

Etiologia zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego

7

„LEKARZ, KTÓRY ANALIZUJE WYŁĄCZNIE OKLUZJĘ, MYLI SIĘ TAK BARDZO, JAK LEKARZ, KTÓRY NIGDY NIE BADA WARUNKÓW ZWARCIOWYCH” – J.P.O.

W POPRZEDNICH SZEŚCIU rozdziałach została szczegółowo przedstawiona optymalna anatomia i fizjologia warunków okluzyjnych. Dyskusja toczyła się od właściwego kontaktu i ruchu pojedynczego zęba aż do funkcji wszystkich struktur tworzących układ stomatognatyczny. Została przedstawiona również optymalna okluzja czynnościowa. Niemniej jednak należy również zadać pytanie o częstość występowania takiego stanu, jak również o konsekwencje, jakie powstają – jeśli takie istnieją – gdy występują mniej idealne warunki.

Wiele objawów może wynikać z przeciążenia struktur układu ruchowego narządu żucia (ryc. 7.1). Lekarz musi zdawać sobie z nich sprawę, tak aby zaburzenia te mogły być rozpoznane i leczone. Jednakże nie wszystkie oznaki i objawy odczuwane w obrębie jamy ustnej i twarzy są związane z dysfunkcją układu stomatognatycznego. Ten rozdział dotyczy różnych zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia i przedstawia specyficzne relacje czynników etiologicznych, które powodują te zaburzenia.

Terminologia

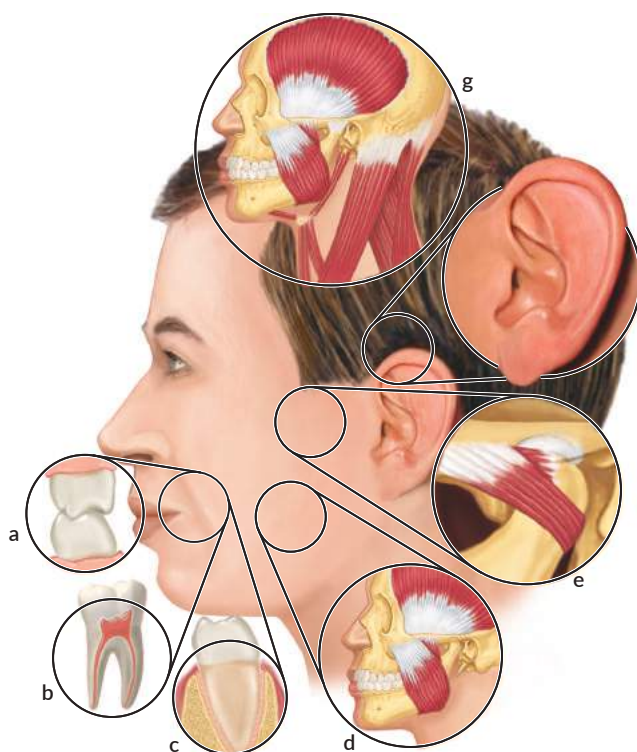
Na przestrzeni lat zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia były określane różnymi terminami. To z pewnością przyczyniło się do pewnych nieporozumień w tej dziedzinie. W 1934 roku James Costen [1] opisał zespół objawów koncentrujących się w okolicy ucha i stawu skroniowo-żuchwowego (SSŻ). Ze względu na jego pracę został przyjęty termin **zespół Costena** (*Costen syndrome*). Później bardziej popularne stało się określenie **zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego**, a następnie, w 1959 roku, Shore [2] wprowadził termin **zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego**. Następnie pojawił się termin **czynnościowe zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego**, zaproponowany przez Ramfjorda i Asha [3]. Niektóre określenia, takie jak **zaburzenia okluzyjno-żuchwowe** [4] i **mioartropatie stawu skroniowo-żuchwowego**, opisywały sugerowane czynniki etiologiczne [5]. Inne akcentowały dolegliwości bólowe, jak na przykład: **zespół bólowo-dysfunkcyjny** [6], **mięśniowo-powięziowy zespół bólowo-dysfunkcyjny** [7], a także **skroniowo-żuchwowy zespół bólowo-dysfunkcyjny** [8].

