

Fallbeschreibung

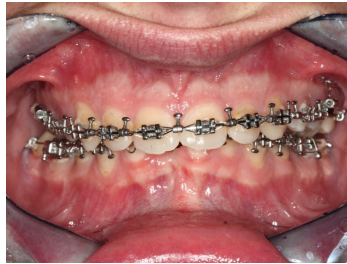
Ein gesunder **19-jähriger Patient** wird von seinem Kieferorthopäden zur Mitbeurteilung in eine kieferchirurgische Praxis überwiesen.

Bildgebung



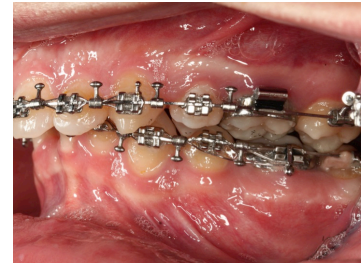
Makroskopie - Profil präoperativ

Makroskopie - präoperativ - Profilfotos



Makroskopie - intraoral 1 präoperativ

Makroskopie - präoperativ - Bild 1 - in(...)



Makroskopie - intraoral 2 präoperativ

Makroskopie - präoperativ - Bild 2 - in(...)



Makroskopie - intraoral 3 präoperativ

Makroskopie - präoperativ - Bild 3 - in(...)



Bildgebung - OPAN präoperativ

Bildgebung - präoperativ - OPAN - präo(...)



Bildgebung - FRS präoperativ

Bildgebung - präoperativ - FRS - präop(...)



Bildgebung - OPAN postoperativ

Bildgebung - postoperativ



Bildgebung - FRS postoperativ

Bildgebung - postoperativ

- OPAN - posto(...)

- FRS - postop(...)

Fragen zum Fall

1. Sie erheben zunächst die Anamnese. Welche der folgenden Aussagen des Patienten ist hierfür am wenigsten relevant?
 - A. Meine Weisheitszähne wurden vor ca. einem Jahr entfernt.
 - B. Ich habe Probleme beim Abbeißen.
 - C. Manchmal spüre ich ein Knacken im rechten Kiefergelenk.
 - D. Ich finde mich nicht schön.
 - E. Alle genannten Informationen sind relevant.

2. Was ist in der Regel keine Folge einer Dysgnathie?
 - A. Nervenschädigungen
 - B. Mangelhafte Kaufunktion
 - C. Profilveränderungen
 - D. Frühzeitiger Zahnverlust
 - E. Psychische Probleme

3. Sie führen eine klinische Untersuchung des Patienten durch und betrachten die angefertigten Röntgenbilder. Wie lautet die Diagnose?
 - A. Angle Klasse III mit beidseitigem Kreuzbiss
 - B. Skelettale Dysgnathie Angle Klasse III mit front-offenem Biss
 - C. Front-offener Biss mit beidseitigem Kopfbiss bei Angle Klasse II
 - D. Skelettale Dysgnathie der Angle Klasse II mit frontal-tiefem Biss
 - E. Umgekehrte Frontzahnstufe bei Angle Klasse II

4. Welche Therapie der Wahl (assoziiertes Risiko) ist hier angezeigt?

- A. Bimaxilläre Umstellungsosteotomie (Schädigung des Nervus alveolaris inferior)
- B. Kinnosteotomie (Schädigung des N. mentalis)
- C. Unterkieferrückverlagerung (Schädigung des N. alveolaris inferior)
- D. Oberkiefervorverlagerung (Hohes Blutungsrisiko)
- E. Unterkiefervorverlagerung (Schädigung des N. alveolaris inferior)

5. Welche Aussage bezüglich Dysgnathiekorrekturen ist richtig?

- A. Bei einer Oberkieferverlagerung wird der Oberkiefer in Le-Fort-II-Ebene frakturiert, wobei der Processus pterygoideus unberührt bleibt.
- B. Der Oberkiefer kann bis zu 8 mm rückverlagert und bis zu 2-3 mm vorverlagert werden.
- C. Während einer Operation greift der Operateur auf sog. Splints zurück. Dabei wird der blaue Splint als Zentrik-splint und der rote Splint zur Einstellung der Unterkieferposition genutzt.
- D. Als Operationsrisiken sind im Oberkiefer Blutungen der Arteria facialis, im Unterkiefer die Schädigung des Nervus alveolaris inferior aufzuführen.
- E. Durch eine Operation nach Obwegeser/DalPont ist es möglich den Unterkiefer bis zu 15-20 mm nach anterior bzw. posterior zu verlagern.

Diagnose des Falls

Skelettale Dysgnathie der Angle-Klasse II.

Diagnose - ICD10

Chapter	ICD-10	Diagnose	In picture	Kommentar
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	K07.2	Dysgnathie	TBD	TBD

Richtige Antworten

1. (E), 2. (A), 3. (D), 4. (E), 5. (C),

Fragen zum Fall mit Kommentaren