

Rezultatele obținute arată că terapia inițială tradusă prin îndepărtarea agenților cauzali (placa bacteriană și tartru) este în general suficientă pentru eradicarea maladiei generale. În acest studiu de evoluție a bolii parodontale, nu este depășită capacitatea de apărare și regenerare a structurilor parodontale.

Totuși evoluția tratamentului depinde de biotipul parodontal și imunitatea organismului. Desigur, factorul primordial de succes este rigurozitatea igienei dentare.

Bibliografie

1. David P. Capelli. Prevention in Clinical Oral Health Care. Copyright ©2008 by Mosby, Chapter 2, page 21.
2. Valerie Clerehugh, Aradhana Tugnait and Robert Genco, Periodontology at a Glance, Chapter 34, page 69
3. Kinane D.F. (2001) Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification. Periodontology 2000; 26:7-15
4. Kinane D F, Attstrom R. (2005) Advances in the pathogenesis of periodontitis. Group B consensus of the fifth European workshop in Periodontology. J Clin Periodontol; 32 (Suppl 6): 130-131
5. Sood M. Diagnosis of Periodontal disease in adolescents. Journal of Innovative Dentistry, Vol. 1, Issue 1, Jan-April 2011

Data prezentării: 02.06.2014

Recenzent: Vasile Zagnat

DISFUNȚIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Rezumat

DISFUNȚIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE (ATM)

Au fost mai puțin studiate în stomatologie. Disfuncția ATM desemnează orice problemă care împiedică funcționarea normală a sistemului complex de mușchi, ligamente, discuri și oase. Majoritatea medicilor stomatologi consideră că disfuncțiile ATM se referă doar la articulație și statusul psihologic al pacientului și necesită numai tratament medicamentos sau imobilizare. De aceea, obiectivul acestei prezentări este de a accentua necesitatea diagnosticului corect în diferitele etape ale disfuncțiilor ATM de la cele mai simple la cele mai complicate și mai greu de tratat [1].

Cuvinte cheie: *disfuncții ATM, deplasare de disc, dislocare de disc, incompatibilități structurale, ipsilateral.*

Summary

TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Temporal Mandibular Dysfunction is a relatively new area in modern dentistry. TMJ dysfunctions refers to any problem that restrains normal operations of the complex system of muscles, ligaments, discs and bones. Many clinicians still feel that T.M.D. refers only to articulation and psychological status of the patient and only require medical treatment or immobilization with splint. That's why the objective of the presentation is to teach the clinician to first recognize and properly diagnose the various stages of T.M.D. from the simplest to the most complicated and difficult to treat [1].

Key words: *TMJ dysfunctions, disc displacement, disc dislocation, structural incompatibility, ipsilateral.*

Introducere

Studierea disfuncțiilor ATM sunt un segment relativ nou în stomatologie. Acest domeniu este complicat prin faptul că savanții nu întotdeauna iau în considerație importanța funcției unei articulații temporo-mandibulare normale. Mulți medici încă mai cred că Disfuncțiile ATM, în esență, sunt o condiție psihosomatică întâlnită în primul rând la femeile în perioada menopauzei și care trebuie tratate prin terapie medicamentoasă sau/și, eventual, o atelă cu suprafață plană[4].

În realitate, Disfuncțiile ATM au fost raportate la 35% din numărul total de copii din America cu vârsta sub doisprezece ani. De asemenea, există numeroase dovezi, atât în literatura de specialitate cât și în literatura medicală, care afirmă că restaurările incorecte, precum și procedurile ortodontice pot complica și chiar iniția disfuncții ATM severe[4].

Obiectivul acestei prezentări este de a direcționa clinicienii spre un diagnostic corect în diferite etape ale disfuncțiilor ATM.

