



---

## Gesichtsschmerz und anteriore Diskusverlagerung beidseits – interdisziplinäres, ambulantes Management: Fallbericht Kieferorthopädie und Physiotherapie

Marisa Hoffmann<sup>1,2</sup>, Johanna Ziebart<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> AGILPHYSIO Physiotherapie Marisa Hoffmann, Nieder-Olm

<sup>2</sup> Cranio Facial Therapy Academy (CRAFTA), Hamburg

<sup>3</sup> Zentrum für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Kieferorthopädie GbR

<sup>4</sup> Kieferorthopädie Dr. Johanna Ziebart, Mainz

E-Mail: m.hoffmann@agil-physio.de

**Anamnese:** Eine 65-jährige Patientin stellte sich mit seit fünf Monaten bestehenden, persistierenden Gesichtsschmerzen im Versorgungsgebiet des Nervus maxillaris (V2 rechts) vor (NRS 6-7/10 unter Schmerzmedikation). Die Schmerzen breiteten sich im Verlauf auf Kiefergelenk, Ohr, Auge, Stim und Halswirbelsäule (HWS) aus. Funktionell bestanden Einschränkungen beim Kauen und der Mundöffnung (SKD 21 mm). Die Symptomatik begann nach einer infizierten Zyste im Sinus maxillaris und verschlechterte sich nach operativer Entfernung von Zahn 12 und Extraktion der Molaren 16/17 vor 4 Monaten. Die Patientin leidet zusätzlich an Fibromyalgie und gibt in der Vorgeschichte einen zervikalen Bandscheibenvorfall an.

**Diagnosen:** Diagnostisch ergaben sich aus manueller Strukturanalyse und MRT eine craniomandibuläre Dysfunktion, Arthrosis deformans des rechten Kiefergelenks, Diskusluxation beidseits sowie eine Rotationsfehlstellung C2 und ein Gefäß-Nervenkontakt des Nervus trigeminus.

**Therapie:** Die Therapie erfolgte interdisziplinär durch Kieferorthopädie (KFO), Physiotherapie und medikamentöse Schmerzbehandlung. Initial wurde eine schmerzreduzierende, antiphlogistische Therapie eingeleitet. Es konnte eine in Okklusion abhängige optimierte Gelenkstellung ermittelt werden, die durch eine Schiene im Unterkiefer übertragen wurde. Mit zunehmender Tragezeit (22 h/Tag) und weicher Kost kam es zu einer deutlichen Schmerzreduktion.

Die Physiotherapie begann mit manuellen Techniken an der oberen HWS, gefolgt von myofaszialer Detonisierung. Später kamen sowohl manualtherapeutische Techniken am Kiefergelenk als auch neurodynamische Maßnahmen zum Einsatz.

Edukation und Selbstmanagement wurden von Anfang an integriert. Bereits nach zwei Wochen berichtete die Patientin über eine deutliche Schmerzreduktion (NRS 4/10), mit weiterer Verbesserung nach sechs Wochen (NRS 2-3/10). Die Medikation konnte halbiert werden, subjektiv verspürte die Patientin eine Besserung um 50 %.

**Schlussfolgerung:** Das Beispiel zeigt, dass komplexe Gesichtsschmerzen mit neuropathischer, myofaszialer und arthrogener Komponente durch ein strukturiertes, fachübergreifendes Vorgehen effektiv behandelbar sind – insbesondere bei Patienten mit Multimorbidität und chronischen Schmerzsyndromen.