Niektórzy autorzy uważają, że powyższa nomenklatura jest zbyt ograniczona i należy stosować szersze, bardziej zbiorowe pojęcia, takie jak **zaburzenia czaszkowo-żuchwowe**, ponieważ objawy nie zawsze są ograniczone tylko do stawu skroniowo-żuchwowego [9]. Bell [10] zasugerował określenie **zaburzenia skroniowo-żuchwowe**, które zyskało popularność. Ten termin nie sugeruje jedynie izolowanych problemów dotyczących stawów skroniowo-żuchwowych, ale obejmuje wszystkie zaburzenia związane z funkcją układu ruchowego narządu żucia.

Ten szeroki wachlarz terminów przyczynił się do powstania wielkiego zamieszania na tym już skomplikowanym polu badań. Brak komunikacji i koordynacji w wysiłkach badawczych często miał swój początek w zróżnicowanej terminologii. Starając się skoordynować te działania, Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne (*American Dental Association*) [11] przyjęło określenie **zaburzenia skroniowo-żuchwowe** lub TMD (*temporomandibular disorders* – przyp. tłum.). W niniejszym tekście termin „TMD” obejmuje wszystkie zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia.

Historia zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Po raz pierwszy profesja stomatologiczna została włączona do obszaru zaburzeń skroniowo-żuchwowych (TMD) za sprawą artykułu Costena w 1934 roku [1]. Costen był otolaryngologiem, który pierwszy zasugerował, na podstawie 11 przypadków, że zmiany stanu uzębienia mają związek z różnymi objawami usznymi. Niedługo po ukazaniu się artykułu Costena lekarze klinicyści zaczęli kwestionować słuszność jego wniosków dotyczących etiologii i leczenia [12-15]. Chociaż większość oryginalnych wniosków Costena została obalona, zainteresowanie lekarzy klinicystów było z pewnością stymulowane przez jego pracę. Pod koniec lat trzydziestych i w latach czterdziestych tylko kilku stomatologów zainteresowało się leczeniem tych bólowych problemów. Najbardziej popularnymi terapiami były w tym czasie aparaty do podnoszenia wysokości zwarcia, które po raz pierwszy zostały zaproponowane i opisane przez samego Costena [16, 17]. Pod koniec lat czterdziestych i w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku lekarze dentyści zaczęli



RYC. 7.1. Gdy układ stomatognatyczny jest przeciążony, różne struktury mogą ulec uszkodzeniu, prowadząc do wystąpienia objawów. Niektóre z najczęstszych objawów to: (a) starcie zębów, (b) zapalenie miazgi, (c) rozchwianie zębów, (d) ból mięśni, (e) ból SSŻ, (f) ból ucha, (g) ból głowy.

kwestionować aparaty do podnoszenia wysokości zwarcia jako terapię z wyboru do zaburzeń funkcji żuchwy [15, 18]. W tym czasie zaczęli oni bardziej dokładnie przyglądać się interferencjom okluzyjnym (zwarciovym) jako głównym czynnikom etiologicznym wpływającym na dolegliwości sugerujące TMD [19-20].

Prowadzenie badań naukowych nad zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi rozpoczęło się w latach pięćdziesiątych XX wieku. Pierwsze badania naukowe sugerowały, że stan okluzji może wpływać na funkcje mięśni żucia. Do analizowania tych zależności były wykorzystywane badania elektromiograficzne [20-22]. W późnych latach pięćdziesiątych XX wieku został napisany pierwszy podręcznik dotyczący dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia [2, 8, 23]. Najczęstszymi dolegliwościami opisywanymi w tamtym czasie były zaburzenia bólowe mięśni żucia. Etiologia tych zaburzeń była ogólnie wiązana z dysharmonią okluzyjną (zwarciovą). W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku okluzja, a później stres emocjonalny zostały przyjęte jako główne czynniki etiologiczne zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego. Później, pod koniec lat siedemdziesiątych, nastąpiła eksplozja zainteresowania TMD. W tym czasie do lekarzy zajmujących się zaburzeniami bólowymi dotarła również informacja o źródłach wewnątrztrebkowych [24]. Ta wiadomość zmieniła tor myślenia specjalistów i kierunek działań w dziedzinie TMD. Dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku lekarze zaczęli rozpoznawać i w pełni doceniać złożoność

zaburzeń skroniowo-żuchwowych. Ta złożoność powoduje, że obecnie lekarze starają się znaleźć dla siebie właściwą rolę w leczeniu zaburzeń skroniowo-żuchwowych i dolegliwości bólowych w okolicy jamy ustnej i twarzy [25].