Dumitru Șcerbatiuc,
prof. universitar

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Grigore Iovu,
medic stomatolog

*Centrul Stomatologic
„Iovu-Dent“*

Inițial, trebuie abordată problema ce ține de diagnostic. Toți pacienții cu disfuncții ATM ar trebui împărțiți în două grupe de bază: cazurile cu deranjamente (perturbări) interne și cazurile cu deranjamente externe. Primele (cazurile cu deranjamente interne), reprezintă pur și simplu existența unei probleme de natură mecanică la nivelul capsulei articulației temporo-mandibulare. Deranjamentele externe indică faptul că există o problemă în cadrul sistemului muscular scheletic în afara capsulei ATM. Un alt tip de clasificare este reprezentată de disfuncțiile intra- și extra-capsulare. Toate deranjamentele externe sunt rezultatul deranjamentelor interne cu excepția problemelor cum ar fi, abces la nivelul mușchilor, traumatisme directe la nivelul complexului musculo-scheletic, sau probleme neuro-musculare, cum ar fi sindromul Meniere — acestea sunt situații unice, care trebuie să rămână probleme independente. Prin urmare, efectele secundare ale cazurilor de disfuncții ATM cu deranjamente externe ar trebui să scadă în cazul în care deranjamentele interne sunt abordate în mod corect [4].



Fig. 1 Poziția normală a discului articular față de condil

În acest moment, este necesar să discutăm despre funcția normală a ATM înainte de a aborda orice patologie (Fig.1). În primul rând, nu trebuie să existe abateri ca deviație sau deflecție în timpul deschiderii sau închiderii mandibulei. Nu trebuie să existe zgomete sau durere pe tot traiectul de deschidere al mandibulei. Deschiderea verticală normală ar trebui să fie de 40–60mm de la relația centrică. Excursia laterală normală ar trebui să fie de 12–15mm pe fiecare parte atunci când linia mediană este aliniată corect în relație cu linia interincisivă [4].

Deviație — este abaterea de la traiectoria verticală în timpul deschiderii cu revenirea la poziția inițială vertical-centrală [3].

Deflecția — este abaterea de la traiectoria verticală centrală fără revenirea la poziția inițială vertical-centrală [3].

Care sunt factorii precipitanți ai deranjamentelor interne ale articulației temporo-mandibulare?

Este bine cunoscut faptul că o traumă deschisă ar putea afecta articulația TM, astfel devenind un factor precipitant al afecțiunilor articulațiilor TM. Nu se cunoaște, însă, care sunt factorii cauzanți ai unui debut spontan al unei afecțiuni atunci când nu este implicată nici o traumă. Din perspectiva fizicii, este nevoie de un dezechilibru al forțelor pentru a deplasa un obiect,

iar discul este un astfel de obiect. Legile fizicii dictează că dacă forța în direcția anterioară este mai puternică decât forțele posterioare care o inhibă, atunci discul se va deplasa în față. Forțele primare care mențin poziția normală a discului în raport cu condilul vin de la ligamentele laterale și mediale ale articulației TM. Orice afecțiune a acestora duce la mobilitatea sporită a discului articular. O traumă la sigur poate afecta aceste ligamente, însă la fel poate și o microtraumă [2].

Microtrauma este prezentă atunci când ligamentele se află într-o stare de stres continuu. Probabilitatea unei microtraume este mai mare atunci când are loc o aliniere greșită a mandibulei în raport cu maxilarul. În acest caz fiecare închidere va provoca o anumită doză de stres în ligamente.

- Atunci când alinierea greșită a mandibulei are loc în direcția posterioară (distală) (ex. Clasa II), ligamentele ambelor articulații se află în stres.
- Când alinierea greșită are loc la nivel de mediane scheletale, stresul va fi concentrat în articulație în direcția căreia a deviat alinierea.
- În cazul pierderii suportului posterior unilateral, mandibula ar putea fi orientată posterior, iar condilul articular — în parte ipsilaterală, astfel stresând ligamentele discului (de partea defectului).
- O pierdere bilaterală a suportului posterior va provoca distalizarea mandibulei, astfel adăugând stres la ambele ligamente.
- Retracția excesivă a incisivilor maxilari în timpul tratamentului ortodontic, bruxismul nocturn/diurn și încheștarea tot pot fi factori precipitanți.

În final, este necesar de a înlătura microtrauma care provoacă stres în timpul re-capturării discului pentru a obține un rezultat cât mai stabil. Dacă doar discul este re-capturat, iar microtrauma nu este abordată, o recidivă este foarte probabilă [2].

1. *Deregările Complexului Condil-Disc articular*

- Deplasare de disc. Faza incipientă

Apare ca rezultat al elongării ligamentelor colaterale, laterale, al laminei retrodiscale inferioare și subțierii marginii posterioare a meniscului (trebuie reținut conceptul că ligamentele nu se întind, dar dacă o fac, ele compromit biomecanica articulației). În poziție „gură închisă” condilul se află pe marginea posterioară subțiată a discului (Fig. 2) ^[1].



