

اختلالات مفصل گیجگاهی فکی (۲)

تهیه کننده: دکتر پاکتیر دستار، نهمی ارتدنتی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تبریز

میکند.

بسیاری از کلینیشن‌ها امروز عقیده دارند که می‌توانند عوامل اتیولوژیک بیماران MPDS را مشخص کرده و بر همین اساس درمان را شروع کنند، برای مثال بر طرف کردن ناهماهنگی اکلوژالی، وقتی این اختلال با تصحیح اکلوژن نتیجه مثبت داد نتیجه می‌گیرند که انتخاب شیوه درمانی آنها صحیح بوده است.

تعداد و تنوع روش‌های درمانی به ۲۶ نوع می‌رسد که این رقم در سال ۱۹۷۳ ارائه گردیده و حتی آقای ریگنرلیستی حدود ۵۰ روش درمانی را پیشنهاد کرده است، بهر حال تمام روش‌های درمانی را می‌توان در ۷ دسته زیر خلاصه کرد:

۱- دارو درمانی:

علاوه بر استفاده از مسکن‌ها، داروهای ضد التهاب، آرام بخش‌ها و داروهای شل کننده عضلات، ویتامین‌ها و آنتی بیوتیک‌ها در درمان MPDS بکار می‌رود. داروهای تزریقی مانند استروئیدها، بی‌حس کننده‌ها و غیره را درون مفصل و یا ماهیچه‌های ماضغه استفاده می‌کنند.

۲- فیزیکیال تراپی:

شامل استفاده از گرمای مرطوب بر روی مفاصل، ورزش‌های مفصلی و طب سوزنی برای راحت شدن از درد.

۳- پلاک‌های داخل دهانی:

از این پلاک‌ها به منظور تشخیص MPDS، از بین بردن

چنانچه خوانندگان محترم مستحضرن در شماره قبل

بحث اختلالات مفصل گیجگاهی فکی را با آناتومی و فیزیولوژی مفصل شروع و سپس از اختلالات خارج کپسولی در خصوص سندرم Myofacial Pain Dysfunction (MPDS) نظرات مختلف محققین، نحوه تشخیص و همچنین تئوریهای اتیولوژی سندرم فوق مطالبی ارائه گردید.

بحث این شماره را با درمان MPDS آغاز و سپس بحث جابجائی دیسک مفصلی بطرف جلو Anterior Disc Dislocation (ADD) از اختلالات داخل کپسولی مطرح می‌گردد.

درمان Myofacial pain Dysfunction Syndrom

درمان مناسب هر اختلالی بایستی بر اساس اصول

زیر استوار باشد:

- ۱- رسیدن به یک تشخیص صحیح
 - ۲- تعیین عوامل اتیولوژیک اختلال
 - ۳- تصحیح واز بین بردن عوامل فوق
- تشخیص MPDS بایستی بر اساس ترکیبی از سمپتوم‌ها بطور کلینیکی باشد چرا که هیچ تست قابل اعتمادی جهت تعیین آن وجود ندارد. ممکن است بعضی از محققین، یافته‌های کلینیکی، رادیوگرافی و یا الکترومایوگرافی را روش تشخیص بدانند. بعضی دیگر خود درمان را یک نوع شیوه تشخیص معرفی می‌کنند. در حالاتی که عوامل اتیولوژیک مانند MPDS مورد بحث و مجادله می‌باشد، کلینیشن با نقطه نظر خود و اطلاعات کلینیکی به یک تشخیص نه صد درصد مطمئن می‌رسد و بر اساس آن درمان را شروع

سمپتوم و قرار دادن کندیل در وضعیت صحیح خود استفاده میکنند.

۶- درمان با روش جراحی ۷- روان درمانی

درمان بیمار MPDS بایستی ترکیبی از مراحل زیر را در برداشته باشد:

- ۱- ارتباط با بیمار
- ۲- همکاری بیمار در درمان
- ۳- حذف عوامل موضعی محرک
- ۴- کنترل درد
- ۵- کاهش هیپراکتیویته ماهیچه
- ۶- ارزیابی روانی بیمار و مشورت در صورتیکه درمان منجر به بهبودی در مدت زمان مناسبی نگردد.
- ۱- ارتباط با بیمار:

اولین مرحله درمان برقراری ارتباط است. درمان در حقیقت از زمانی که بیمار شروع به صحبت میکند و دکتر ضمن گوش کردن واکنش نشان می دهد آغاز میگردد. اطمینان دادن به بیمار و توضیح کافی برای وی از اهمیت خاصی برخوردار است. آقای Lupton مشاهده کرد بیمارانی که توضیح کافی برای مشکل خود، پیدا میکنند و همراه آن درمان میشوند دو برابر بیشتر از بیمارانی که فقط درمان میشوند بهبودی حاصل مینمایند. بایستی به بیمار توضیح داد که بیماری او یک مشکل ماهیچه ای است و نه آنومالی استخوانی و هیچ چیز غیر قابل برگشتی اتفاق نیافتاده است. استرس و Tension ممکن است در ایجاد سمپتوم ماهیچه ای نقش داشته باشد ولی لازم نیست به عمق مسئله احساسی عاطفی بیمار وارد بشویم در اینجا فقط ارتباط مسائل احساسی را با مریض در میان میگذاریم. درمان براساس متوقف کردن درد، کنترل خستگی ماهیچه و اسپاسم، برگرداندن فونکسیون طبیعی و یکارگیری بیمار در کنترل بیماری میباشد.

۲- همکاری بیمار در درمان

بیمار بایستی با آگاهی از هر نوع عادت دهانی که عکس العمل مسائل احساسی و روانی میباشد و باعث خستگی ماهیچه و اسپاسم میشود بخود کمک کند و برای اینکار، دادن تمرین های استراحت ماهیچه ای و اطلاع بیمار از عادت خسود وی را قادر می سازد تا فعالیت Parafunction خود را کنترل کند.

