

3 Fragestellung

Nachdem die klinische Relevanz, die Reliabilität und Reproduzierbarkeit sowie der hohe Grad an Informationen durch die MRT in der Kiefergelenksdiagnostik in den vergangenen Jahren anhand zahlreicher Studien nachgewiesen werden konnte, wird gleichzeitig deutlich, dass es noch nicht gelungen ist, sich dieses diagnostische Hilfsmittel optimal in der Kiefergelenksdiagnostik zu Nutzen zu machen.

Viele der Vermessungstechniken, die bereits aufgestellt wurden, sind im klinischen Alltag nicht anwendbar, da sie für den Zahnarzt noch kaum verwertbare Informationen liefern. Erst wenn man anhand der Daten klar abgrenzen kann, in welchem Fall es sich um eine anatomische Variation handelt und ab wann eine pathologische Veränderung besteht, sind die Messdaten für den Kliniker als Hilfestellung anzusehen.

Genau diese Abgrenzung stellt sich aber als sehr schwierig heraus, da es sich auch bei asymptomatischen Probanden bei einer Veränderung im Kiefergelenk nicht in jedem Fall um eine anatomische Variation handeln muss. Auch asymptotisch verlaufende Pathologien oder altersbedingte physiologische Veränderungen treten häufig auf und müssen von einer symptomatischen Pathologie im Zuge eines „internal derangement“ abgegrenzt werden. Zur Klärung dieser Fragestellung werden viele Studien benötigt, die symptomatische Fälle mit beschwerdefreien Probanden in der MRT untersuchen und vergleichen. Einen wichtigen Beitrag dazu will die vorliegende Studie leisten, indem möglichst umfangreiche morphometrische Daten von jungen asymptomatischen Probanden aufgestellt werden und man sich somit ein genaueres Bild über die Größenverhältnisse der einzelnen Strukturen des Kiefergelenks und ihre Verhältnisse zueinander machen kann.

Fragestellungen bei der Auswertung der MRT-Aufnahmen an asymptomatischen Erwachsenen waren daher:

- die morphologische Beurteilung der Condylusform,
- die Prävalenz der anterioren DV mit und ohne Reposition,
- die Variationsbreite des Condylusdurchmessers, der Diskuslänge und –breite, der Diskuslage und der Condyluslage, jeweils in Interkuspitationsposition (IKP) und bei maximaler Kieferöffnung (max. KÖ) und
- wie sich diese Daten zwischen Probanden und Patienten unterscheiden.
- Untersuchung der unbeweglichen knöchernen Strukturen, wie Tuberculum articulare, Fossa mandibularis und Processus postglenoidalis.