Fig. 2. a) poziția normală a discului articular cu elongarea ligamentelor colaterale, laterale, a laminei retrodiscale inferioare și subțierea marginii posterioare a meniscului; b) deplasarea de disc

De ce are loc deplasarea? Posterior se găsesc ligamentele retrodiscale, care sunt foarte bine vascularizate și prezintă o ușoară elasticitate ca rezultat al elongării. Anterior se găsește mușchiul pterigoidian lateral superior care este inserat atât de condil, cât și de disc. Prin urmare tonicitatea acestui mușchi pare să învingă elasticitatea ligamentului retrodisca, astfel discul se va deplasa în direcție anterioară, iar condilul nu va fi plasat pe partea mijlocie a discului, ci pe marginea posterioară a acestuia. În mod normal între condil și disc are loc o mișcare de rotație, în faza incipientă a deplasării de disc, la deschidere, se produce o mișcare de translație între condil și disc, urmată mai apoi de mișcarea de rotație normală.

În deplasările de disc, faza inițială, s-ar putea auzi sunete articulare de intensitate sonoră mică, la deschidere timpurie și închidere a gurii, la care pacienții, de obicei, nu atrag atenție.

Dirrecția deplasării discului.

Dacă urmărim direcția de inserție a mușchiului pterigoidian extern (de la aripa mare a sfenoidului la condilul articular), observăm că acesta prezintă o tracțiune nu doar anterioară, ci și antero-medială. Deci discul are tendința de a se deplasa și medial atunci când ligamentele sunt elongate.

Există o varietate de deplasări de disc: unele pot fi anterioare, altele laterale, ocazional posterioare, dar în majoritatea cazurilor discul va migra antero-medial. În cazul unor traume acute, accidente, când suferă ligamentele colaterale, deplasarea de disc ar putea fi chiar medială [1].

b) Deplasare de disc cu reducție

Atunci când ligamentele continuă să se elongheze, iar marginea discului să se subțieze, mijlocul meniscului va fi poziționat anterior față de mijlocul condilului articular (în mod normal aceste 2 trebuie să coincidă), adică condilul funcționează în spatele discului, va avea loc o mișcare de translație, o mișcare neobișnuită care produce un sunet, un „click“, atât la deschidere, cât și la închiderea gurii.

Clicul la deschidere se produce în momentul când condilul vine în poziție normală față de disc, clicul la închidere se produce când condilul revine la poziția anormală față de disc și are loc de fapt deplasarea de disc. Acest din urmă „click“ se numește „click reciproc“

Clicul la deschiderea gurii poate apărea la 4–5mm, sau chiar la 20–30–40mm între dinții centrali superiori și inferiori, depinzând de laxitatea ligamentelor, dar clicul la închiderea gurii întotdeauna apare înainte ca dinții să contacteze.

Deplasarea de disc cu reducție semnifică faptul că discul încă menține contactul cu condilul și fosa articulară și poate să nu prezinte dureri, deoarece sunt încă suprafețele articulare normale. Dar dacă discul se deplasează un pic mai mult, atunci poate apărea durerea din cauza compresiunii ligamentelor retrodiscale [1].

c) Dislocare de disc cu reducție

Ce înseamnă dislocare? — o separarea a suprafețelor articulare. Discul poate fi dislocat, adică este în afara poziției lui normale și astfel nu mai articulează cu celelalte suprafețe articulare.

Deci, dacă ligamentele colaterale laterale continuă să se întindă, la fel și lamina retrodisca, dacă are loc o subțiere și mai mare a marginii posterioare a discului, atunci în mișcarea de deschidere a gurii discul are destulă libertate de a aluneca prin spațiul articular spre anterior, iar condilul va articula cu ligamentele retrodiscale — ceea ce înseamnă dislocare de disc. Aceasta nu este o dislocare a articulației temporo-mandibulare, pentru că, condilul se află încă în fosa articulară, ci este o dislocare a discului articular (Fig. 3) [1].



Fig. 3 a) deplasare de disc; **b)** dislocare de disc cu reducție

În poziție „gură închisă“ discul este mișcat anterior de condil—dislocare. La deschidere în articulație se exercită o decompresie, discul revine, fiind atras și menținut de ligamente și mușchi pe condil, care continuu se mișcă în față, trece de marginea posterioară subțiată a discului, se produce „click-ul“, are loc reducția discului. Un moment important de reținut: Dislocarea de Disc are loc în momentul închiderii gurii, când în articulație se produce o presiune, când dinții aproape contactează are loc clicul la închidere.

