

Irreverzibilis discusdislocatio konzervatív kezelése sínterápiával

DR. ANGYAL JÁNOS és DR. KESZTHELYI GUSZTÁV

Az American Academy of Craniomandibular Disorders (AACD) meghatározása szerint a craniomandibularis (vagy temporomandibularis) elváltozások körébe tartoznak a rágóizmokat, az állkapocsízületet érintő megváltozott kórképek [1]. Ezek az orofaciális régió nem dentális eredetű fájdalmainak jelentős részét alkotják [2]. A betegség diagnózisát és elkülönítő diagnózisát nehezíti, hogy különböző elváltozások hasonló klinikai tünetek formájában manifesztálódhatnak és az irodalom sem egységes a betegség felosztásában és osztályozásában. A kezelés során figyelniük kell arra, hogy ezek az elváltozások egyidejűleg is előfordulhatnak, és a sikeres terápia feltétele az alapbetegség és nem a tünetek kezelése. Az alkalmazott betegvizsgálati módszereknek jelentős szerepük van a helyes diagnózis felállításában. A közlemények kiemelik a gondos anamnézis és a fizikális vizsgálat döntő szerepét. Segítségükkel átlagosan 80%-os pontossággal juthatunk el a helyes diagnózishoz [3]. Kiegészítő vizsgálati módszereket (radiológiai, műszeres és laboratóriumi vizsgálatokat) kell igénybe vennünk, ha diagnózisunk bizonytalan, organikus betegség gyanúja merül fel, illetve az alkalmazott kezelés ellenére a beteg panaszai nem enyhülnek.

A temporomandibularis elváltozásokon belül külön csoportot képeznek a discus articularis helyzeti rendellenességei. Az AACD által közzétett iránymutató ezeket két csoportba sorolja:

1. Reverzibilis discusdislocatio, melynek az a lényege, hogy a discus nem követi pontosan a condylus mozgását. Maximális intercuspidatióban a fejecs előtt helyezkedik el, a szájnyitás meghatározott fázisában azonban a helyére ugrik, és kitölti a condylus és a tuberculum articulare közötti teret.

2. Irreverzibilis discusdislocatio, melynek klinikailag akut és krónikus formája ismert. A reverzibilis dislocatio súlyosabb formája, amikor a discus a fejecs elé kerül, s a teljes mozgástartományban ott maradva blokkolja a condylus transzlációs mozgását.

Érkezett: 1996. május 26.
Elfogadva: 1996. július 3.

Az irreverzibilis dislocatio akut stádiumának fő tünetei a következők: aktív szájnyitás 30-35 mm, mely passzíve max. 3 mm-rel növelhető (mereven rögzített részleges szájzár); anamnézisben hirtelen kezdődő nyitáskorlátozottság, melynek megjelenése és a hangjelenség megszűnése időben egybeesik (természetesen amennyiben előzőleg volt kattogás); korrekciómentes deviáció a beteg oldal felé és a contralateralis lateropulsio beszükülése.

Fakultatív módon e tünetekhez társulhat fájdalom, enyhe crepitus, kifejezettebb fogérintkezés a beteg oldalon. Az esetek jelentős részében a gondos kórelőzmény traumás hátteret fedhet fel; pl. ütés, trauma foghúzás, elhúzódo fogászati kezelés, altatásban végzett műtét, ástás [5, 6, 13]. Egyes szerzők megkülönböztetik a fenti két kórkép enyhébb formáját, melynek patológiás alapja a discus mesialis eltolódása. Legnagyobb klinikai jelentőséggel talán az irreverzibilis dislocatio akut formája bír, hiszen korai kórismézésével és megfelelő kezelésével elérhetjük a tökéletes anatómiai és funkcionális gyógyulást. Kezelés nélkül az elváltozás degeneratív folyamatba megy át, mely kezdetben a lágy részeket, majd az ízfelszíneket is érinti [4]. A betegség diagnosztizálásához általában speciális kiegészítő vizsgálatokra nincs szükség, kivéve ha a fájdalom következményeként fellépő reflexes szájnyitás-korlátozottság nehezíti a betegvizsgálatot. Ilyenkor értékes segítséget nyújthatnak radiológiai vizsgálómódszerek, úgymint a komputertomográfia (CT), a mágneses rezonanciás képalkotás (MRI), az artrográfia és az artroszkópia. Invazív diagnosztikus célú vizsgálatok végzése csak akkor indokolt, ha az a terápiánkat befolyásolja.

