

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**Δυσλειτουργία κροταφογναθικής
άρθρωσης σε νεογνό**

Φ. Ιωαννίδου-Βεδεράκη¹
Μ. Κλαδίτου²
Α. Μάτης³
Μ. Μαλαθράκη⁴
Μ. Κολυδάκη-Σπυριδάκη⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο που προσβάλλει κυρίως τους ενήλικες και λιγότερο συχνά τους εφήβους ηλικίας 12-18 ετών σε ποσοστό μόνο 7% , με συμπτώματα όπως: μυϊκός πόνος, πόνος στην κροταφογναθική άρθρωση, κεφαλαλγία, clicking κατά τις κινήσεις της κάτω γνάθου, αδυναμία διάνοιξης του στόματος, κ.λπ. Αιτιολογικοί παράγοντες της κροταφογναθικής δυσλειτουργίας είναι: ο οξύς τραυματισμός της κεφαλής και του τραχήλου (τροχαία ατυχήματα), ο μυϊκός σπασμός, η μυϊκή υπερλειτουργία, ο τριγμός των δοντιών, οι διαταραχές της σύγκλισης, οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις, τα ψυχολογικά αίτια και το stress. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εξέταση του ασθενή και στην απεικονιστική εξέταση των κροταφογναθικών αρθρώσεων με πανοραμική ακτινογραφία, ακτινογραφία της κροταφογναθικής άρθρωσης με ανοικτό και κλειστό στόμα, αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης σε άρρεν νεογνό το οποίο 15 ημέρες μετά τη γέννηση του παρουσίασε clicking και στις δύο αρθρώσεις που αποδίδεται σε λανθασμένο χειρισμό της μητέρας του κατά την προσπάθεια σίτισης. Το νεογνό είναι υπό ιατρική παρακολούθηση. (**Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2009, 56(3):513-516**)

Λέξεις ευρετηριασμού: δυσλειτουργία κροταφογναθικής άρθρωσης, κρότος, νεογνό.

Temporomandibular joint dysfunction in a newborn child
F. Ioannidou-Vederaki, M. Kladitou, A. Matis, M. Malathraki,
M. Kolidaki-Spiridaki
(Ann Clin Paediatr 2009, 56(3):513-516)

Pathology of the temporomandibular joint affects an important part of the population, usually adults. Only 7% of the children between 12 and 18 years of age are diagnosed with mandible pain dysfunction and the

¹Γναθοχειρουργός, Επιμελήτης Α', Οδοντιατρικό Τμήμα

²Παιδίατρος, Επιμελήτης Α', Παιδιατρικό Τμήμα

³Ειδικευόμενος, Παιδιατρικό Τμήμα

⁴Παιδίατρος, Αν. Διευθυντής, Παιδιατρικό Τμήμα

⁵Οδοντίατρος, Διευθυντής Οδοντιατρικό Τμήμα

Γενικό Νοσοκομείο- ΚΥ, Σπείας, Κρήτη

symptoms are muscle pain, joint pain, facial pain and joint sounds. The risk factors in TMJ disorders are: antecedents of an acute trauma of the head and neck (traffic accidents), an acute trauma of the muscles, hypermobility of the muscles, malocclusion, parafunctional habits, bruxism, psychological factors and stress. The diagnostic of TMJ disorders is based on the clinical and radiological examinations. The purpose of this article is to present a very rare case of TMJ dysfunction in a new born baby. 15 days after his born he presents clicking on both TMJ. This was the reason that obliged his mother to bring him to the hospital. It seems that the problem begins after an acute trauma produced by his mother. The baby is now under monthly observation.