La dislocarea de disc cu reducție se aude un sunet de intensitate mare produs de deplasarea condilului peste marginea posterioară a discului. Aceste simptome sunt asemănătoare celor din deplasările de disc cu reducție, însă în dislocările de disc pacienții descriu că încearcă să „prindă“ articulația, iar la deschidere articulația uneori se blochează, fiind necesară mișcarea mandibulei dintr-o parte în alta pentru a găsi o poziție confortabilă.

Este foarte greu să diferențiem deplasarea de disc față de dislocarea de disc, deoarece în ambele situații tabloul clinic poate fi asemănător. Pentru un diagnostic diferențial fiind necesar o investigație de RMN (Rezonanța Magnetică Nucleară), cu indicarea poziției condilului față de disc în ocluzie. În cazul **deplasării de disc**, condilul este situat pe marginea posterioară a discului. În cazul **dislocării de disc** cu reducție, condilul este situat pe suprafața retrodisca (mai posterior). Această investigație nu poate fi folosită ca o investigație de rutină sau screening, deoarece este costisitoare și nu este ușor accesibilă. Indiferent că este o deplasare sau dislocare, tratamentul ar fi același [1].

d) Dislocare de disc fără reducție

Înseamnă că discul nu este adus înapoi în poziția sa normală față de condil în mișcarea de deschidere—

închidere. Atunci cînd pacientul deschide gura, condilul rămîne blocat în contact cu țesuturile retrodiscale, fără a ajunge în contact cu meniscul (Figura 4).



Fig. 4 Dislocare de disc fără reducere

Semnele clinice ale dislocării de disc fără reducere în faza acută

Prezintă 5 semne clinice:

Un istoric pozitiv (o adaptare pozitivă) — cînd a început? — pacienții răspund: „joiă trecută seara, cînd mîncam un măr și brusc mi s-a blocat articulația și de atunci nu mai pot deschide normal gura“. Sau pot spune: „m-am trezit ieri dimineața, iar articulația mea era blocată“. Deci pacienții au limitare în mișcările articulare.

1. Limitarea deschiderii gurii (25–30 mm)

Dacă pacientul prezintă o dislocare de disc fără reducere la nivelul articulației drepte și o poziție normală a discului la nivelul articulației stîngi, în timpul deschiderii gurii se observă o deflecție de parte ipsilaterală. Dacă considerăm că nu e suficient pentru a formula diagnosticul, atunci:

2. rugăm pacientul să execute o mișcare laterală

spre partea ipsilaterală— va fi o mișcare normală deoarece articulația stîngă se rotește, iar la nivelul celei drepte (unde este dislocarea de disc) are loc translația.

3. Dacă rugăm pacientul să execute o mișcare contralaterală dislocării de disc— vom observa o mișcare laterală restricționată (limitată) spre partea contralaterală, sănătoasă.

4. O eliminare bruscă (instantanee) a „click-ului“ — pacientul va spune că de cînd i s-a blocat mandibula (articulația), clicurile s-au oprit. Aceasta este din cauză că dislocarea de disc cu reducere (unde clicurile se auzeau) s-a transformat în dislocare de disc fără reducere (care nu pocnește).

Acut—înseamnă că aceste simptome apar în ultima săptămînă [1].

Semnele clinice ale dislocării de disc fără reducere în fază cronică

1. Rămîne un istoric pozitiv

2. Revenire treptată a deschiderii gurii (35–40 mm)— deoarece ligamentele retrodiscale se alungesc tot mai mult și permit o deschidere mai mare a gurii.

3. Mișcarea laterală de parte ipsilaterală rămîne normală.

4. Mișcarea contralaterală dislocării de disc fără reducere restricționată. Are loc o revenire la normal a mișcării laterale de parte contralaterală, la fel, din cauza întinderii ligamentelor.