۴- درمان اکلوزالی:

الف: تصحیح اکلوزن (Occlusal adjustment):
متداول ترین روش در درمان MPDS میباشد بخاطر اینکه عده زیادی از دندانپزشکان ناهماهنگی اکلوزالی را اتیولوژی MPDS می شناسند. عده ای عقیده دارند قبل از تصحیح اکلوزالی بایستی درد و اختلال در مفصل را از بین ببرد و عده دیگر هم مستقیماً به تصحیح اکلوزن می پردازند. از پلاک داخل دهانی بعنوان تصحیح رابطه فکین و بدست آوردن وضعیت صحیح Nuromuscular استفاده میکنند.

ب: باز سازی اکلوزن (Occlusal adjustment):

بیمار عنوان روش درمانی MPDS استفاده میشود و فقط یک "پیشروی" در تصحیح اکلوزن و یا Occlusal adjustment می باشد. طرفداران این روش عقیده دارند که مشکل بوجود آمده در نتیجه عدم هماهنگی در فعالیت مفصل، ماهیچه و دندانها میباشد. بنابراین ارتباط دندان با دندان بایستی با وضعیت صحیح فک، فعالیت ماهیچه ای و ارتفاع عمودی هماهنگ باشد. اگر این خواسته توسط تصحیح اکلوزن برقرار نگردد آنگاه بایستی از باز سازی اکلوزن استفاده کرد.

۵- باز کردن بایت:

باز کردن بایت از عقیده Coston سرچشمه میگردد که عقیده داشت بسته بودن بایت یک فاکتور اتیولوژیک در MPDS میباشد. در ابتدا این تئوری فقط شامل افراد بی دندان می گشت و درمان آن ساختن دست دندان کامل جهت بدست آوردن ارتفاع عمودی مناسب بود. و هنگامی که ارتفاع عمودی از بین رفته در افراد دارای دندان مبتلا به MPDS پدید آمد استفاده از پلاک های داخل دهانی بعنوان اولین قدم در درمان برداشته شد. اگر سمپتوم بیمار در حالیکه پلاک با قطر 10 mm را استفاده میکرد از بین میرفت بیمار احتیاج به ازدیاد دائمی عمودی بهمان مقدار می بود. بایت بیمار را توسط پروتزهای Overlay و یا درمان های ترمیمی ثابت باز میکردند:

رژیم دارویی بایستی برای ۲ تا ۶ هفته ادامه پیدا کند تا زمانی که سمیتوم ها روبه کاهش رود و پس از آن بتدریج مقدار دارو را کم میکنیم .

۳- کاهش هیپراکتیویته ماهیچه‌ای :

روش‌های مختلفی برای اینکار وجود دارد از قبیل Self awareness (خود آگاهی) و تکنیک استراحت دادن به ماهیچه و همچنین استفاده از داروها . پلاک‌های داخل دهانی و یا Bite plate از رایج‌ترین وسایل مورد استفاده در این روش می‌باشد . علیرغم اختلاف در طرح و طرز استفاده ، تمامی آنها باعث تغییر Proprioceptive input از دهان به ماهیچه شده و با کشش ماهیچه‌های بالابرنده مانند پلاک باعث کاهش هیپراکتیویته آن میشود . بیماران معمولاً پس از چند هفته استفاده ، دردشان کاهش می‌یابد . Bite plate بایستی طوری ساخته شود که مشکلی بر مشکلات بیمار اضافه نکند . سطح اکلوژالی آن بایستی صاف و پهن بوده تا آزادی کامل در حرکات فک وجود داشته باشد . پلاک بیشتر در فک بالا ساخته میشود ولی ممکن است بدلائلی از قبیل داشتن پارسیل در فک بالا پلاک برای فک پایین ساخته شود . با استفاده از Bite Plate بایستی هیچ تغییر اکلوژالی دائمی بوجود آید (بنابراین بایستی از رویش بیش از حد دندان جلوگیری شود) . این عمل یا با طرح دستگاه و یا عدم استفاده از آن هنگام غذا خوردن امکان پذیر است . در دوران مرحله سمیتوماتیک بیماری پلاک بایستی بطور مداوم مگر در مواقع غذا خوردن استفاده شود . پس از برطرف شدن سمیتوم ، پلاک اکلوژالی فقط شب هنگام استفاده میشود تا از Clenching شبانه که عامل MPDS است جلوگیری شود .

تشخیص و درمان جابجائی دیسک مفصلی بطرف جلو

Anterior Disc Dislocation (ADD)

یکی از اختلالات‌های داخل کیسولی جابجائی دیسک مفصلی بطرف جلو (ADD) میباشد که حدوداً ۸۰٪ از بیمارهای مفصل کیجگاهی فکی را تشکیل می‌دهد .

تجویز کمپرس آب گرم و محدود کردن حرکات فکی از عوامل مؤثر در درمان میباشد . پس از کنترل سمیتوم‌های دردآور با تمرین دادن به فک بشکلی که دست در زیر چانه قرار بگیرد و نیروی مخالف در جهت باز شدن دهان بوجود آید اعمال نرمال فک میتواند دوباره انجام شود . نیروی وارد آمده توسط دست اجازه میدهد که ماهیچه‌های بالابرنده در حالت ریتمیک فک حالت استراحت بگیرند .

۳- حذف فاکتورهای موضعی محرک :

الف : عفونت‌های دهانی :
مانند Pericoronitis که تولید درد و اختلال مفصل مینماید .

ب : مشکلات مربوط به دست دندان کامل :

MPDS ممکن است در بیمارانی که دست دندان کهنه و قدیمی را استفاده میکنند بخاطر فعالیت شدید ماهیچه جهت جلوگیری از جابجا شدن دست دندان در دهان اتفاق افتد . همچنین ممکن است بر اثر تحلیل استخوان آلوئل این مشکل پیش آید . از طرف دیگر دست دندان‌های جدید که Freeway Space را اشغال میکند ، ممکن است بر اثر عدم توانائی بیمار برای تطبیق ماهیچه‌ها دچار خستگی و اسپاسم گردند . در هر صورت درمان آن تصحیح دست دندان و همچنین درمان‌های معمولی میباشد .

