

A fogazati rendellenességek helye az állkapocsízületi ártalmak kóroktanában

Mártha Ildikó Krisztina¹, Suciú Mircea²

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, ¹Gyermekfogászat és Fogszabályozás Tanszék, ²Protetika Tanszék

Locul anormaliilor dentomaxilare în etiopatogenia disfuncțiilor temporomandibulare

Obiectivul unui tratament ortodontic este reabilitarea estetică și funcțională a pacientului. Tratamentul ortodontic este deseori citat în etiologia disfuncțiilor temporomandibulare (DTM), având atât efect terapeutic, cât și agravant. Scopul acestei studii constituie evaluarea prevalenței semnelor și a simptoamelor DTM în cazuri clinice de diferite anomalii dentomaxilare în dentiția permanentă. Material și metodă: 41 de pacienți (26 de sex feminin și 15 de sex masculin) cu vârsta cuprinsă între 17,5±2,5 ani au completat un chestionar, și au fost supuși unui examen clinic. Rezultate: 34,70% din subiecți au relatat de existența a cel puțin unui simptom al DTM, acuzele fiind mai frecvente la femei. Cracmentele articulare au fost cele mai frecvente, urmate de restricții la deschiderea gurii și devierea mentonului la deschidere. Amplitudinea deschiderii cavității bucale, luând în considerare mărimea overbite-lui nu a fost modificată considerabil. Dureri la nivelul ATM, sau rigiditate musculară au fost rar întâlnite. Simptomatologia subiectivă este dominată de cefalee, dureri articulare în timpul masticației și perceperea zgomotelor articulare. Dificultăți în deschiderea gurii și blocarea articulației au fost rar întâlnite. Concluzii: În cadrul anormaliilor dentomaxilare, instabilitatea ATM este o afecțiune de care trebuie să ținem cont în elaborarea planului de tratament.

Cuvinte cheie: ATM, disfuncții articulare, anomalii dentomaxilare

Malocclusions - risk factors in the development of temporomandibular disorders

The purpose of an orthodontic treatment is to provide for each patient an acceptable aesthetic and masticatory function. Orthodontic treatment has been variously cited both as a protective and harmful factor in temporomandibular disorders (TMDs) etiology. Background: The aim of this study was to evaluate the prevalence of signs and symptoms of TMDs which coexist with different types of malocclusions in permanent dentition stage. Methods: A total of 41 patients (26 females and 15 males) mean age 17,5±2,5 years, completed a questionnaire and were examined clinically. Results: The results showed that 34,70% of the subjects exhibited at least one sign of TMD and females were generally more affected than males. Joint sounds were the most prevalent sign, followed by restricted opening and opening deviation. The amplitude of mouth opening, overbite taken into consideration, was slightly modified. TMJ pain and muscle tenderness were rare. Reported symptoms were headache being the most frequent symptom, followed by pain during chewing and hearing TMJ noises. Difficulty during jaw opening and jaw locking were rare. Conclusions: Our findings show that orthopedic instability may relate to TMDs showed by the prevalence of signs we found at our subjects.

Key words: TMJ, TMD, malocclusion

Orvostudományi Értesítő, 2009, 82 (1): 43-10

www.orvtudert.ro

Az állkapocsízületi ártalmak keretén belül a craniomandibularis dysfunctio (továbbiakban CMD) kóroktanában a különböző alaki és funkcionális harapási rendellenességeket elsőként Costen (1934) említi. Ezen harapási rendellenességek kezelésében alkalmazott készülékek is képesek azonban kedvezőtlen hatást váltani ki az állkapocsízületre, a condylus-meniszcus egységet hátsó helyzetbe kényszerítvén CMD-t kiváltani. A szakirodalomban sokakat foglalkoztató téma ezen klinikai képek kiértékelése, illetve a megfelelő terápiás lehetőségek ismertetése.

Dolgozatunk célja a fogszabályozó kezelés előtt álló fiatal felnőtt pácienseink állkapocsízületi állapotának felmérése, a CMD tüneteinek szubjektív és objektív vizsgálata a komplex orthodontiai diagnózis felállítására céljából.

Anyag és módszer

41 fogszabályozó kezelés előtt álló pácienset kérdőív kitöltésére kértünk fel, melyet egy klinikai vizsgálat követett. A vizsgált egyének közül 26 nő, 15 férfi volt, az átlagéletkor pedig 17,5±2,5 év volt. Csak azokat az egyéneket vontuk be tanulmányunkba, akik eddig nem részesültek orthodontiai kezelésben és nem rendelkeztek csírahiány, illetve korábbi extrakció okozta fogvándorlásokkal.