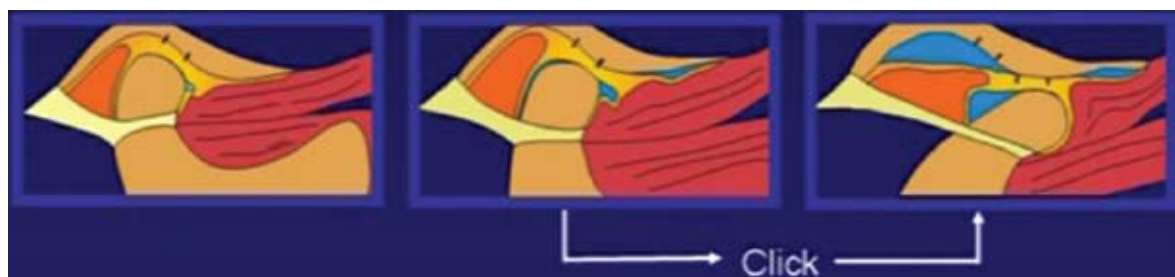


Fig. 5 Adeziune temporară în spațiul articular superior

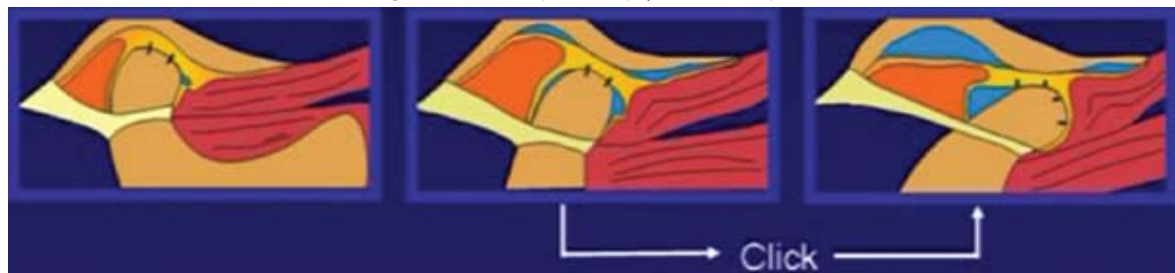


Fig. 6. Adeziune temporară în spațiul articular inferior



Fig. 7. Adeziune permanentă în partea superioară a articulației

5. Pot reveni sunetele articulare determinate de schimbări degenerative în articulația TM (pot apărea crepitații în locul clicurilor).

Prin urmare, în dislocările de disc fără reducere, cronică, simptomele nu sunt la fel de clare și uneori este foarte greu de diagnosticat. Așadar factorul critic în identificarea condiției date devine diapazonul limitat în deschiderea gurii 35–40 mm [1].

2. *Incompatibilitățile structurale ale Articulației Temporo-Mandibulare*

a) *Adeziune (lipire)*

Între fosa și discul articular poate exista un țesut de legătură (conectare) care poate bloca (limita) mișcările articulare.

Adeziune temporară în spațiul articular superior

Atunci când lubrifierea este absentă sau insuficientă poate avea loc o aderență a discului de fosa articulară. Astfel pacientul poate spune că s-a trezit dimineața cu o rigiditate în articulație și o forțează pentru a putea mișca mandibula. Când reușește, aude un clic, după care poate mișca articulația, deoarece ea este deja lubrifiată.

Deci, pacienții vor spune că articulația lor uneori pocnește. Dacă îi întrebăm: „când anume?“, ei vor răspunde: „dimineața mă trezesc cu mandibula rigidă, iar după ce o mișc se aude un click“, apoi se mișcă mai ușor (Fig. 5) [1].

Adeziune temporară în spațiul articular inferior

Este o situație clinică similară precedentei. Pacienții nu pot deschide gura complet, după care o forțează un pic, reușesc să deschidă gura, se rupe adeziunea și se aude un singur clic. Dar pentru că în aceste cazuri adeziunea se gasește în spațiul articular inferior, ei pot mișca articulația ceva mai mult, deoarece ansamblul disc-condil se poate roti și executa mișcarea de translație. De aceea acești pacienți pot deschide gura mai larg decât pacienții cu adeziune temporară în spațiul articular superior. (Figura 6) [1].

Adeziune permanentă în partea superioară a articulației

Adeziunile pot apărea din cauza unei inflamații. Astfel, dacă apare adeziune în partea superioară a articulației, discul va fi oprit din mișcarea de translație în momentul deschiderii gurii, iar condilul va articula cu marginea anterioară a discului sau chiar îl va depăși și spre anterior (Fig. 7).

Cum ne putem da seama dacă a apărut o adeziune de acest fel sau nu?