۴- کنترل درد :

درد در بیماران MPDS بایستی توسط دارو برطرف گردد از آنجا که درد ماهیچه‌ای دارای خصوصیت Self Perpetuating و یا سیکلیک میباشد ، بایستی سیکل درد قطع تا ماهیچه وضعیت نرمال خود را بازیابد . مسکن‌ها به تنهایی در بعضی مواقع مؤثر می‌باشند ولی معمولاً ارجح است برای اسپاسم ماهیچه‌ای داروهای mild tranquilizer بکار رود تا داروی شل کننده عضلات . داروی اولی بر روی فاکتور استرس و همچنین tension ماهیچه‌ای اثر میکند . این داروها را نمیتوان بعنوان کنترل کننده درد بکار برد . ترکیبی از والیوم ۵ میلی گرم سه یا چهار بار در روز و سدیم سالیسیلات ۶۰ میلی گرم سه یا چهار بار در روز اثر درمانی مؤثری دارد .

جابجائی دیسک مفصلی را تحت عناوین زیر بررسی می‌نمائیم.

نتیجه باعث قرار گرفتن کندیل در وضعیت خلفی فوقانی میشود. بنابراین از روی رادیوگرافی اگر موقعیت نسبی کندیل نسبت به گلنوئید فوسا در حالت دهان بسته تغییر کند بایستی وضعیت دیسک هم تغییر کند (شکل ۱).

همانطور که در میحت آناتومی مفصل توضیح داده شد، دیسک از ناحیه خلفی توسط bilaminar Zone به قسمت خلفی کندیل از پائین و به استخوان تمپورال از بالا اتصال دارد و بخاطر خاصیت elasticity و دارا بودن عروق و عصب، مستعد قرار گرفتن تحت کشش میباشد.

اگر ضربهای به مفصل گیجگاهی فکی وارد شود و جهت نیروی بشلکی باشد که کندیل به سمت عقب و بالا حرکت کند اتصال خلفی تحت فشار قرار گرفته و دیسک بطرف جلو حرکت میکند. در رادیوگرافی این امر بشکل کاهش در فضای خلفی مفصل نمایان میشود. در حالت جابجا شدن دیسک بطرف جلو صدای فک بصورت clicking میباشد (شکل ۳) وقتی قسمت ضخیم خلفی دیسک بطور کامل بطرف جلو جابجا شده باشد بعنوان یک سد مکانیکی در حرکات فکی عمل کرده و از translation طبیعی

۱- چگونگی جابجائی دیسک

۲- علت

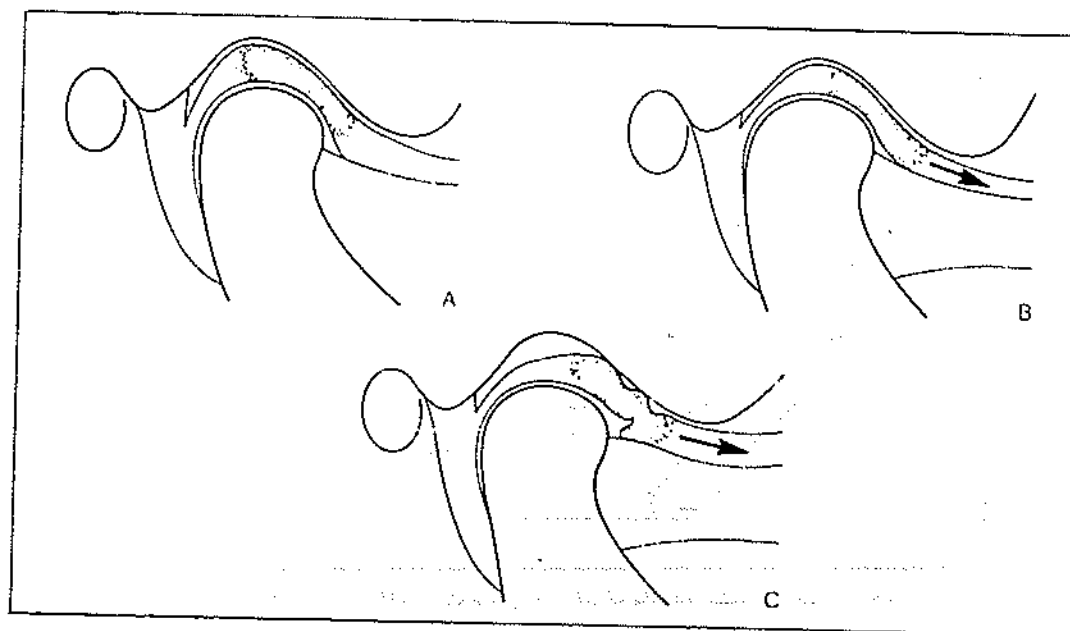
۳- تاریخچه و معاینه کلینیکی

۴- تشخیص

۵- درمان

۱- چگونگی جابجائی دیسک:

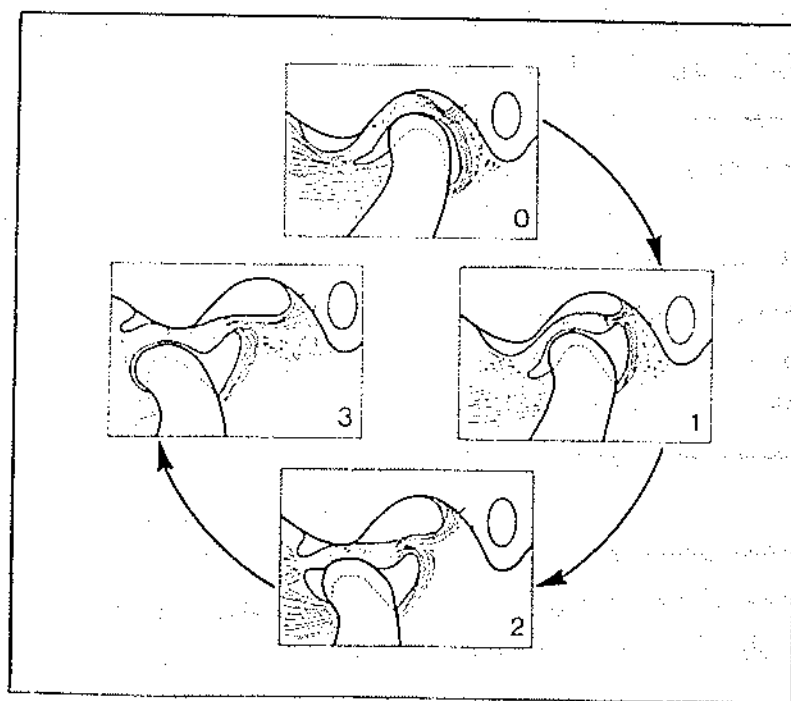
برای فهم و درک یک مفصل غیر نرمال بایستی عمل طبیعی مفصل را بدانیم. بسیاری از اطلاعات از رادیوگرافی transcranial بدست می‌آید. در این رادیوگرافی سه عضو قابل تشخیص می‌باشد: کندیل، فوسا و فضای بین آنها. این فضا که بصورت رادیو لوسنت در رادیوگرافی نمایان است دارای دیسک و اتصال لیگامانی می‌باشد. در یک مفصل نرمال کندیل در مرکز گلنوئید فوسا در حالت بسته بودن دهان قرار دارد و حدوداً ۲ میلیمتر فضای مفصلی وجود دارد (شکل ۱ و ۲). در ایسن حالت دیسک و اتصالات آن در وضعیت نرمال خود قرار دارند. وقتی که دیسک بطرف جلو جابجا شده باشد، در



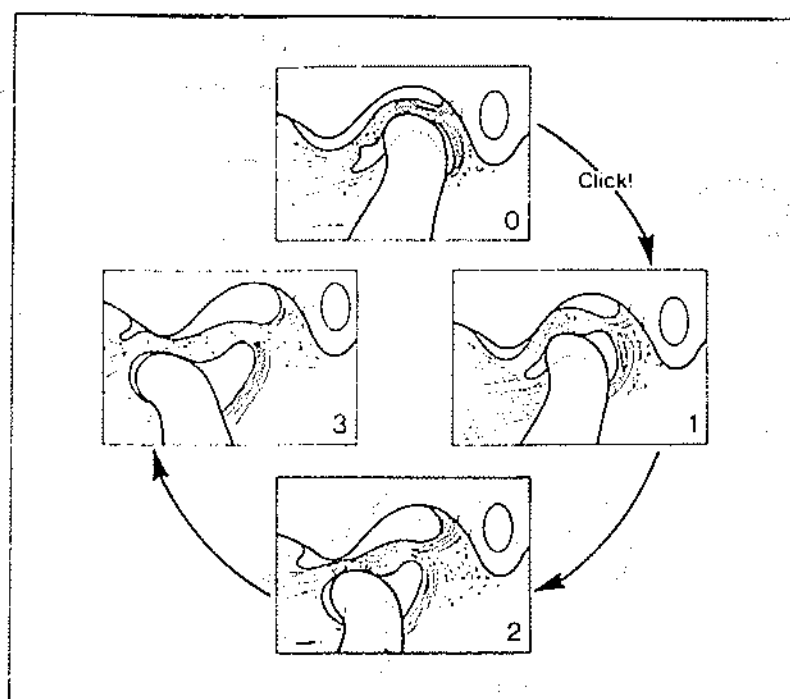
شکل ۱: A - ارتباط طبیعی کندیل، دیسک مفصلی و استخوان تمپورال

B - جابجائی بختصر دیسک مفصلی بطرف جلو

C - جابجائی پیشرفته دیسک مفصلی بطرف جلو



شکل ۲: در این شکل ارتباط طبیعی گندیل، دیسک مفصلی و حفره گلوئید در مراحل مختلف باز کردن دهان نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود قسمت میانی و نازک دیسک مفصلی در تمام طول مدت باز کردن، ارتباط ثابتی را با گندیل دنبال میکند.



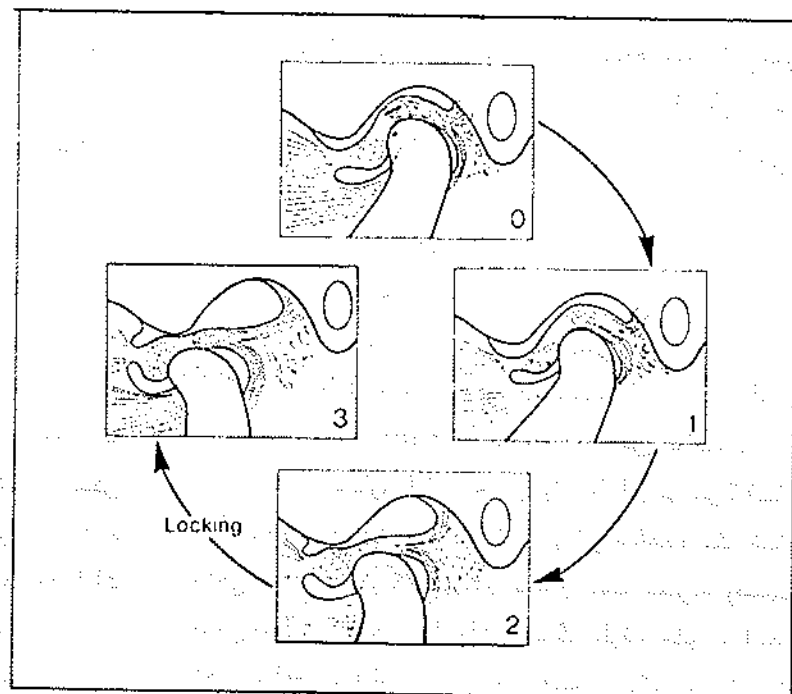
شکل ۳: اختلال دیسک مفصلی همانطور که مشاهده میشود در حالت دهان بسته و یا وضعیت صفر (۰) دیسک مفصلی جلوتر از وضعیت نرمال خود قرار گرفته است. بهنگام باز کردن، گندیل مفصلی بایستی از زیر ناحیه ضخیم دیسک عبور کرده و همین عمل تولید صدا در مفصل می نماید. وضعیت (۱) ادامه عمل باز شدن دهان (وضعیت های ۲ و ۳) توام با رابطه طبیعی دیسک و گندیل می باشد.