Key words: TMJ dysfunction, clicking, infant.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλές δεκαετίες η αιτιολογία, διάγνωση και αντιμετώπιση των λειτουργικών διαταραχών της κροταφογναθικής άρθρωσης αποτέλεσε αντικείμενο διχογνωμιών μεταξύ διαφόρων ερευνητών. Οι λειτουργίες στις οποίες μετέχει το στοματογναθικό σύστημα μπορούν να διαταραχθούν κατά διάφορους τρόπους και από διάφορες αιτίες. Μεταξύ των αιτιών και προδιαθεσικών παραγόντων που σχετίζονται με δυσλειτουργία της άρθρωσης περιλαμβάνονται: τραυματισμός, μυϊκός σπασμός, μυϊκή υπερλειτουργία, τριγμός των οδόντων, συγκλεισιακές διαταραχές, φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ψυχολογικά αίτια, stress^{1,5}. Εντούτοις η ακριβής αιτιολογία της δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί μέχρι σήμερα λόγω της έλλειψης ικανοποιητικού αριθμού κλινικών και πειραματικών πρωτοκόλλων.

Οι διαταραχές της κροταφογναθικής άρθρωσης ταξινομούνται σε μυϊκές διαταραχές, διαταραχές λειτουργίας του διάρθριου δίσκου και εκφυλιστικές ή φλεγμονώδεις παθήσεις.

Η πρόσθια μετατόπιση του διάρθριου δίσκου με ανάταξη είναι μία από τις πιο συχνές παθήσεις σε ασθενείς με δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης. Χαρακτηρίζεται κυρίως από ήχο (clicking) κατά τις κινήσεις της άρθρωσης και με απόκλιση της κάτω γνάθου κατά τη διάνοιξη του στόματος. Ο ασθενής μπορεί επίσης να παραπονιέται για πόνο λόγω της διάτασης της διπετάλου ζώνης ή του σπασμού των μαστηρίων μυών με περιορισμό της διάνοιξης του στόματος ή «κλείδωμα» της άρθρωσης (locking).

Ο «κρότος» (clicking) διαφοροποιείται από τον

κρίγμο (crepitus) που αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα σε εκφυλιστικές και χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις.

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό (50% έως 75%) του συνόλου του πληθυσμού σε κάποιο στάδιο της ζωής του εμφανίζει σημεία διαταραχής της κροταφογναθικής άρθρωσης. Αντιθέτως μόνο ένα μικρό συγκριτικά ποσοστό (20% έως 25%) εμφανίζει συμπτώματα λόγω της διαταραχής²⁻⁶.

Όσον αφορά την ηλικία, σε διάφορες μελέτες αναφέρεται η εμφάνιση των συμπτωμάτων της δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης στα παιδιά μετά τα 12 έτη σε μικρά ποσοστά, ενώ στους ενήλικες τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα⁵.

Η κλινική εξέταση του ασθενή και το ατομικό ιστορικό δεν προσφέρουν επαρκή στοιχεία για τη διάγνωση κροταφογναθικής δυσλειτουργίας. Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται πάντα και στον απεικονιστικό έλεγχο. Η συμβατική ακτινογραφία, η πανοραμική ακτινογραφία και η τομογραφία είναι οι χρησιμοποιότερες και πιο εύχρηστες απεικονιστικές τεχνικές. Η αξονική τομογραφία ενδείκνυται περισσότερο σε ασθενείς με ιστορικό τραύματος, εκφυλιστικές παθήσεις καθώς και αναπτυξιακές διαταραχές της κροταφογναθικής άρθρωσης. Ο ρόλος όμως της αξονικής τομογραφίας αμφισβητείται όλο και περισσότερο λόγω καλύτερης εκτίμησης της πάθησης με μαγνητική τομογραφία.

Στο παρόν άρθρο περιγράφεται μία σπάνια περίπτωση νεογνού με δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άρρεν νεογνό ηλικίας 30 ημερών παραπέμφθηκε στην κλινική μας από την Παιδιατρική Κλινική λόγω έντονου clicking και στις δύο κροταφογναθικές αρθρώσεις στη διάρκεια του θηλασμού κατά τις τελευταίες 15 ημέρες.

