



Kiefergelenkbeteiligung bei juveniler idiopathischer Arthritis

1. Auflage

Die juvenile idiopathische Arthritis ist eine chronische Gelenkentzündung, die auch die Kiefergelenke betreffen kann. Dies ist bei über der Hälfte der kleinen Patienten der Fall. Das Risiko ist besonders hoch, wenn die Krankheit sehr früh einsetzt, lange andauert und einen schweren Verlauf nimmt. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.

Die Hauptmerkmale des entzündlichen Kiefergelenkbefalls bei der juvenilen idiopathischen Arthritis sind eine Gelenkentzündung, Funktions- und Bewegungseinschränkungen, Veränderungen des Gesichtsschädels sowie eine Gelenkschädigung. Es ist deshalb wichtig, eine Kiefergelenkbeteiligung so früh wie möglich festzustellen, um schwerwiegende Folgen auf die Gesichtsentwicklung abzuschwächen oder zu verhindern.

sich eine so genannte »Rücklage des Unterkiefers« mit einem fliehenden Kinn.

Häufig schwenkt der Kiefer auch infolge des ungünstigen Wachstums nach hinten und nach unten, so dass vorne ein offener Biss entsteht, bei dem zwischen den Schneidezähnen kein Kontakt besteht und Abbeißen nicht mehr möglich ist.

Ist ein Kiefergelenk stärker oder längere Zeit betroffen, ist das Wachstum in der Folge einseitig verringert. Dies führt zu einer Gesichtasymmetrie, das Kinn weicht zur betroffenen Seite ab.

Diagnostik

Es ist von großer Bedeutung, dass die Kiefergelenke aller Kinder und Jugendlichen mit juveniler idiopathischer Arthritis durch einen spezialisierten Arzt, Kieferorthopäden oder Zahnarzt untersucht werden. Dieser überprüft sowohl die Funktion der Gelenke als auch die Formveränderungen. Zusätzlich zur klinischen Untersuchung werden häufig bildgebende Verfahren (Röntgen, Magnetresonanztomographie) zur Untersuchung eingesetzt.

Bei Kindern ohne Hinweise auf eine rheumatische Mitbeteiligung der Kiefergelenke ist eine regelmäßige Kontrolle sinnvoll, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine Entzündung in der Zukunft entstehen wird.

Hinweis für Eltern:

Achten Sie auf Störungen, wie z. B. Schmerzen im Bereich des Ohres oder eine eingeschränkte oder asymmetrische Mundöffnung.

Bei circa 60 % der Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) lassen sich Veränderungen der Kiefergelenke im Röntgenbild nachweisen. Diese knöchernen Abweichungen reichen von kleinen Entrundungen bis zur völligen Zerstörung des Kiefergelenkköpfchens.

Im Magnetresonanztomogramm (MRT, »Kernspin«) lassen sich zusätzlich zu den knöchernen Schäden die Veränderungen an den Weichgeweben darstellen. Diese

Was deutet auf eine Kiefergelenkbeteiligung hin?

Die Produktion von Gelenkflüssigkeit wird durch die Entzündung im Kiefergelenk gesteigert. Dies führt zu einer Druckerhöhung in der engen und derben Gelenkkapsel. Folgen können Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Schwellung oder Rötung sein. Häufig verläuft die Entzündung im Kiefergelenk jedoch ohne Beschwerden des Kindes oder Jugendlichen. Das bedeutet, dass trotz einer rheumatischen Beteiligung der Kiefergelenke nur sehr selten Schmerzen oder Gelenkgeräusche auftreten, so dass die Zerstörung der Gelenke unbemerkt voranschreitet.

Oft sind die Bewegungen des Unterkiefers eingeschränkt. Das Kind kann den Mund nicht sehr weit öffnen. Ist ein Kiefergelenk stärker geschädigt als das der anderen Seite, äußert sich dies in einer asymmetrischen Mundöffnung. Das Kinn weicht dabei zur entzündeten Seite ab. Zudem berichten die Kinder häufig, dass sich der Kiefer morgens besonders schwer öffnet (Morgensteifigkeit) oder dass das Kauen harter Nahrung weh tut.