در این حالت صدای مفصلی با شل شدن دیسک که با منقطع و یا مداوم می‌باشد شروع میشود. صدای مفصل در مراحل مختلف از باز کردن فک اتفاق می‌افتد و بستگی به این دارد که تا چه حدی دیسک بطرف جلو جابجا شده باشد. اگر صدای مفصلی در مراحل اولیه باز کردن دهان اتفاق بیافتد شدت جابجا شدن دیسک بجلو کم بوده در حالیکه در مراحل پایانی باز کردن، نشانگر قرار گرفتن دیسک به جلو بمقدار زیاد میباشد. وقتی که شدت جابجایی یحدی باشد که دیسک در جلو کندیل قرار بگیرد، بیمار دچار قفل شدن فک میشود که ممکن است متناوباً بصورت صدای مفصلی و قفل شدن موقتی نمایانگر شود و یا اینکه بیمار دچار قفل شدن دائمی فک گردد. در صورتی که قفل شدن دائمی اتفاق بیافتد باز شدن فک به مقدار بیشتری انجام میشود. در این صورت دیسک هنوز هم در قسمت قدام کندیل قرار گرفته است ولی این ازدیاد باز شدن منجر به پاره شدن اتصال خلفی دیسک میشود. با جابجایی دیسک بطرف جلو عناصر استخوانی، دیگر تحت اثر بالشتک مانند (cushioning effect)

فک جلوگیری میکند. این عمل را Close lock (قفل شدن فک) می‌گویند (شکل ۴). در این حالت بیمار بیش از ۲۵ میلیمتر نمیتواند فک خود را باز نماید و نکته مهم این است که مفصل دچار clicking نمی‌شود. با وجودیکه ممکن است اسپاسم ماهیچه‌های ثانویه وجود داشته باشد ولی نایستی قفل شدن فک را با تریسموس ماهیچه‌ای اشتباه کرد. در صورتیکه این حالت بدون درمان و یا درمان ناکافی انجام گیرد، با کشش بیشتر اتصال خلفی دیسک احتمال پارگی و Perforation ازدیاد پیدا میکند. چنانچه در بحث آناتومی اشاره شد قسمت قدامی کپسول بخاطر وجود loose alveolar connective tissue بجای باندل‌های موازی فیبروزه، ضعیف میباشد. بنابراین، این ناحیه از مفصل از لحاظ نگهداری (support) کپسولی، ضعیف ترین قسمت مفصل میباشد و بدین لحاظ بیشتر در معرض آسیب‌های فیزیکی قرار میگیرد و بنابراین مسئله جابجایی دیسک در این ناحیه اتفاق می‌افتد. در مرحله اول اختلال داخلی کپسول، مفصل، دردناک و ممکن است تا حدودی ادمای داخل کپسولی دیده شود.

شکل ۴ :

جابجایی شدید دیسک مفصلی بطرف جلو -
(وضعیت قفل شدن دهان) : در مراحل باز شدن دهان کندیل باعث جلوراندن دیسک مفصلی و در نتیجه تغییر شکل آن میشود. در این حالات کندیل به هیچ وجه نمیتواند از زیر توده حجیم دیسک عبور کرده و در نتیجه رابطه طبیعی با آن بوجود آورد. با کشیده شدن تدریجی دیسک به طرف جلو و اتصالات خلفی دیسک بشدت تحت کشش قرار میگیرند.



۶- انحراف فکی: در این حالت ماندیل به سمت مفصل مبتلا به هنگام حداکثر باز کردن منحرف میشود. اگر مفصل سمت راست دچار ADD شده باشد ماندیل به همان طرف منحرف میشود.

۷- صدای فکی: که یا با گوش و یا بالمس و یا با stethoscope قابل شنیدن میباشد. شایع ترین نوع آن reciprocal clicking می باشد. صدای مفصلی در موقع بستن فک بخاطر جابجائی دیسک بطرف جلو و بهنگام باز کردن، برگشتن دیسک به طرف عقب و در وضعیت نرمال قرار گرفتن آن می باشد. grinding noise و یا صدای خرد کردن و آسیاب کردن نشانگر آرتروز دژنراتیو بوده و بیشتر بهنگام حرکت کندیل بطرف جلو اتفاق می افتد.

grating noise و یا صدای غرغزوختن نشانگر آرتروز دژنراتیو پیشرفته میباشد که بایستی با صدای مفصلی ساده (clicking) تشخیص افتراقی داده شود. در این حالت احتمال پرفورم شدن اتصالات خلفی دیسک وجود دارد. نکته مهم: مفصلی که صدا دارد قفل نیست و مفصلی که قفل است صدا ندارد.

بنابراین هر کدام از صداهای فکی فوق Grating, grinding, clicking بیانگر این است که مفصل درجه مرحله از dysfunction قرار دارد.

۴- تشخیص (Diagnosis): بهترین وسیله تشخیص:

۱- تاریخچه و معاینه کلینیکی میباشد. بایستی با اطلاع از عوامل ایجاد کننده سمپتوم هاو ربط دادن آنها باهم مرحله dysfunction را معین نمائیم.

۲- از دیگر وسائل تشخیص، رادیوگرافی ترانس کرانیال transcranial است که در آن مشاهده یک فضای خلفی فوقانی باریک بهنگام دهان بسته بمنزله وضعیت خلفی فوقانی کندیل و جابجائی دیسک بطرف جلو میباشد. گاهی مواقع بخاطر آرتروز دژنراتیو در یک طرف، کندیل کوتاه و باعث کشش کندیل بر روی اتصالات دیسک در طرف دیگر و بالنتیجه ADD میگردد. در این صورت در مفصل فوق کاهش فضای مفصلی و سطح پهن و نامنظم کندیل

دیسک نبوده و تغییرات دژنراتیو شروع میشود و در صورت عدم درمان به یک degenerative arthritis منجر و احتمال پرفورم شدن اتصال خلفی دیسک بوجود می آید.