Το κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Από το ατομικό ιστορικό δεν υπήρχαν προβλήματα κατά την περίοδο κύησης, ο τοκετός ήταν φυσιολογικός, το βάρος γέννησης ήταν 3200gr και το Apgar score φυσιολογικό (8/1 min. και 10/5 min.). Το σύμπτωμα παρουσιάστηκε 2 εβδομάδες μετά τη γέννηση του. Από την κλινική εξέταση του νεογνού διαπιστώθηκε clicking και στις δύο κροταφογναθικές αρθρώσεις κατά τη διάρκεια του θηλασμού και κατά το χασμουρητό ενώ η διάνοιξη του στόματος ήταν φυσιολογική. Δε διαπιστώθηκαν άλλα ευρήματα στην κλινική εξέταση.

Μετά από λεπτομερή συζήτηση με τη μητέρα του νεογνού για το τι προηγήθηκε της εμφάνισης του

συμπτώματος διαπιστώθηκε ότι προήλθε από λανθασμένο χειρισμό της κατά την προσπάθεια σίτισης. Αυτή η περιγραφή μας οδήγησε στο πιθανό συμπέρασμα ότι με αυτόν το χειρισμό προκλήθηκε κάποια κάκωση των κροταφογναθικών αρθρώσεων.

Λόγω της μικρής ηλικίας του νεογνού και του γεγονότος ότι η διάνοιξη του στόματος ήταν φυσιολογική, αποφασίσαμε τη συστηματική παρακολούθηση του νεογνού και δόθηκαν οδηγίες στη μητέρα για επανεξέταση σε περίπτωση αλλαγής των συμπτωμάτων.

Το νεογνό επανεξετάσθηκε σε ηλικία 2, 3 και 5 μηνών όπου διαπιστώθηκε ότι το clicking είναι τώρα μόνιμο σύμπτωμα χωρίς απόκλιση της κάτω γνάθου κατά τη διάνοιξη του στόματος. Από την παιδιατρική εξέταση του νεογνού διαπιστώθηκε ότι η πρόσληψη βάρους του βρέφους καθώς και η ανάπτυξη του ήταν φυσιολογική, γεγονός που αποδεικνύει ότι το clicking δεν επηρέασε τη σίτιση του.

Μετά από συζήτηση με τους ιατρούς ακτινολόγους του νοσοκομείου αποφασίσαμε να μην προβούμε στον ακτινολογικό έλεγχο του νεογνού, αφενός μεν λόγω του μικρού της ηλικίας και των δυσκολιών για την τέλεση της εξέτασης και αφετέρου λόγω άρνησης των γονέων στο να υποβληθεί το νεογνό σε ακτινολογικό έλεγχο.

Το παιδί παραμένει υπό ιατρική παρακολούθηση για να διαπιστωθούν πιθανές αλλαγές στη συμπτωματολογία που θα καθορίσουν και τον περαιτέρω ακτινολογικό έλεγχο, πιθανόν με MRI, για την τελική διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μέχρι σήμερα 8 μήνες μετά την πρώτη εξέταση του νεογνού το clicking παραμένει κατά την διάνοιξη του στόματος χωρίς καμία άλλη αλλαγή στη συμπτωματολογία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κροταφογναθική άρθρωση είναι εξαιρετικά εξειδικευμένη λειτουργική μονάδα, η οποία πάντοτε συνεργάζεται με την αντίστοιχη της άλλης πλευράς στη διάρκεια οποιονδήποτε λειτουργικών καταστάσεων της κάτω γνάθου. Η γνώση της λειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι απαραίτητη για τη διάγνωση και θεραπεία όλων σχεδόν των νοσολογικών καταστάσεων του στοματογναθικού συστήματος.

Για πολλές δεκαετίες, μεγάλος αριθμός ερευνητών προσπάθησαν να μελετήσουν την παθολογία της κροταφογναθικής άρθρωσης και τη θεραπεία των διαφόρων δυσλειτουργιών της. Το 1934 ο James Bray Costen ήταν ο πρώτος που προσπάθησε να διερευνήσει την κροταφογναθική άρθρωση.