Folgen einer Kiefergelenkbeteiligung

Eine Kiefergelenkbeteiligung kann sich negativ auf die Gesichtsentwicklung auswirken, denn ein Wachstumszentrum des Unterkiefers befindet sich im Bereich der Kiefergelenke. Besteht die Entzündung über längere Zeit, bleibt der Unterkiefer im Wachstum zurück, es entwickelt

Methode ist besser als die röntgenologischen Verfahren, da sie die frühen Befunde einer JIA (wie z. B. die Entzündung im Gelenk oder einen Gelenkerguss) darstellen kann, die vor der Beteiligung von Knorpel und Knochen im Gelenk auftreten.

Als Folge einer Kiefergelenkentzündung ist das Wachstum des Unterkiefers häufig verringert.

Vorbeugung und Behandlung

Wird eine Beteiligung der Kiefergelenke nachgewiesen, erfolgt die Behandlung durch entzündungshemmende Medikamente sowie durch spezielle Zahnklammern. Des Weiteren kann eine parallel durchgeführte Physiotherapie den Erfolg der Maßnahmen verbessern.

In aktiven Phasen der Entzündung stehen der Schutz der Kiefergelenke und der Erhalt der Funktion im Vordergrund. Es werden speziell angepasste Schienen angefertigt, die die Gelenke vor Überbelastung schützen.

In Phasen ohne aktive Entzündung (Remission) wird der unterentwickelte Unterkiefer in seinem Wachstum gefördert und Abweichungen des Kinns werden durch so genannte funktionskieferorthopädische Geräte korrigiert. Hierfür stehen spezielle Zahnklammern aus weichbleibendem Kunststoff zur Verfügung, die eine schonende Umstellung auf die neue Unterkieferstellung ermöglichen.

Pausiert die Erkrankung vollständig, kann zur Einstellung eines korrekten Bisses und einer korrekten Zahnstellung eine kieferorthopädische Behandlung mit herausnehmbaren und/oder festsitzenden Apparaturen durchgeführt werden. Die Reaktionen im Bereich der Kiefergelenke sind bei Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis jedoch in der Regel geringer, so dass mit einer längeren Behandlungsdauer gerechnet werden muss. Außerdem sollte bei einer Behandlung mit festsitzenden Geräten im Gegenkiefer eine Schiene eingegliedert werden, um das Kiefergelenk zu schonen.

Ist das Wachstumsdefizit des Unterkiefers zu groß oder die Reaktion auf die kieferorthopädische Behandlung zu gering, kann eine korrekte Bisslage nur durch eine Operation nach Abschluss des Wachstums eingestellt werden. Dabei werden der obere und untere Kiefer mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen zunächst aufeinander abgestimmt, dann wird die Operation durchgeführt, und abschließend muss die Klammer noch einige Monate getragen werden, um ein optimales Verhältnis der Kiefer und aller Zähne zueinander zu erreichen.

Wichtig ist, dass auch nach solchen kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlungen die Kiefergelenke langfristig vom Kieferorthopäden untersucht werden, um eventuell wieder auftretende Entzündungen rechtzeitig zu entdecken.

Wir bedanken uns bei der Dänischen Elternorganisation rheumakrankter Kinder (www.gbf.dk) für die Überlassung des Originaltextes und bei Frau Professor Dr. Bärbel Nieke, Hamburg, für die Übersetzung ins Deutsche.

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen, wenden Sie sich an:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Info-Hotline **01804 – 60 00 00**
(20 ct pro Anruf aus dem deutschen Festnetz,
ggf. abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen)

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

1. Auflage 2008/09 – 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 6.15/BV/02/2009

Mit finanzieller Unterstützung des
Bundesministeriums für Gesundheit