Atunci când gura este închisă, pacientul se poate simți confortabil. Disfuncția apare atunci când el încearcă să deschidă gura, iar discul nu se mișcă – poate fi numit „disc fixat“. Pacientul va relata că la deschiderea gurii aude un clic întârziat, iar după aceasta îi este greu să închidă gura. Atunci când gura este deschisă poate să apară și durere.

În cazul adeziunilor trebuie să ne gândim la un alt tratament utilizând spre exemplu artroscopia. Capele, în schimb, nu sunt eficiente în astfel de cazuri [1].

b) *Abatere de la formă*

Este un alt tip de disfuncție ATM. Spre exemplu: colul condilului poate prezenta în plus o formațiune osoasă care este fiziologică, dar, în același timp, este o abatere de la forma anatomică normală a condilului. (Figura 8) Această formațiune osoasă poate determina deviații sau clicuri în timpul deschiderii gurii la o anumită distanță (spre ex: 25mm), după care nu se întâmplă nimic, iar la închidere, la exact aceeași distanță (ex: 25 mm) se aude clicul sau deviază din nou.

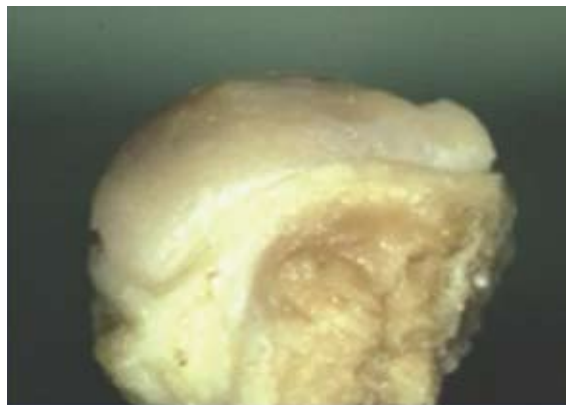


Fig. 8 Abatere de la formă a suprafeței condilului articular

Abaterile de la formă se caracterizează prin consistență și clic. Astfel, dacă avem un pacient care prezintă clicuri în același moment atât la deschidere, cât și la închidere, indiferent de viteza de închidere–deschidere, trebuie să ne gândim la o abatere de la formă.

Trebuie să diferențiem aceste tipuri de disfuncții ATM unele de altele, deoarece managementul terapeutic diferă la fiecare în parte [1].

Perforații de disc

Sunt destul de comune (obișnuite). Pot fi localizate atât la mijlocul discului, când condilul articulează direct cu fosa glenoidă, ceea ce este destul de grav. Însă pot fi localizate și la nivelul marginilor discului articular, (Fig. 9) nu este la fel de grav deoarece se schimbă doar hidrodinamica și sunt prezente mai multe fluide (lubrifianți atât din partea superioară, cât și din partea inferioară a articulației). Însă nu putem spune dacă acest tip de perforație prezintă simptome sau durere [1].

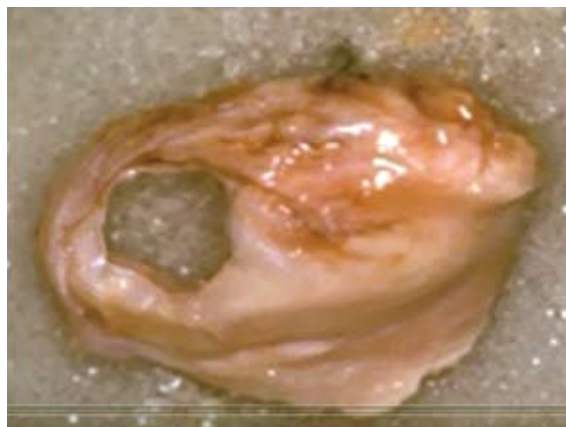


Fig. 9 Perforație articulară la nivelul marginii discului articular

c) **Subluxațiile**

Nu sunt considerate patologice. Subluxațiile apar datorită creșterii laxității elementelor periarticulare uni- sau bilaterale, este o excursie incompletă reductoare a condilului intact dincolo de eminența articulară. Pacienții singuri pot să aducă condilul în fosa articulară.