We wczesnym etapie rozwoju dziedziny zaburzeń skroniowo-żuchwowych oraz bólu w okolicy jamy ustnej i twarzy nie było zbyt wielu badań ani odpowiedniego uznania dla medycyny opartej na dowodach. W konsekwencji podejmowano leczenie, które często było nieskuteczne, a czasami bywało bardzo agresywne. W latach 90. ubiegłego wieku i na początku XXI wieku specjaliści przyjęli koncepcję medycyny opartej na dowodach, a wraz z nią przyszła potrzeba programów szkoleniowych, aby lepiej przygotować lekarzy do zajmowania się pacjentami z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi. Na kilku uniwersytetach rozpoczęły się podyplomowe programy szkoleniowe, formalizując ten proces edukacyjny. W 2010 roku Komisja ds. Akredytacji Stomatologicznej, agencja odpowiedzialna za akredytację wszystkich specjalności stomatologicznych w Stanach Zjednoczonych, podkreśliła potrzebę uznania i standaryzacji tych programów. W tym czasie zaczął się proces akredytacji tych programów uniwersyteckich podobnie jak innych specjalności stomatologicznych. Oczekuje się, że postępy w badaniach i edukacji znacznie poprawią diagnostykę i postępowanie z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi, zapewniając lepszą jakość życia wielu pacjentom cierpiącym na zaburzenia skroniowo-żuchwowe i ból w okolicy jamy ustnej i twarzy.

Badania epidemiologiczne zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Aby analiza zaburzeń skroniowo-żuchwowych znalazła swoje miejsce w praktyce stomatologicznej, po pierwsze należy wykazać, że TMD stanowią poważny problem w populacji ogólnej, a po drugie muszą one odnosić się do struktur leczonych przez lekarza stomatologa. Jeżeli przedmiotowe i podmiotowe objawy dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia są powszechne w ogólnej populacji, TMD stają się istotnym problemem, który należy rozwiązać. Poniżej omówiono badania, które opisują te dolegliwości i objawy.

Jeżeli objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych okażą się powszechnie występującymi, to należy następnie zapytać: „Jaka jest etiologia TMD i czy mogą być one leczone zabiegami stomatologicznymi?”. Należy tu omówić kwestię etiologii, ponieważ ma ona podstawowe znaczenie w zrozumieniu roli lekarza stomatologa w leczeniu TMD. Zagadnienia dotyczące terapii zostały omówione w następujących rozdziałach. Wielu stomatologów uważa, że okluzja zębów stanowi pierwotną etiologię objawów TMD. Od czasów Costena to zagadnienie było bardzo mocno dyskutowane w stomatologii. Jeśli okluzja odgrywa istotną rolę w etiologii zaburzeń skroniowo-żuchwowych, to dentysta może i powinien odgrywać ważną rolę w leczeniu tych zaburzeń. Żadna inna osoba z opieki zdrowotnej nie może zapewnić tego leczenia. Z drugiej strony, jeśli okluzja nie odgrywa żadnej roli w etiologii TMD, to jakakolwiek próba zmiany warunków zwarciovych przez dentystę jest nieprawidłowym kierunkiem i należy jej unikać. Stało się oczywiste, że jest to bardzo istotna kwestia dla stomatologa. Jednym z celów tego rozdziału jest przegląd badań naukowych, które pomagają znaleźć odpowiedź na to najważniejsze pytanie.