۲- علت Cause:

تمام علل جابجائی دیسک مفصلی را می توان تحت دو عنوان زیر بیان نمود.

۱- Acute trauma: مانند ضربه وارده به ماندیل در اثر تصادف و یا نیروی وارده زیادتر از حد به فک در موقع کشیدن دندان.

۲- chronic trauma: از دست رفتن دندانهای خلفی، انترفرانسهای اینسزالی و تماسهای اکلوژالی که باعث انحراف فک به سمت عقب میشود و یا بطور کلی آسیبهای جزئی که در زمانهای طولانی فعال باشند.

۳- تاریخچه و معاینه کلینیکی:

بیشتر آثار و علائم زیر مشخص کننده بیماری T.M.J با جابجائی دیسک بطرف جلو بهنگام معاینه بیمار میباشد.

۱- درد: بیشترین محل درد در ناحیه پشت چشم Retro-orbital، همچنین در نواحی تامبورال، اکسی پیتال و شانه ها احساس میشود. درد ممکن است منقطع و یا مداوم باشد. شیوع درد در ناحیه مفصل به اندازه ناحیه پشت چشم نمیشد.

۲- درد گوش: احتمالاً "بخاطر نزدیکی مفصل با کانال گوش بوجود می آید، در صورتیکه منشاء گوشى نداشته باشد.

۳- سردرد

۴- محدودیت در باز کردن فک: که در حالت قفل شدن فک پیش می آید و نبایستی آنرا با تریسموس که ممکن است اتیولوژی آن عفونت باشد اشتباه کنیم. ممکن است بیمار با قفل شدن فک closed lock دارای اسپاسم ماهیچه ای هم باشد ولی این یک امر ثانویه بعد از اثر مکانیکی دیسک جابجا شده بطرف جلو میباشد.

۵- محدودیت در حرکات جانبی: وقتی دیسک بطرف جلو جابجا شده و باعث مسدود شدن و بیحرکت شدن مفصل میشود، حرکات جانبی به سمت مفصل مقابل محدود میشود.

کند بایستی در دهان مریض گذاشته شود. البته ممکن است با این وسیله بازهم دیسک بطرف جلو جابجا شود ولی همین عمل روش تشخیص ADD می باشد و علت اصلی محدودیت در حرکات فکی بوده که میتوان در این صورت مسئله تریسموس را به عنوان علت dysfunction رد کرد.

۵- درمان (Treatment):

هدف از درمان بایستی برگرداندن دیسک به وضعیت صحیح خود باشد. نوع درمان بستگی به شدت جابجایی دارد و میتواند از موازنه سیستم دندانسی، Bite plate، ترمیم های دندانسی، ارتدنیسی تا جراحی گسترده باشد.

حدود ۸۰٪ از بیماران با ADD بطور موفقیت آمیز با درمانهای conservative بهبودی یافته اند. یک صدای مفصلی زودرس بسادگی با تغییر وضعیت اکلوزالی درمان میشود در صورتیکه late click، وضعیت کامل خلفی کندیل، آرتريت دژنراتیو پیشرفته و پارگی اتصال خلفی در صورتیکه سمپتوم های جدی داشته باشند، از مواردی هستند که بایستی جراحی شوند.

درمان ممکن است با حذف تماس اکلوزالی که باعث جابجایی خلفی ماندیل شده است و یا قرار دادن دوباره کندیل مبتلا در وضعیت صحیح باکرون و یا onlay و یا ارتدنیسی برطرف گردد. انتر فرانس های اینسیرالی

و فوسادیده میشود.

۳- رادیوگرافی های Lat head film ,

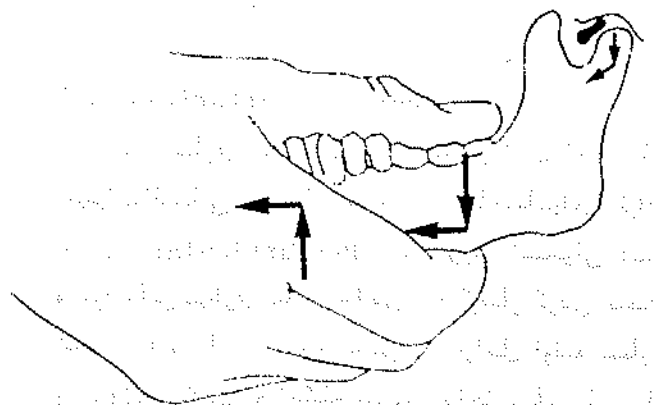
Ant-Post head film, OPG tomogram

۴- آرترو توموگرافی (Arthrotomography):

این روش توسط آقای wilker's ارائه شده است. با تزریق یک ماده حاجب مانندید در فضای مفصلی تشخیص وضعیت غیر طبیعی دیسک بخاطر مشاهده آن در فضای opasified شده امکان پذیر می باشد. بنابراین با استفاده از این روش میتوان وضعیت بافت نرم را نسبت به ساختمانهای سخت مفصل نشان داد و از روش جراحی استفاده نمود.

۵- Manipulation : از دیگر روش های

تشخیصی است که همچنین به عنوان درمان بکار می رود (شکل ۵). معمولا "بیماران با locking اظهار میدارند که قلا" فک آنها دچار clicking بوده ولی حالا بعد کافی باز نمیشود. اگر قفل شدن فک در عرض ۳ تا ۴ هفته قبل اتفاق افتاده باشد معمولا " فک را با برگرداندن (distract) کندیل و کشیدن آن به سمت جلو و داخل manipulate کرده که در صورت موفقیت بهنگامی که دیسک به وضعیت نرمال خود بر میگردد در مفصل صدا ایجاد شده و بعد از آن حرکات کامل فک قابل تکرار میشود. در این صورت بلافاصله یک اسپلینت اکلوزالی که فک را بطرف جلو reposition



شکل ۵:

یکی از روشهای درمانی قفل شدن فک:

با کشیدن کندیل به سمت پائین و جلو

دیسک جابجا شده در محل طبیعی خود

قرار میگیرد.