După cum am menționat, subluxațiile nu sunt patologice, dar dacă pacienții continuă să subluxeze mandibula, ligamentele se pot întinde mai mult și pot apărea incidente. De aceea astfel de pacienți nu trebuie să deschidă larg gura.

d) **Dislocare spontană**

Ocazional, putem avea pacienți care vin la un oarecare tratament, aplicăm *ruber dam-ul*, iar după o oră, când scoatem *ruber dam-ul*, pacientul nu poate închide gura, rămâne cu gura deschisă, blocată – acestea se numesc *dislocări spontane*.

Pe ortopantomografie putem observa cum condiliile articulare se găsesc anterior de eminența articulară, de aceea pacienții nu pot închide singuri gura și trebuie ajutați. Pentru aceasta, pacientul trebuie să stea cât mai relaxat. Dacă singuri nu reușesc să revină la normal, atunci medicul trebuie să se așeze în fața pacientului și îi prinde mandibula între police și index, apoi imprimă o presiune ușoară îndreptată în jos și apoi spre spate (posterior), astfel reducem dislocarea spontană.

Dacă discul rămâne dislocat pentru o perioadă mai îndelungată de timp, condilul va apăsa pe țesuturile retrodiscale (zona bilaminară), acestea din urmă se pot inflama, ceea ce se numește — **retrodiscită**. Retrodiscita este o sursă continuă de durere.

Între timp, țesuturile retrodiscale se pot rupe și se poate dezvolta **osteoartrita** (sau afecțiune temporo-mandibulară degenerativă), în acest caz condilul va articula cu fosa articulară. Nu toate articulațiile cu osteoartrită prezintă durere, deoarece în timp se formează un os sclerotic, de o formă neobișnuită și fără durere, ceea ce poartă denumirea de — **osteoartroză** [1].

Facând o concluzie a celor spuse mai sus reese o schemă care demonstrează că de la o simplă dislocare de disc există o avansare continuă spre osteoartrită (Fig. 10).

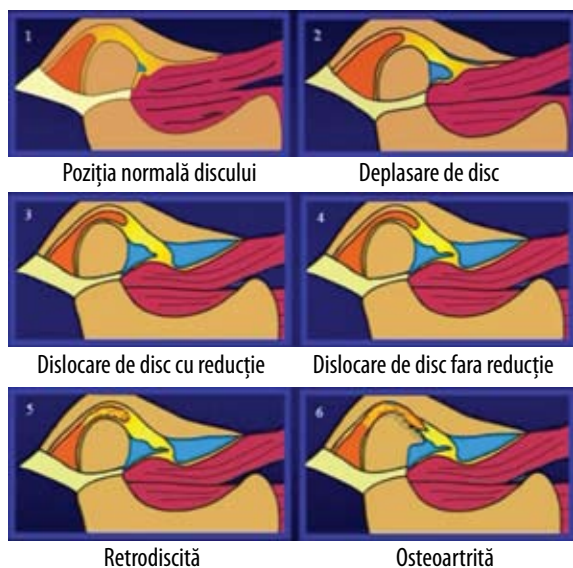


Fig.10 Evoluția disfuncțiilor Articulației Temporo-Mandibulare

Există 2 întrebări importante care influențează tratamentul:

I. Care este etiologia deranjamentului de disc articular?

1. Macrotrauma (cea mai comună etiologie)
 - a. Trauma brutală: — accidente sportive (atleți, boxeri)
 - accidente rutiere;
 - lovituri neașteptate, etc.;
 - b. Trauma iatrogenică:
 - procedura de intubare
 - extracția molarului III
 - proceduri stomatologice îndelungate
 - tracțiuni cervicale;
2. Microtrauma: — încărcare excesivă în timp;
 - hipoxie/ reperfuția țesuturilor articulare.
 - a. Hiperactivitate musculară cronică — parafuncții: bruxism, încheștarea maxilarelor;
 - b. Instabilitate ortopedică — dacă este asociată cu încărcare excesivă, determină instabilitate articulară, instabilitate ocluzală [1].

II. Dacă perturbările de disc progresează întotdeauna?

În funcție de situație, deranjamentele de disc pot progresa sau nu. În timp, unii pacienți pot acuza dureri mai mari și sunete articulare mai intense. Alții, pot spune ca articulația lor pocnește de la 18 ani, de când au fost loviți în barbă și nu-i deranjează nimic, deoarece articulația este adaptată.

Frecvența clicurilor sunt redată în tabele 1 și 2 [1].

