

SCREENING

CMD-Basisdiagnostik als Screening-Instrument für die tägliche Praxis

| Die DGFDT hat 2019 ein CMD-Screening veröffentlicht, dass auf Erkenntnissen aus dem CMD-Kurzbefund nach Ahlers und Jakstat sowie Überlegungen des DC/TMD basiert. [1] Das CMD-Screening verquickt damit anamnestische Fragen des DC/TMD mit klinischen Untersuchungen und gibt Durchführung und Konsequenz vor. Ein CMD-Screening ist im Praxisalltag hilfreich, um eine erste Einschätzung auf Vorliegen einer CMD-Problematik zu treffen. Dabei sollte der diagnostische Grundsatz gelten, die CMD-Anamnese gegenüber der klinischen Untersuchung zu priorisieren. [2] |

Anamnese und klinische Untersuchung im CMD-Screening

Der von einer Expertengruppe der DGFDT entwickelte Screening-Bogen empfiehlt sich vor dem Beginn restaurativer und/oder kieferorthopädischer Behandlungen, zur Abgrenzung unklarer Kiefer- und Gesichtsschmerzen und/oder orofazialer Dysfunktionen. Er prüft ohne den Einsatz von Hilfsmitteln oder technischer Unterstützung einige für das Krankheitsbild relevante Merkmale in einem anamnestischen (4 Fragen) und einem klinischen Teil (5 Untersuchungen), auf die je nach Ausprägung mit „Ja/Nein“ geantwortet werden kann. Zunächst wird der Patient befragt, ob bei ihm einmal wöchentlich oder häufiger Schmerzen im Schläfen- oder Gesichtsbereich, im Kiefer oder Kiefergelenk, bei der Kieferöffnung oder beim Kauen auftreten und ob er Schwierigkeiten oder gar Blockaden bei der Kieferöffnung hat. Im anschließenden Untersuchungsteil erfolgen Palpationen der Kaumuskelatur und des Kiefergelenks, die aktive Kieferöffnung wird mit Lineal oder Schiebellehre gemessen und der Patient auf Okklusionsstörungen und Kiefergeräusche (Knacken und Reiben) hin untersucht. Wird in der Basiserhebung insgesamt mindestens zweimal mit „Ja“ geantwortet, kann davon ausgegangen werden, dass beim Patienten wahrscheinlich eine CMD vorliegt. Dann sollte eine weitere klinische Funktionsanalyse erfolgen, um die Diagnose abzuschern. Das alleinige Auftreten von Kiefergelenkgeräuschen ohne Bestehen von Schmerzen oder Funktionseinschränkungen bedingt in der Regel keine Durchführung einer erweiterten Diagnostik. [1]

Gefahr der Überdiagnostik?

Allerdings halten die renommierten Wissenschaftler Prof. Dr. Jens Christoph Türp (Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel) und Prof. Dr. Hans Jürgen Schindler (Universität Würzburg) den Einsatz des CMD-Screening-Bogens lediglich für eingeschränkt sinnvoll. Sie stufen nur die anamnestischen Fragen zu klinischen Symptomen und die Messung der maximalen Kieferöffnung als „sinnreiche Maßnahmen“ ein, geben aber zu bedenken, dass schmerzgeplagte Patienten mit orofazialen Schmerzen und/oder eingeschränkter Unterkiefermobilität sehr wahrscheinlich von selbst einen Therapeuten aufsuchen. Die Spezialisten sehen hier deshalb die Gefahr

Grundsatz:
CMD-Anamnese
vor klinischer
Untersuchung

Liegen nur
KG-Geräusche vor,
ist keine weitere
Diagnostik nötig

Screening schießt
über das Ziel hinaus
– Schmerzgeplagte
melden sich selbst

Screeningtool wird
derzeit überarbeitet

einer Überdiagnostik, verbunden mit der Einleitung nicht indizierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. [2]

DGFDT-Screening-Bogen wird derzeit validiert

Die DGFDT erklärte auf Nachfrage, das Screeningtool befinde sich derzeit auf Grundlage einer klinischen Studie unter der Leitung von Frau Professor Peroz (Berlin) zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität in Bearbeitung und werde mittelfristig angepasst. Nach ersten Ergebnissen gibt es eine Diskrepanz die Sensitivität betreffend (Sensitivität: 87,3 % DGFDT-Screening) u. a. gegenüber dem CMD-Kurzbefund nach Ahlers und Jakstat (Sensitivität von 95,8 %) und dem Goldstandard des DC/TMD. Der Grund hierfür ist der, dass die DGFDT bei alleinig vorliegenden Kiefergelenksgeräuschen nicht zwangsläufig eine erweiterte Diagnostik empfiehlt. Da Kiefergelenksgeräusche im *Diagnostic Decision Tree* des DC/TMD jedoch immer zu einer Diagnose führen und auch im CMD-Kurzbefund nach Ahlers und Jakstat in Zusammenschau mit einem zweiten Parameter eine weiterführende Diagnostik indizieren, ergibt sich die Diskrepanz hinsichtlich der Sensitivität. [3]

IHR PLUS IM NETZ



Hier [2] mobil
weiterlesen

QUELLEN

- [1] Internetseite der Dt. Ges. für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT): www.de/s6169.
- [2] Türp JC, Schindler HJ. Screening für kranio-mandibuläre Dysfunktionen. Eine sinnvolle Maßnahme? *Der Schmerz* 1/2020, doi.org/10.1007/s00482-019-00432-1.
- [3] Raphael Faulhaber, Prof. Dr. Ingrid Peroz: Validierung des CMD-Screenings der DGFDT. *Zeitschrift für Kranio-mandibuläre Funktion* 2021 (Supplement), S. 13.

INFORMATION



Hier
CME-Punkte
sammeln

CME-BEITRAG

Internationaler Funktionsstatus DC/TMD ist der Goldstandard

| In den 90er-Jahren stellte ein internationales Expertengremium ein Diagnostik- und Klassifikationssystem von Myoarthropathien vor, das ursprünglich zu Forschungszwecken innerhalb klinischer Studien entwickelt wurde. Etwas abgewandelt entstanden daraus die Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). Dieser international anerkannte und validierte Funktionsstatus hat seit 2019 auch Einzug in deutsche Zahnarztpraxen gehalten. |

Strukturierte Diagnostik in zwei Achsen mit den DC/TMD

Im Jahr 2014 wurden auf Basis vieler wissenschaftlicher Studien die *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) publiziert. Die Universitäten Heidelberg und Leipzig übersetzten diese Kriterien in einem von der DGZMK finanziell unterstützten Projekt ins Deutsche. Das zuständige Konsortium „International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology“ (INFORM) hat die deutsche Version 2019 freigegeben. Die

Deutsche Fassung
seit 2019 freigegeben