Παθολογικές μεταβολές όπως π.χ. τραυματισμός της

κεφαλής του κονδύλου, ή μυϊκός τραυματισμός, καθώς και μυϊκή υπερλειτουργία μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη λειτουργία ολόκληρου του στοματογναθικού συστήματος και των μυών της περιοχής. Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ της άρθρωσης και των αντίστοιχων μυών πρέπει να παίρνεται σοβαρά υπόψη κατά την εξέταση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κροταφογναθικής δυσλειτουργίας.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η εμφάνιση των συμπτωμάτων της κροταφογναθικής δυσλειτουργίας στους εφήβους ηλικίας 12-18 ετών σε ποσοστό 7%, ενώ δε βρέθηκαν αναφορές στα νεογνά⁵. Όσον αφορά τη συμπτωματολογία των εφήβων, το συχνότερο σύμπτωμα είναι ο μυϊκός πόνος σε ποσοστό 25%, πόνος στην άρθρωση στο 16% και clicking μόνο στο 7%⁵.

Σε ό,τι αφορά το φύλο των ασθενών η διαταραχή εμφανίζεται με σχέση ανδρών - γυναικών 1 προς 4 και η αντίστοιχη συχνότητα αναζήτησης θεραπείας είναι 1 προς 3⁷.

Η παθολογία του στοματογναθικού συστήματος επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων και τα συμπτώματα ποικίλουν χωρίς να εμφανίζονται όλα σε ένα μόνο ασθενή. Από τα πιο συχνά συμπτώματα είναι: πόνος στην περιοχή της κροταφογναθικής άρθρωσης και στο αυτί, ήχοι κατά τις κινήσεις της κάτω γνάθου, περιορισμός της διάνοιξης του στόματος, κεφαλαλγία κ.λπ.

Δυο είναι οι τύποι ήχων που παράγονται στην κροταφογναθική άρθρωση, το clicking και ο κριγμός. Το clicking της κροταφογναθικής άρθρωσης θεωρείται ότι προέρχεται από μη συντονισμένη δράση των άνω και κάτω μοιρών του έξω πτερυγοειδή μυ που καταφύονται αντίστοιχα στο διάθρητο δίσκο και την κεφαλή του κονδύλου. Λόγω της μειωμένης λειτουργικότητας της άνω μοίρας ο κόνδυλος κινείται στη σκληρή επιφάνεια του δίσκου προκαλώντας το clicking. Πρόσφατες ερευνητικές μελέτες εξετάζουν την πιθανότητα το clicking να προέρχεται από την πρόσθια παρεκτόπιση του δίσκου.

Οι ήχοι στην άρθρωση δηλώνουν συνήθως μία καλοήγη κατάσταση η οποία δεν εμφανίζει απαραίτητα προοδευτική επιδείνωση^{8,9}.

Ο βρουξισμός στα παιδιά θεωρείται μία από τις πιθανότερες αιτίες που προκαλούν τη δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης, ενώ στους ενήλικες παρατηρείται σε μικρότερο ποσοστό 20%¹⁰. Πρόσφατη έρευνα των Cheifetz και συν.¹¹ αναφέρει ότι το ποσοστό στα παιδιά ήταν 38% με μέσο όρο ηλικίας τα 8.1 έτη (βάση των στοιχείων που παρουσίαζαν οι γονείς), όμως μόνο σε ποσοστό 5% οι γονείς ανέφεραν συμπτωματολογία από την κροταφογναθική

άρθρωση. Υπάρχει διχογνωμία για τα αίτια που προκαλούν το βρουξισμό. Πιθανολογούνται παράγοντες φυσιοπαθολογικοί, ψυχολογικοί και μορφολογικοί. Σε μικρά παιδιά μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ανώριμου μασπτικού νευρομυϊκού συστήματος.

Ο απεικονιστικός έλεγχος της κροταφογναθικής άρθρωσης για τη διάγνωση της δυσλειτουργίας και στη συνέχεια τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί επίσης θέμα πολλών ερευνητικών μελετών¹²⁻¹⁶.