Dr. Mártha I. Krisztina

540082 Marosvásárhely – Târgu Mureș

Str. Pădurii nr 30

E-mail: marthakriszti@yahoo.com

Elsőként kérdőív segítségével elemeztük a szubjektív panaszokat. Az általunk alkotott kérdőívben pácienseinknek 10 kérdésre kellett igennel vagy nemmel válaszolniuk:

- Érez-e ízületi fájdalmat vagy nehézséget ha nagyra kell tátania száját (pl. ásításkor)?
- Történt-e valaha hogy állkapocsízülete kificamodott vagy leblokkolt?
- Érez-e ízületi fájdalmat vagy akadályt rágáskor, beszéd közben vagy más állkapocs-mozgás közben?
- Pattog-e állkapocsízülete?
- Érez-e fáradtságot vagy merevséget állkapocsízületében?
- Érez-e fül, halánték vagy orca körüli fájdalmat?
- Gyakran panaszodik fej, nyak vagy megmagyarázhatatlan fogfájásra?
- Közelmúltban volt-e nyak, fej vagy állkapocs sérülése?
- Érzett-e közelmúltban változást harapásán?
- 10. Kezelték-e valaha megmagyarázhatatlan eredetű arc- vagy állkapocsízület tájéki fájdalmát?

Ezt követően pácienseinket klinikai vizsgálatnak vetettük alá a következő protokollum szerint:

- Állkapocsízület tapintása és szabad füllel történő meghallgatása.
- Környező extraorális izmok tapintása (m.masseter, m.temporalis, m.sternocleidomastoideus).
- Maximális szájnyitás vizsgálata (két egymás utáni mérés átlagértékét vettük figyelembe). Okeson által meghatározott 40 mm-t vettük alapul. Mélyharapás esetén az overbite-ot hozzáadtuk a maximális szájnyitás értékéhez, nyitottharapás esetén pedig kivontuk ebből.
- Esetleges állcsúcs-deviáció követése – a 2 mm-nél nagyobb

eltéréseket vettük figyelembe.

Eredmények

A kérdőívre adott válaszokat kiértékelve, pácienseink 34,1%-nál (14 alany) a CMD-t jellemző tünetek legalább egyikével találkoztunk. 9 páciens estében (19,51%) gyakori fejfájás, 3 (7,31%) ízületi kattogás és 2 alany esetében (4,87%) ízületi merevség volt a fő panasz (1. táblázat).

Ezzel szemben a klinikai vizsgálatok a következő eredményekhez vezettek (2. táblázat):

- 9 páciensnél (21,95%) legalább egy eltérést tapasztaltunk.
- Leggyakoribb tünet az ízületi kattogás volt.
- Legritkábban tapasztalt elváltozás az izommerevség volt.
- Nőnemű pácienseink közül csupán 3-nál (7,3%), férfiaknál 2-nél (4,87%) tapasztaltunk csökkentett szájnýtást.
- Állscúcs-deviációt nöbetegeink 9,75%-nál (4 alany) és a férfiak 4,87%-nál (2 alany) találtunk.

Megbeszélés

Tanulmányunk célja felmérni a CMD jeleit és tüneteit fogszabályozásra jelentkező pácienseink körében, ezen körkép objektív és szubjektív tünettanát véve alapul.

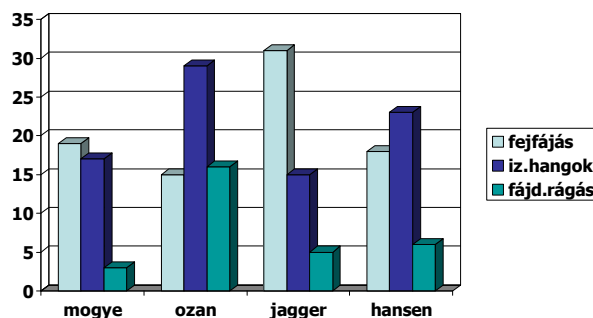
Mint azt eredményeink is bizonyítják, alanyaink 34,1%-a legalább egy elváltozást jelzett, 31,71%-nál pedig klinikai vizsgálatkor egy tünetet észleltünk. Nőnemű pácienseinknél a CMD jelenlétére utaló szubjektív és objektív tünetek egy része nagyobb százalékban fordult elő, amit a nőkre testszerte jellemző nagyobb ízületi rugalmassággal magyaráztunk [5].

A szakirodalomban lelt adatokhoz igazodva az általunk tapasztalt értékek mindkét irányban eltértek. Ezt a vizsgálatnak alávetett csoportok illetve a klinikai vizsgálat menetében tapasztalt különbségekkel magyaráztuk. Ugyanazon szakirodalmi adatok azt is bizonyítják, hogy a CMD létére utaló tünetek százaléka rassz-függő és ebben az európai faj az ázsiai és skandináv fajok után szerepel [1,3,5].