Tab. 1 Studii epidemiologice a sunetelor articulare selectate pe grupe de vîrstă

Autorul	Vîrsta	% Clicuri
G.Bernal et al, 1986	3-5	5%
Nilner et al, 1991	7-14	8%
Nilner et al, 1991	15-18	14%
W.K.Solberg et al, 1979	18-23	28%
A.de Laat et al, 1985	22-28	30%
C.E.Reider et al, 1983	40-49	50%
T.Osterberg et al, 1979	70	37%
T.W.Morris et al, 1998	83	20%

Tab. 2 Studiile pe termen lung a sunetelor articulare netratate

Autorul	#Subiecți	Anii	Constatări
S.Greene, 1983	100	5,2	38% fără clicuri 35% îmbunătățiri 1% înrăutățiri
J.P.Okeson, 1995	84	4,5	38% fără clicuri 32% îmbunătățiri 7% înrăutățiri
H. Sato et al, 2003	24	2,1	24% fără clicuri 4% înrăutățiri
John C. Magnusson et al, 1985	35 cu clicuri 38 fără clicuri	5 5	46% fara clicuri 50% clicuri prezente
R.de Leeuw et al, 1994	45 cu clicuri 8% cu crepitații	30 30	62% fără clicuri 38% cu crepitații
H.M.Bush, 1987	33 cu clicuri 65 fără clicuri	3,5 3,5	31% fără clicuri 66% clicuri prezente

Din cele expuse în tabele ajungem la concluzia că nu toate clic-urile progresează. Astfel apare o întrebare importantă: care clicuri trebuie tratate?

Dacă un pacient intră în cabinet și indică care articulație pocnește, prima întrebare care o adresăm va fi: „clicul este însoțit de durere sau nu?”. Dacă durerea este prezentă, ne transmite urmatorul mesaj: articulația nu este adaptată.

Adaptarea este importantă deoarece ea indică raportul dintre celulele distruse și celulele reparate. Dacă aceste 2 grupe de celule sunt egale — apare durerea, dar dacă sunt mai multe celule de reparare decât celule distruse, atunci avem o articulație adaptată [1].

Simptome clinice care indică o dereglare funcțională a Sistemului Stomatognat pentru un diagnostic clinic:

1. Simptome dentare:
 - suprafețe dentare abrazate;
 - fisuri verticale în smalț;
 - defecte cuneiforme la coletul dinților (supra-solicitare–forțe distructive asupra dintelui);
 - sensibilitate sporită;
 - dureri pulpare (pulpalii) la dinții intacti;
 - fracturarea suprafețelor de ceramică;
 - atrofia țesutului osos în parodontite (radiologic);
 - mobilitate dentară (parodontite);
 - urme dentare pe suprafața laterală a limbii (hipertrofia limbii);
 - pierderea implantelor, fracturare.
2. Simptome musculare:
 - dureri în regiuni musculare;
 - oboseala musculară în timpul alimentației, vorbirii (spre seară), adesea mușcarea limbii, obrazului, buzelor;

- limba cu digitații (semne dentare laterale);
 - dureri, presiuni în regiunea auriculară;
 - vertij;
 - zone trigger dureroase în mușchi, iradiere;
3. Simptome de disfuncție articulară:
 - dereglarea amplitudinii și caracterului de deschidere;
 - sunete articulare;
 - dureri în timpul palpării articulației temporo-mandibulare;
 - dureri auriculare;
 - dureri bine determinate în articulație;
 - sunete, clicuri articulare.

Concluzii

1. În diagnosticul disfuncțiilor ATM o însemnătate deosebită are cunoașterea mecanismelor anatomo-fiziologice ale articulației, deoarece ATM reprezintă un sistem biofuncțional complex.
2. În centrul atenției disfuncțiilor ATM se găsește starea discului articular.
3. Cunoașterea munițioasă a anatomiei, fiziologiei ATM și dereglărilor lor este baza diagnosticului și tratamentului afecțiunilor articulare.

Bibliografie

1. Jeffrey P. Okeson: Intra Capsular Disorders of TMJ, 2005.
2. BioResearch Annual Conference Journal, 2013.
3. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В., Патология ВНЧС, 2007, p.13–15; 25–27.
4. Dr J W „Skip” Truitt: Temporal Mandibular Dysfunction, Colegio Nacional De CiRujanos Dentistas B.S. D.D.S.

Data prezentării: 29.04.2014

Recenzent: Valentin Topalo