Βασική προϋπόθεση για την ορθή αντιμετώπιση των ασθενών με δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι η δυνατότητα ακριβούς διάγνωσης της διαταραχής βασιζόμενη στην κλινική και απεικονιστική εξέταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης με μόνο σύμπτωμα το clicking σε νεογνό αποτελεί μία πολύ σπάνια περίπτωση. Εφόσον το νεογνό δεν παρουσιάζει το σύμπτωμα (clicking) κατά τη γέννηση του και δεν έχει περιορισμό της διάνοιξης του στόματος, θεωρείται ότι η δυσλειτουργία οφείλεται στον τραυματισμό που προκλήθηκε από λανθασμένο χειρισμό της μητέρας. Στην παρούσα φάση το νεογνό μπορεί να εξετασθεί μόνο κλινικά, παραμένει υπό ιατρική παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα και με ρητές οδηγίες στους γονείς να προσέλθουν στο νοσοκομείο σε περίπτωση αλλαγής της κλινικής εικόνας για αξιολόγηση της κατάστασης και απεικονιστικό έλεγχο με MRI.

Συμπερασματικά πρέπει να τονίσουμε ότι χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα, υπομονή και προσοχή από τις μητέρες στους χειρισμούς των νεογνών, διότι η οποιαδήποτε απότομη κίνηση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Dorman RN and Clark GT. Incidence of trauma induced disease in a TMD-clinic population. *Journal of Dental Research* 1991. p 70.
- Ramfjord SP, Ash MM. Occlusion. Third edition WB Saunders. Philadelphia 1993.
- Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Temporomandibular Joint and Masticatory Muscle Disorders. 1st ed. Munksgaard, Copenhagen 1994.
- Gray RJM, Davies SJ, Quayte AA. TMD: A Clinical Approach. British Dental Association 1995.
- Poveda-Roda R, Bagan JV, Fernandez JMD, Bazan SH, Soriano YJ. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12:E292-298.
- Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Phisician* 2007; 76(10):1477-1482.
- Poveda-Roda R, Fernandez JMD, Bazan SH, Soriano YJ, Margaix M, Sarrion G. A review of temporomandibular joint disease (TMJD). Part II: Clinical and radiological semiology. Morbidity processes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(2):E102-109.
- Greene CS, Laskin DM. Longterm status of TMJ clicking in patients with myofacial pain and dysfunction. *Journal of American Dental Association* 1988; 117:461.
- De Kanter RJAM, Kayser AF, Battistuzzi PGFCM, Truin GJ, VantHof MA. Demand and need for treatment of craniomandibular dysfunction in the Dutch adult population. *Journal of Dental Research* 1992; 71:1607.
- Barbosa Tde S, Miyakoda LS, Pocztaruk Rde L, Rocha CP, Gaviao MB. Temporomandibular disorder and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72(3):299-314.
- Cheifetz AT, Osganian SK, Alfred EN, Needleman HL. Prevalence of bruxism and associated correlates in children as reported by parents. *J Dent Child (Chic)*. 2005; 72:67-73.
- Taskaya-Yilmaz N, Ogutcen-Toller M. Magnetic resonance imaging evaluation of temporomandibular joint disc deformities in relation to type of disc displacement. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59(8):860-865.
- Emshoff R, Innerhofer K, Rudisch A, Bertram S. Clinical versus magnetic resonance imaging findings with internal derangement of the temporomandibular joint: an evaluation of anterior disc displacement without reduction. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(1):36-41.
- Incesu L, Taskaya-Yilmaz N, Ogutcen-Toller M, Uzun E. Relationship of condylar position to disc position and morphology. *Eur J Radiol* 2004; 51(3):269-273.
- TP. Matis. Methods of imaging in the diagnosis of temporomandibular joint disorders. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2007; 151(1):133-136.
- Kevilj R, Mehulic K, Dundjer A. Diagnostic methods for detection of signs and symptoms of temporomandibular disorders. Part II. *Minerva Stomatol* 2007; 56(7-8):399-404.