با ارتدسنسی و جراحی از بین میروند.

بعد از گذاشتن اسپلینت اکلوزالی اگر پس از ۲ تا ۳ ماه دیسک در محل خود باقی ماند، reconstruction دائمی بیشتری انجام میگیرد. همچنین بایستی دندانهای خلفی از دست رفته جایگزین گردند. در صورتیکه این درمانها نتوانست نتایج مطلوب بدست دهد مرحله آخر جراحی میباشد که در این صورت بایستی تمام فاکتورهای اکلوزالی که باعث retrusion کندیل شده اند حذف گردند.

جراحی: (Surgery) : جراحی به تنهایی وبدون همکاری متخصص اکلوزن غالباً موثر نیست. اگر جراحی موفقیت آمیز بود ولی اکلوزن غلط تصحیح نگردد مسئله نهایتاً " شکست می انجامد. مراحل جراحی عبارتند از:

- ۱- قطع اتصال خلفی ظریف و تحت کشش.
- ۲- شکل دادن مجدد (reshaping) به قسمت فوقانی خلفی کندیل توسط کاهش سطح آن و صاف کردن.
- ۳- قرار دادن دیسک در وضعیت نرمال و باز سازی اتصال خلفی آن.

اگر عمل بشکل صحیح انجام شود و یک اکلوزن پایدار به بیمار بدیم که از retrusion کندیل جلوگیری کند، بهبودی طولانی از سمپتوم های اختلال درون مفصلی مورد انتظار میباشد.

اختلالات

مفصل گیجگاهی فکی مربوط به بیماریهای عمومی

۱- آرتریت (ARTHRITIS) :

یک بیماری درون مفصلی می باشد. با وجود اینکه متخصصین روماتولوژی بکار بردن ترم Synovitis را بجای arthritis ترجیح میدهند ولی این امر در خصوص T.M.J صادق نبوده چراکه ورم مفصلی که از خصوصیات اولیه Synovitis است در Arthritis معمولاً وجود ندارد. ناراحتی و محدودیت در حرکات فکی که علاماتی از سینوئیتیس میباشد براحتهای در بیمارانی با اختلال T.M.J دیده میشوند. محدودیت در حرکات فکی در آرتریت مفصلی میتواند موقت و یا دائم باشد. در صورتیکه محدودیت در حرکات

فکی موقت و گاه به گاه باشد میتواند توسط اسپاسم ماهیچه ای، clicking ثانویه در رابطه با عمل غیر طبیعی دیسک و یا قفل شدن (lock) مفصل باشد. اگر محدودیت، دائمی باشد. ممکن است بر اثر آنکیلوز مفصلی و یا از بین رفتن شدید سطح آرتیکولری باشد. clicking یک اختلال داخل مفصلی مربوط به دیسک میباشد. crepitus در مفصل وقتی اتفاق می افتد که سطوح مفصلی آسیب دیده باشند و یا توسط بیماری، ناهموار و خشن شده باشند. Arthritis بواسطه مال اکلوزن و یا آرتیکولاسیون غیر طبیعی سیستم دندانی بوجود نمی آید ولی در صورتیکه آرتریت وجود داشته باشد بیمار با اکلوزن پاتولوژیک تمایل به وخیم تر کردن پروسه آرتریت دارد.

با وجودیکه دندانپزشک از درمان کننده های اصلی مفصل گیجگاهی فکی که دچار آرتریت شده است نمی باشد، ولی مسئولیت اصلی وی آگاهی دادن به بیمار جهت حفظ سلامت دندانها و دادن اکلوزن پایدار به بیمار است. بایستی به بیمار توضیح کافی در باره اینکه از دست دادن دندانهای خلفی تولید استرس بیشتر بر روی مفصل و در نتیجه تشدید پروسه آرتریت میکند، داده شود. قبل از تصحیح اکلوزن و اعمال ترمیمی بایستی درمان براساس رفع درد از مریض و برگرداندن فونکسیون طبیعی بیمار باشد. بیمار باید در بیمار خوبی برای کارهای پروتز، ترمیمی و دیگر اعمال نیست. از آنجا که آرتریت یک بیماری التهابی است بایستی التهاب کنترل شود در غیر اینصورت معمولاً " deformity وجود خواهد آمد. انواع مختلف آرتریت که دندانپزشک با آن مواجه میشود عبارتند از:

الف: Rheumatoid Arthritis

یک بیماری سیستمیک مزمن مفاصل است که در آن تغییرات التهابی در غشاء سینوئال و ساختمانهای اطراف مفصل Periarticular و آتروفی استخوان دیده میشود. این بیماری تمایل خاصی به گرفتار کردن مفصل گیجگاهی فکی دارد. تورم و سختی در مراحل اولیه بیماری و deformity و آنکیلوزیس در مراحل پایانی از مشخصات این بیماری است. در پنج حالت قفل شدن کامل آرتیکولاسیون دیده شده، بندرت فقط مفصل گیجگاهی فکی دچار میشود و معمولاً این بیماری چند مفصل را در-

برمیگردد علت آن نامعلوم و در سنین ۵-۲۵ سالگی و در زنان بیش از مردان مشاهده میشود. عوامل مستعد کننده آن عبارتند از:

۱- شوکهای شدید فیزیکی و استرسهای احساسی

۲- خستگی فکری و روانی

۳- تروما که باعث کاهش مقاومت مفصل و در نتیجه فعال شدن پروسه عفونت میگردد.

۴- عفونت‌های مختلف مانند آنفلونزا، تب تیفوئید و عفونت سینوس.

۵- توارث

۶- آب و هوا

علائم کلینیکی این بیماری عبارتند از:

۱- تورم مفاصل و درد همراه با خستگی، سختی ماهیچه‌ها و کم کردن وزن

۲- بالا بودن درجه حرارت بدن به مقدار کم یا ضریان تند.

۳- لنف‌آدنوپاتی منتشر.

