notwendigkeit in Bezug auf eine zahnärztliche Diagnose, selbstverständlich unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zum Wohle des Patienten hier unabdingbar.



*Die Autorin ist selbständige Physiotherapeutin mit einer Praxis in Budenheim bei Mainz und Referentin der LZK Rheinland-Pfalz sowie Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Physiotherapeuten ZVK in Rheinland-Pfalz/Saarland
Weitere Informationen über Qualifikation und Vita unter www.physiotherapie-budenheim.de oder direkt an dagmar.schlaubit@t-online.de*

Der nächste Kurs „CMD – manuelle Therapie al dente“ wird am 21.11.2007, 15 – 18 Uhr in der LZK Rheinland-Pfalz veranstaltet.