Jelen munkánkban egy irreverzibilis discusdislocatióban szenvedő beteg sikeres konzervatív kezelését ismertetjük.

Esetismertetés

E. T. 16 éves férfi beteget szájnyitási korlátozottsággal, ízületi panaszokkal utalták szakrendelésünkre. Jelentkezése előtt negatív eredménnyel zárult belgyógyászati és neurológiai vizsgálatokon esett át gyakori fejfájásai miatt.

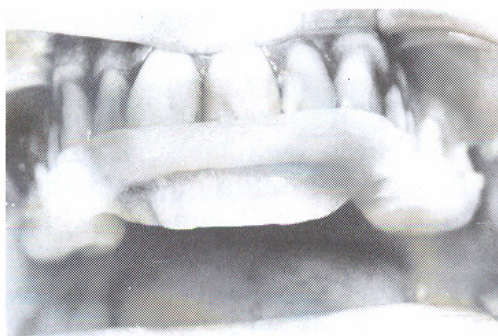
Anamnézis: Panaszai jelentkezése előtt kb. 3 héttel kezdődtek ízületi beakadás és ízületi feszülés formájában. Kezdetben a beakadás következtében létrejött szájnyitási korlátozottságot excentrikus mandibulamozgásokkal korrigálni tudta, majd ez egyre kevésbé sikerült, a korlátozott állkapocsmozgás egyre hosszabb időkre állandósult.

Status: Parodontológiailag és kariológiailag jól konzervált fogazat. Maximális szájnyitáskor a metszőélek távolsága 36 mm. A lateropulsio értéke bal oldalt 7 mm, jobb oldalt pedig 13 mm volt. A szájnyitás végén a középvonal 6 mm-rel jobbra tolódott. Jobb oldalt közvetlenül az ízület laterális felszíne előtt tapintásra a beteg mérsékelt érzékenységet jelzett. Kóros ízületi hangjelenséget nem tapasztaltunk.

A beteget radiológiai konzíliumot követően MRI-vizsgálatra jegyeztettük elő, melyre a vizsgálatot követő 15. napon került sor. A klinikai kép alapján diagnózisunk irreverzibilis discusdislocatio volt, és a beteg számára a szakirodalomban elfogadott propulziós típusú harapásemelő készülékes kezelést javasoltuk. A kezelés előtt tisztáztuk vele, hogy a készüléket mindig hordania kell még evés közben is, csak fogápoláskor veheti ki azt. Felhívtuk a figyelmét a rendszeres kontrollok fontosságára, hiszen a felügyelet nélküli hordás irreverzibilis elváltozásokhoz vezethet, pl. hátsó nyitott harapás létrejöttéhez. Alginátlenyomatot vettünk a felső fogívről, és a beteget visszarendeltük a következő alkalomra. Időközben 1,5 mm mélyhúzott fóliából* a harapásemelő bázislemezét elkészítettük. A következő kezelés alkalmával, miután sikeresen reponáltuk a discus mandibularist, a *Minagi és mtsai* által javasolt műfogással [7] megkezdtük a készülék occlusalis felszínének kialakítását önkötő akrilátból az *Okeson* által javasolt módszerrel [8]. Közvetlenül a repozíció után a beteget lassan élharapásos helyzetbe zártuk. Ez azért fontos, mert ha a beteg erőteljesen a hátsó fogaira harap, az intraarticularis nyomás fokozódása, ill. a m. pterygoideus lateralis kontrakciója dislocálja a porckorongot. A harapásemelő rágófelszínének kialakítása során a mandibulát abba a legkisebb propulziós helyzetbe állítottuk be, amely a diszfunkciós és fájdalmas panaszokat megszüntette (ez lehetőleg ne haladja meg a 2 mm-t). Az alsó frontfogak számára a készülék funkcionális részén vezetőfelszínt alakítottunk ki (1. ábra). Az antagonista csücsöksor mély benyomata a lejtővel együtt stabilizálta ezt a terápiás helyzetet, megakadályozva a fejecsek nem kívánatos dorsalis elmozdulását, mely recidívához vezethet. Amennyiben ez a helyzet stabilnak bizonyult (a beteg nem számol be ízületi beakadásérzetről), elkezdődhet az ún. „step-back” procedura. Ennek során a készülékekkel előharapásos helyzetben beállított mandibulát a készülék többszöri becsiszolásával visszavezetjük a kívánatos centrális relációs helyzetbe. Ha közben a tünetek újra jelentkeznek, az aktuális pozíciónál egy előrébb esőt kell választanunk, mely éppen tünetmentességet eredményez. Ezt a helyzetet tapasztalataink szerint legkönnyebben a beteg segítségével állíthatjuk be, megkérve, hogy jelezze melyik állkapcsának az a leghátsó helyzete, ahol nem érez feszülést az ízületben. Az ezt követő tünetmentes kontrollon folytathatjuk a készülék becsiszolását. Esetünkben az első kontroll az átadást követő negyedik napon történt, és mivel a beteg panaszmentes volt, 2 hetenként – a szakirodalomban ennyi az elfogadott stabilizációs idő – hívtuk vissza a készülék korrekciójára. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a sín eltávolítása még a 4. héten is szinte azonnali dislocatiohoz vezetett, melyet azonban a beteg minden nehézség nélkül saját maga korrigálni tudott. Éppen ennek köszönhetően tanulságosak az MRI-

