

**Aus der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. H.-G. Schaller)

Sektion Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde

**Bruxismus als Risikofaktor für kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD)
bei Kindern und Jugendlichen**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Grit Maria Seherer

geboren am 08.06.1974 in Gera

Betreuer: PD Dr. Christian Hirsch, MSc

Gutachter: 1. Herr PD Dr. Christian Hirsch
2. Frau Univ.-Prof. Dr. Annerose Borutta
3. Herr PD Dr. Mike T. John, MPH, PhD

Eröffnungsdatum des Promotionsverfahrens: 16.05.2006

Datum der Verteidigung: 20.12.2006

urn:nbn:de:gbv:3-000011355

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000011355>]

Referat

Neben Karies und Periodontitis stellen schmerzhaft kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD) mit einer Prävalenz von 10% im Erwachsenenalter ebenfalls eine häufig auftretende Gruppe oraler Erkrankungen dar, die erheblichen Therapiebedarf verursacht. Bereits im Kindes- und Jugendalter sind CMD-Schmerzen ein signifikantes Gesundheitsproblem. Die Bedeutung von CMD im Kindes- und Jugendalter liegt insbesondere darin, dass hier wichtige ätiopathogenetische Weichenstellungen, die CMD zum Gesundheitsproblem bei Erwachsenen werden lassen, erfolgen. Bruxismus, der bereits bei Kleinkindern häufig auftritt, wird als eine der Ursachen für CMD angesehen. Die tatsächlichen Zusammenhänge sind jedoch bisher unklar, da Bruxismus ein heterogenes parafunktionelles Geschehen ist.

Das Ziel der bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie an 1011 10- bis 18-Jährigen war zu beschreiben, wie sich verschiedene Bruxismus-Subtypen auf CMD im Kindes- und Jugendalter auswirken.

CMD-Schmerzen bzw. akute Bruxismusaktivitäten wurden von 15% bzw. 12% der Probanden angegeben. Schliff-Facetten im Frontzahnbereich (als Zeichen für chronische Bruxismusaktivitäten) konnten bei 36% festgestellt werden. Das Vorkommen der Schliff-Facetten zeigte einen altersabhängigen Anstieg und war geschlechtsunabhängig. CMD-Schmerzen und akuter Bruxismus wurden dagegen häufiger von weiblichen Probanden angegeben. Die logistische Regressionsanalyse ergab unter Adjustierung von Alter und Geschlecht bei vorhandenen Schliff-Facetten (chronischer Bruxismus) kein erhöhtes Risiko für CMD-Schmerzen. Akute Bruxismusaktivitäten waren jedoch mit einem signifikant erhöhten Risiko für CMD-Schmerzen verbunden (Odds Ratio=2,7; 95%- Konfidenzintervall: 1,7-4,2).

Die Erfassung von Schliff-Facetten an Frontzähnen hat keinen Informationswert für CMD-Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Dagegen scheint akuter Bruxismus für CMD in diesem Altersbereich von größerer ätiologischer Bedeutung zu sein.

Sehrer, Grit: Bruxismus als Risikofaktor für kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD) bei Kindern und Jugendlichen.

Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 72 Seiten, 2006

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
1. Einleitung	1
2. Kraniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) und Bruxismus	2
2.1. CMD	2
2.1.1. Begriffsbestimmung, Prävalenz	2
2.1.2. Ätiologie	3
2.1.3. Einteilung (Klassifizierung)	3
2.1.4. CMD als Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter	4
2.2. Bruxismus	5
2.2.1. Definitionen, Prävalenz	5
2.2.2. Formen	5
2.2.3. Ätiologie	6
2.2.4. Diagnostik	6
2.2.5. Auswirkungen	7
2.2.6. Bruxismus bei Kindern	7
2.3. Bruxismus als Risikofaktor für CMD	7
3. Zielstellung der Studie	10
4. Probanden und Methode	11
4.1. Design der Studie	11
4.2. Voruntersuchung und Reliabilitätstest	11
4.3. Stichprobe	12
4.4. Zeitliche Organisation	13
4.5. Ablauf und Inhalt der Untersuchung	14
4.5.1. Ablauf der Untersuchung	14
4.5.2. Inhalt der anamnestischen Erhebungen	14
4.5.3. Klinische Befunderhebung	15
4.5.4. Ermittlung der CMD-Befunde	16
4.6. Statistische Auswertung	17
4.6.1. Darstellung von Zielgrößen und Exposition	17
4.6.2. Zusammenhang zwischen Zielgrößen und Exposition	17
4.7. Ethische Aspekte	18
5. Ergebnisse	19

5.1.	Response	19
5.2.	Beschreibung der Stichprobe	19
5.3.	Bruxismus in der Stichprobe	20
5.4.	CMD in der Stichprobe	21
5.4.1.	Anamnestische CMD-Symptome	21
5.4.2.	Klinische CMD-Symptome	22
5.4.3.	Symptomkomplexe und Diagnosen	23
5.5.	Anamnestischer Bruxismus und CMD	24
5.5.1.	Assoziation zwischen anamnestischem Bruxismus und CMD	24
5.5.2.	Alters- und Geschlechtseinfluss	25
5.6.	Klinischer Bruxismus und CMD	26
5.6.1.	Assoziation zwischen klinischem Bruxismus und CMD	26
5.6.2.	Alters- und Geschlechtseinfluss	27
5.7.	Multivariable Analyse	28
5.7.1.	Korrelationsanalyse	28
5.7.2.	Logistische Regressionsanalyse	30
5.7.3.	Dosis-Wirkungs-Beziehung	31
6.	Diskussion	33
6.1.	Methodische Stärken und Schwächen der Studie	34
6.1.1.	Studiendesign	34
6.1.2.	Datenerhebung	35
6.1.3.	Indizes zur Diagnosestellung	36
6.2.	Interpretation der Daten	37
6.2.1.	Epidemiologische Merkmale	37
6.2.2.	Der zeitliche Zusammenhang	39
6.2.3.	Hypothese: Trainingseffekt	39
6.2.4.	Hypothese: Körperbewusstsein und Symptomwahrnehmung	41
6.3.	Prophylaxe und Therapie	42
7.	Schlussfolgerungen	44
8.	Zusammenfassung	45
9.	Literaturverzeichnis	46
10.	Anhang	54