ب: Osteoarthritis-Degenerative Joint Disease

یک ارتروپاتی مزمن میباشد که معمولاً در افراد مسن همراه با تغییرات دژنراتیو (از بین رفتن کارتیلاژ مفصلی) و هیپرتروفی استخوان دیده میشود. این بیماری الزاماً یک پروسه دژنراتیو بوده و با دیگر اشکال التهابی آرتریت که عوامل باکتریایی بوجود آورنده آن میباشد فرق میکند. ترم Arthrosis مفصل گیجگاهی فکی بعنوان یک اختلال دژنراتیو غیرالتهابی در فانکشن طبیعی مفصل میباشد. اختلال مفصل گیجگاهی فکی اولین نشانه در معاینات کلینیکی میباشد. علائم اختلال مفصلی این بیماری عبارتند از:

۱- صدای مفصلی (clicking و crepitus) در یک یا هر دو مفصل

۲- درد و tenderness یک یا هر دو مفصل هنگام باز کردن، جویدن و موقع لمس مفصل

۳- Luxation & Subluxation

۴- انحراف ماندبیل در باز کردن

۵- درد در ناحیه گردن، سروپشت سر و گوش

۶- سائیدگی دندانها

۷- قفل شدن یک یا هر دو مفصل

۸- سوزش زبان

۹- اختلال در شنوایی

مهمترین عامل مستعد کننده این بیماری سن بودن است زیرا در سطوح مفصلی قابلیت مقابله با سائیدگی کم شده است. این بیماری در ۹۰-۸۰٪ از افراد بالای ۶۰ سال دیده میشود ولی ممکن است در افراد جوانتر هم دیده شود که در این صورت تاریخچه ترامادراین حالات بایستی گرفته شود.

تمام حالات ممکن در ایجاد این بیماری بغیر از عوامل دندانی بایستی کنار گذاشته شود. درمانهای دندانپزشکی نتایج رضایتبخشی میدهد. این درمان شامل برگرداندن دوباره ارتفاع عمودی از دست رفته به بیمار میباشد. در رادیوگرافی ممکن است erosion لایه کورتیکال مفصل به شکل erosion کندیل و یا گلوئید فوسا و یا برجستگی آرتیکولر نمایان گردد. همچنین تغییر شکل سرکندیل، برجستگی‌های استخوانی (Spurs) و یا bony lip دیده می‌شود. تنگ شدن فضای مفصلی از دیگر مشاهدات رادیوگرافی میباشد. مشاهده برجستگی‌های استخوانی بخاطر از بین رفتن تدریجی کارتیلاژ مفصل و جایگزین شدن آن بوسیله استخوان اسکروزه میباشد. که در این حالت آنکیلوزیس اتفاق نمی‌افتد. درمان این بیماری، اصلاح سمیتوم‌ها و کاهش استرس‌های فیزیکی بر روی مفاصل از قبیل قطع کردن استفاده از غذاهای سخت و جویدن آدامس و همچنین تصحیح سیستم دندانی برای حفظ پایداری اکلوژن میباشد.

ج: تب رماتیسمی

تورم و درد مفاصل هم در آرتریت رماتوئید و هم در تب رماتیسمی بوجود می‌آید. در مراحل اولیه بیماری، نمای رادیوگرافی وجود ندارد ولی با پیشرفت آن تحلیل لبه‌های مفصل و باریک شدن فضای مفصلی و احتمال آنکیلوزیس بوجود می‌آید.

۲- آنکیلوز مفصل گیجگاهی فکی:

از بیماریهای نادر مفصل گیجگاهی فکی است که در عین حال خطرناک میباشد. عدم توانایی در باز کردن

آنکیلوز استخوانی: از اتصال سرکندیل و قسمت مفصلی استخوان تامپورال توسط یک پل استخوانی بوجود می آید. معمولاً این نوع آنکیلوز خود را بارش بیش از اندازه کندیل نشان می دهد که در این صورت کندیل به حفره گلوئید متصل شده است. عوامل بوجود آورنده آنکیلوز مفصل کیجگاهی فکی عبارتند از:

۱- آرتريت روماتوئید بعنوان عامل اولیه

۲- تب روماتیسمی

۳- عفونت های پیوژنیک

والسلام

دهان و جویدن غذا از خصوصیات آن میباشد. دو نوع آنکیلوزیس وجود دارد.

۱- آنکیلوز فیروزه

۲- آنکیلوز استخوانی

آنکیلوز فیروزه: بعلت محدودیت در حرکت ماندیل در نتیجه اتصال فیروزه بین سرکندیل و حفره گلوئید و احتمالاً بر جستگی آرتیکولر بوجود می آید. ممکن است دیسک وجود نداشته باشد. بعضی حرکات لولائی دیده میشود ولی حرکات کناری دیده نمیشود.

مآخذ:

1. Carl.B. Eremshar; Anatomy of TMJ
Textbook: Disease of temporomandibular apparatus
Morgan, Mouse, RA11 1982
2. James vamvas; Differential Diagnosis of the TMJ Disease 1982.
3. Victor O Lucia; Anatomy-physiology of masticatory system textbook;
Modern Gnathological concept 1983
4. Charles.S Green Myofacial pain-dysfunction syndrom
textbook: T.M.J the tempromandibular Joint.
Bernat G. sarnat 1980
Daniel M. Laskin
- 5- Daniel M.Laskin Etiology of MPDS " 1980
- 6- Donald Blaschke; Arthrography of the TMJ.
Textbook; T.M.J problem
Solberg,clark 1980
7. William McCarty; Diagnosis and Treatment of Internal derangement
of the articular Disc Mandibular Condyle
textbook: TMJ problem 1980
8. Joseph A Cibilisco; Managment of TMJ disorder associated with
systemic disease.
Dental clinic of North America July 1983
9. Arturo manns; Influences of the vertical dimension in the
treatment of MPDS.
J.prosth Nov.1983.
10. David R.Zanpess; Use of TMJ Arthrotomography in Diagnosis of
treatment of Anterior Disc Dislocation
J.Prosth. Dec.1983.
11. Per-Lennart Westesson; Arthrography of the TMJ.
J. Prosth. Apr 1984.
12. Gray's Anatomy