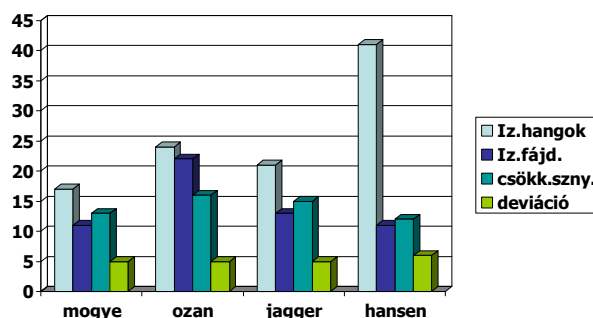
Az ízületi hangok jelenléte ízületen belüli mechanikai interferenciára utal. Ezen hangok alanyainknál elég nagy százalékban voltak jelen, anélkül hogy nemek szerinti eltérést mutatott volna. A szakirodalomban 8-33% közötti értékeket találtunk, nagyobb számban ott jelentkeztek, ahol sztetoszkópos auscultatiót végeztek [2].

1. táblázat. Kérdőívre adott válaszok kiértékelése nemek szerint

| TMI tünete | Nő (n=26) | Férfi (n=15) | Összesen (n=41) |
|--------------------|-----------|--------------|-----------------|
| Fejfájás | 23,07% | 13,33% | 19,51% |
| Izületi kattogás | 7,69% | 6,7% | 7,31% |
| Fájdalom rágáskor | 3,8% | 0 | 2,43% |
| Nehézkes szájnýtás | 0 | 0 | 0 |
| Izületi merevség | 3,8% | 6,7% | 4,87% |
| Legalább egy tünet | 38,46% | 26,7% | 34,1% |



1. ábra. Szubjektív tünetek összehasonlítása (Özan, 2007)



2. ábra. Objektív tünetek összehasonlítása (Özan, 2007)

Csökkentett szájnýtást nemtől függően különböző százalékokban találtunk. Klinikai vizsgálatunk azt mutatták, hogy a maximális szájnýtás átlag-amplitudója nagyobb volt férfiaknál (50,2 mm) mint nőknél (46,5 mm). Szakirodalmi adatok szerint az Okeson által megadott 40 mm-t véve alapul, a maximális szájnýtás 42,6-44,6 mm közé sorolható [4].

Érdekes volt felfigyelni arra, hogy a 7,31%-ban tapasztalt csökkentett szájnýtást egy esetben sem kísérte fájdalom vagy izommerevség.

Deviációt viszonylag kevés esetben találtunk, minden esetben ez nőknél volt jelen.

Kérdőívekre adott válaszaik alapján alanyaink legalább 34,1%-a egy tünetet jelzett, ezek közül első helyen a gyakori fejfájás szerepelt, valamivel gyakrabban a nőknél. Két esetben a fejfájáshoz fül-fájás is társult, amit ízületi merevség és csökkentett szájnýtás kísért.

Rágás közben érzett fájdalomra is 2,43%-ban panaszok voltak, minden esetben nők.

2. táblázat. Klinikai vizsgálatkor talált tünetek eloszlása nemek szerint

| TMI tünete | Nő (n=26) | Férfi (n=15) | Összesen (n=41) |
|--------------------|-----------|--------------|-----------------|
| TMI hangok | 15,38% | 13,33% | 14,63% |
| TMI fájdalom | 3,84% | 6,69% | 4,87% |
| Izommerevség | 0 | 0 | 0 |
| Csökk.szájnyítás | 7,69% | 6,69% | 7,31% |
| Deviáció | 7,69% | 0 | 4,87% |
| Legalább egy tünet | 34,62% | 26,66% | 31,71% |

Következtetések

Ezen tanulmány során nyilvánvalóvá vált a TMI körültekintő klinikai vizsgálatának szükségessége. Ennek segítségével kiszűrhető az esetleges ízületi érintettség, mely sok esetben meghatározza a kezelés menetét, hisz ízületi érintettségre utaló jelek esetén kerülni kell azon készülékek használatát, melyek mellékhatásként túlterhelhetik az állkapocsízületet.

Irodalom

1. Gesch D., Bernhardt O., Alte D. et al. – *Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: Results of a population-based Study of Health in Pomerania*. Quintessence Int 2004, 35:143-150.
2. Jagger R., Wood C. – *Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in a Saudi Arabian population*. J Oral Rehabil 1992, 19:353-359.
3. Rabab M. Feteih – *Signs and symptoms of temporomandibular disorders and oral parafunctions in urban Saudi arabian adolescents: a research report* Head and Face Medicine, 2006, 2:25.
4. Özán F., Polat S., Kara I. et al. – *Journal of Contemporary Dental Practice*, 2007, 8, 4:1-5.
5. Thilander B., Rubio G., Pena L. et al. – *Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development*. Angle Orthod, 2002, 72:146-154.