Częstość występowania objawów przedmiotowych i podmiotowych związanych z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi można najlepiej ocenić poprzez analizę badań epidemiologicznych. Słownik Medyczny Dorlanda (*Dorland's Medical Dictionary*) definiuje epidemiologię jako „naukę związaną z badaniem czynników determinujących i wpływających na częstość i rozprzestrzenianie się chorób, urazów oraz innych zdarzeń związanych ze zdrowiem i ich przyczyn w zdefiniowanej populacji ludzkiej w celu opracowania programów zapobiegających i kontrolujących ich rozwój i rozprzestrzenianie się” [26]. Liczne badania epidemiologiczne dotyczyły częstości występowania zaburzeń skroniowo-żuchwowych w wybranych populacjach. Niektóre z nich zestawiono w tabeli 7.1 [27-43]. W każdym badaniu osoby badane były pytane o objawy, a następnie badane pod kątem występowania najczęstszych objawów klinicznych związanych z TMD. Wyniki można znaleźć w kolumnie zatytułowanej „Częstość występowania” po prawej stronie w tabeli 7.1. Liczby tam występujące reprezentują odsetek osób, które miały minimum jeden objaw kliniczny lub przynajmniej jedną dolegliwość związaną z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi. Te

badania z pewnością sugerują, że częstość występowania dolegliwości i objawów klinicznych związanych z TMD jest dość powszechna w tych populacjach. Faktem jest, że średnio 41% tych populacji zgłosiło co najmniej jeden objaw związany z TMD, podczas gdy średnio 56% wykazało co najmniej jeden objaw kliniczny. Z uwagi na to, że badania te przeprowadzono w różnych przedziałach wiekowych i wśród obu płci, można prawdopodobnie założyć, że podobne wyniki procentowe występują również w populacji ogólnej. Na podstawie tych badań wydaje się, że konserwatywne oszacowanie odsetka osób w populacji ogólnej z jakimś typem zaburzeń skroniowo-żuchwowych waha się w granicach 40% i 60%. Ta liczba jest tak duża, że może prowadzić do wątpliwości dotyczących słuszności badań. Ponadto trzeba stwierdzić, że połowa pacjentów przyjmowanych w gabinecie stomatologicznym nie wygląda na cierpiących z powodu TMD.

Aby lepiej ocenić te wartości procentowe, należy przeanalizować te badania bardziej dokładnie. Badania Solberga i wsp. [27] mogą być pomocne w ocenie rozpowszechniania się zaburzeń skroniowo-żuchwowych. W tych badaniach badacze zbadali 739 studentów uniwersytetu (w wieku 18-25 lat), którzy zgłaszali się do przychodni studenckiej w związku z udziałem w zdrowotnym programie ubezpieczeniowym. Została przeprowadzona ankieta i wykonano krótkie badanie kliniczne w celu zidentyfikowania jakichkolwiek objawów podmiotowych lub przedmiotowych związanych z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi. Objawem przedmiotowym była każda klinicznie wykryta oznaka związana z TMD. Objawem podmiotowym była każda dolegliwość, której pacjent był świadomy i którą zgłaszał. Badanie kliniczne wykazało, że 76% studentów miało jeden lub więcej objawów związanych z TMD. Jednakże badanie ankietowe wykazało, że tylko 26% studentów zgłosiło objawy związane z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi. Innymi słowy 50% grupy miało objawy przedmiotowe, które nie zostały zgłoszone jako dolegliwości subiektywne. Objawy, które są obecne, ale nieznanne pacjentowi, są określane jako **subkliniczne**. Zaobserwowano także, że tylko 10% całej grupy miało objawy, które były na tyle poważne, żeby spowodować, by pacjent poszukiwał leczenia. Podsumowując, tylko 5% grupy może być typowo opisywane jako pacjenci z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi z problemami na tyle poważnymi, aby mogły być zauważone w gabinecie stomatologicznym. Te rodzaje ustaleń są łatwiejsze do zaakceptowania jako faktyczne. Innymi słowy jeden na czterech pacjentów w populacji ogólnej posiada świadomość objawów TMD, jednak mniej niż 10% populacji uznało, że ich problem jest wystarczająco poważny, aby zdecydować się na leczenie [44-49]. Głównym czynnikiem, który zdawał się determinować potrzebę profesjonalnej opieki, był stopień odczuwania bólu [50]. Nie wolno jednak zapominać, że wszystkie badania wskazują, iż średnio 40-60% populacji ma co najmniej jeden wykrywalny objaw związany z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi. Inne badania potwierdziły te wyniki [51-59].