* Erkocryl, Erkodent, Germany

felvételek. A 2. ábra mutatja a discomandibularis komplexum viszonyát a készülék nélkül, miközben a beteg maximális intercuspidatiós helyzetbe harap. A képen a condylus egy distalis pozíciót foglal el, és jól láthatóan előtte helyezkedik el a dislocálódott discus. Repozíciót követően a beteg a készülék által megszabott helyzetbe harapott, és a felvételt újra készítettük. Látható, hogy a condylus centrális helyzetbe került, és a discus kitölti a közte és az eminentia között lévő teret (3. ábra). A felvételek igazolták a diagnózisunk helyességét és a készülékes kezelés hatékonyságát. A nyolcadik héten elértük a centrális relációnak megfelelő manibulahelyzetet és további hordás céljára saját módszerünkkel [9] relaxációs sánt készítettünk a beteg számára. Újabb egy hónapig a beteg ezt a készüléket éjszakánként rendszeresen használta. Erre az időre és az ezt követő kontrollok során a beteg tünetmentessé vált.



1. ábra. A harapásemelő készülék a felső fogíven. Az occlusalis felszínen láthatóak az antagonista fogak számára kialakított felszínek



2. ábra. A beteg jobb oldali temporomandibularis ízületének MRI-felvétele a dislocatiós helyzetben. A képen a condylus egy distalis pozíciót foglal el, és jól láthatóan előtte helyezkedik el a dislocálódott discus. A felvétel közben a beteg készülék nélkül maximális intercuspidatiós helyzetbe harapott



3. ábra. A jobb oldali ízület MRI-felvétele a repozíciót követően. A condylus centrális helyzetbe került, és a discus kitölti a közte és az eminentia között lévő teret. A beteg a felvétel közben készülék által meghatározott helyzetbe harapott.

Megbeszélés

A régebben funkcionális kórképek körébe sorolt temporomandibularis elváltozások egy részének hátterében a modern képalkotó eljárásokkal jól vizsgálható organikus okok állnak. Az ide sorolható irreverzibilis dislocatio kezelésében az irodalom két alapvető módszert ismertet: a konzervatív készülékes kezelést [10, 12] és a radikális sebészeti megoldásokat [11]. Az először választandó terápia mindig a konzervatív módszer, melyet megelőz a discus manuális repozíciója. Ezt követően a készülékkel biztosítjuk a discomandibularis egység normális működését, és csillapítjuk a járulékos tüneteket. A kezelés következményeképpen létrehozott protrúsiós mandibulahelyzetet vagy helyreállítjuk (protetikai, ill. orthodontiai úton) vagy a sín rendszeres becsiszolásával fokozatosan visszavezetjük a mandibulát eredeti centrális relációs pozíciójába. Ez utóbbi ún. „step-back” eljárás nem változtatja meg az occlusiós viszonyokat, így konzervatívabb, a beteg számára kíméletesebb és olcsóbb. Klinikai tapasztalatunk és a fenti esetismertetés alapján javasoljuk a módszer első terápiás eszközként történő alkalmazását.

IRODALOM: 1. *The American Academy of Craniomandibular Disorders: Craniomandibular disorders. Guidelines for avaluation, diagnosis and management.* Quintessence, Chicago, 1990. – 2. *Bell, W. E.: Orofacial pains. Classification, diagnosis, management* 4th ed. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1989. – 3. *Truelove, E. L., Sommers, E., Leresche, L., Dworkin, S. F., Von Korff, M.: Clinical diagnostic criteria for TMD.* J. Am. Dent. Assoc. 123, 47, 1992. – 4. *Friction, J. R.: Recent advances in temporomandibular disorders and orofacial pain.* J. Am. Dent. Assoc. 122, 25, 1991. – 5. *Pullinger, A. G., Schigman, D. A.: Association of TMJ subgroups with general trauma and MVA.* J. Dent. Res. 67, 403, 1988. – 6. *Taylor, R. C., Way, W. L.: Temporomandibular joint problems in relation to the administration of general anesthesia.* J. Oral. Surg. 26, 327, 1968. – 7. *Minagi, S., Nozaki, S., Sato, T., Tsuru, H.: A manipulation technique for treatment of anterior disc displacement without reduction.* J. Prosthet. Dent. 65, 686, 1991. – 8. *Okeson, J. P.: Management of temporomandibular disorders and occlusion.* Mosby Co., London 1989. 411. – 9. *Angyal, J., Keszthelyi, G.: Technique for fabrication of centric relation-based occlusal splint with central bearing device.* J. Prosthet. Dent. 72, 595, 1994. – 10. *Okeson, J. P.: Long term treatment of disk-interference disorders of the temporomandibular joint with anterior repositioning occlusal splints.* J. Prosthet. Dent. 60, 611, 1988. – 11. *Benson, B. J., Keith, D. A.: Patient resporomandibular joint.* J. Oral Maxillofac.Surg. 43, 770, 1985. – 12. *Farrar, W. B.: Differentiation of temporomandibular joint dysfunction to simplify treatment.* J. Prosthet. Dent. 28, 629, 1972. – 13. *Castaneda, R., McNeil, C., Noble, W.: Biomechanical factors in TMJ osteoarthritis.* J. Dent. Res. 67, 124, 1988.

Dr. Angyal, J., dr. Keszthelyi, G.: *A conservative treatment method for the disc displacement without reduction using anterior repositioning splint*

According to the American Academy of Craniomandibular Disorders the temporomandibular disorders is a collective term embracing a number of clinical problems that involve the masticatory muscles, the temporomandibular joint, or both. This article describes a conservative treatment method for the disc displacement without reduction using anterior repositioning occlusal splint.



The 8th Biennial Congress European Society of
ENDODONTOLOGY
Göteborg 12-14 June 1997

TOPICS SPEAKERS

THE ENDODONTICALLY COMPROMISED TOOTH
THE POTENTIAL OF ENDODONTIC RETREATMENT
SINGLE TOOTH IMPLANTS
REVIEW OF CLINICAL ENDODONTIC PROCEDURES
MANAGEMENT OF ACUTE PAIN
SYSTEMIC EFFECTS OF ENDODONTIC INFECTIONS
ENDODONTIC SUCCESS AND FAILURE
ADVANCED NON-SURGICAL ENDODONTICS
ENDODONTIC COMPLICATIONS
ENDODONTIC MICROSURGERY
ROTARY NICKEL TITANIUM INSTRUMENTATION

BS. Chong (England)
A. Cohen (France)
H. Eriksen (Norway)
Z. Fuss (Israel)
K. Hargreaves (USA)
P. Hørsted-Bindslev (Denmark)
T. Jemt (Sweden)
B. Johnson (USA)
M. Jontell (Sweden)
B. Khayat (France)
S. Kim (USA)
U. Lekholm (Sweden)
J. Lindhe (Sweden)
P. Machtou (France)
R. Nair (Switzerland)
D. Ørstavik (Norway)
I. Peters (The Netherlands)
C. Ruddle (USA)
E. Saunders (Scotland)
L. Spångberg (USA)
G. Sundqvist (Sweden)
A. Tamse (Israel)
L. Tronstad (Norway)
P. Velvart (Switzerland)
P. Wesselink (The Netherlands)

For further information contact: The 8th ESE Congress, Dept. of Endodontology, Medicinaregatan 12, S-413 90 Göteborg, Sweden
Telefax: Int. +46-31-825416, E-mail: A.Molander@odontologi.gu.se
<http://www.odontologi.gu.se/ese97/ese.html>

Sponsors:

Mallefer Dentatus S.E.T. Roeko Heraeus-Kulzer Geringe-Skärhamn Astra Tech SAS VOLVO