

**Kiedy ruch  
powoduje  
ból**



**Oceń  
Zrozum  
Podejmij  
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI  
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**  
Październik 2009 – Październik 2010

## **Zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego**

### **Wprowadzenie**

Dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego (TMD) obejmuje szereg problemów klinicznych, u podstawy których leżą zaburzenia mięśni żwaczy lub/i struktur kostnych tworzących staw skroniowo-żuchwowy oraz otaczających go tkanek.

Podobnie ból towarzyszący dysfunkcji może dotyczyć mięśni żwaczy (postać mięśniowa) lub też samego stawu (postać kostna spowodowana zmianami zwyrodnieniowymi lub zapalnymi). Mogą mu również towarzyszyć, choć nie muszą, zaburzenia całego układu żucia – przeskakowanie, trzaskanie w stawie, ograniczenie ruchomości stawu skroniowo-żuchwowego.

### **Epidemiologia i aspekt ekonomiczny**

Zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego występuje u około 4-12% populacji, dwa razy częściej u kobiet. Tylko 1,4-7% z tych osób zgłasza się w celu leczenia, z czego 4 razy częściej kobiety. Największe nasilenie objawów przypada na 20-40 rok życia.

Znaczne nasilenie bólu lub/i przejście bólu w stan przewlekły jest rzadkie i zwykle towarzyszą mu znaczące zaburzenia psychologiczne. W przypadku przewlekłej postaci dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego znacząco obniża się jakość życia oraz funkcjonowanie fizyczne, zwiększa się również absencja chorobowa w miejscu pracy oraz wzrastają koszty leczenia.

### **Patofizjologia**

Dokładna etiologia zespołu bólowo-dysfunkcyjnego stawu skroniowo-żuchwowego nadal pozostaje niewyjaśniona. Jedną z przyczyn są wady zgryzu, jednakże należy brać pod uwagę aspekty biopsychospołeczne, a także złożone interakcje czynników biologicznych (hormonalnych), psychicznych, środowiskowych oraz mikro i makrourazów.

W postaci mięśniowej przeciążenie (np. zaciskanie zębów), mikrourazy lub miejscowy stan zapalny powoduje uwolnienie neurotransmiterów, które prowadzą do sensytyzacji obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. Zaburzenia regulacji procesów nocycepcji (wpływ hormonów płciowych) oraz sensytyzacja prowadzi do rozwoju zlokalizowanego lub bardziej uogólnionego bólu. Ostatnio podkreśla się także znaczenie czynników genetycznych, m.in. haplotypów genu COMT.

Postać kostna dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego może powstawać w wyniku urazu lub też przeciążenia stawu (np. zaciskanie zębów), przewyższającego możliwości adaptacyjne stawu i otaczających go tkanek. Z drugiej strony możliwości adaptacyjne tkanek mogą być zmniejszane przez obniżony dopływ krwi i substancji odżywczych. W patofizjologii zwyrodnienia stawów również płeć i czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę.

Powstawanie wolnych rodników, uwolnienie neuropeptydów prozapalnych i pronocycetywnych, enzymów i czynników wzrostowych prowadzi do rozwoju miejscowego procesu zapalnego, bólu i postępujących zmian tkankowych.

### **Objawy kliniczne**

Postać mięśniowa dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego charakteryzuje się tępym bólem, zlokalizowanym szczególnie w mięśniach żwaczach i wokół ucha, który może się pojawiać lub nasilać podczas ruchów żuchwy. Ból może się nasilać rano lub wieczorem, zwykle stopień napięcia określane jest na 3-7 w 10cm skali. Mogą mu towarzyszyć dodatkowe objawy – ograniczenie ruchomości stawu, uczucie zatkanego ucha, ból szyi. Postać mięśniowa może być także częścią bardziej uogólnionego zespołu bólowego jakim jest np. fibromialgia.

Postać kostna charakteryzuje się ostrym, przeszywającym bólem o średnim stopniu napięcia, zlokalizowanym w stawie i tkankach otaczających, promieniującym głównie do ucha. Ból nasila się przy obciążaniu stawu i ruchach,

może ograniczać jego ruchomość. Ograniczenie ruchomości może być także dodatkowo spowodowane patologią lub przemieszczeniem krążka stawowego, co powoduje przeskakiwanie i trzeszczenie w stawie. Zmiany zwyrodnieniowe stawu skroniowo-żuchwowego mogą występować u pacjentów z uogólnioną chorobą zwyrodnieniową stawów.

W przewlekłej postaci dysfunkcji ból może być dodatkowo nasilany poprzez zjawisko sensytyzacji ośrodkowej, jak również mogą mu towarzyszyć zaburzenia psychologiczne pod postacią depresji, lęku oraz somatyzacji.

### Kryteria diagnostyczne

American Academy of Orofacial Pain (2008) oraz Research Diagnostic Criteria (RDC-TMD, 1992) proponują następujące kryteria diagnostyczne:

- Postać mięśniowa dysfunkcji: ból mięśni w okolicach szczęki, skroni, twarzy, okolicy okołosusznej, z towarzyszącą tkliwością uciskową w przynajmniej 3 z 20 określonych punktów.
- Postać kostna dysfunkcji : ból stawu skroniowo-żuchwowego, także podczas czynnych i biernych ruchów stawu. Ból przy palpacji stawu, głównie po stronie bocznej, lub/i przewodu słuchowego zewnętrznego. Nie występują trzeszczenia podczas ruchów.
- Postać kostna spowodowana zmianami zapalnymi stawu - takie sam kryteria jak przy postaci kostnej, dodatkowo stwierdza się trzeszczenia lub też zmiany w badaniach obrazowych.
- Ocena czynników psychologicznych dokonywana jest przy wykorzystaniu Graded Chronic Pain Scale oraz innych skal oceniających depresję oraz lęk.

### Rozpoznanie i leczenie

Rozpoznanie zespołu bólowo-dysfunkcyjnego stawu skroniowo-żuchwowego dokonywane jest na podstawie wywiadu oraz badania klinicznego. Oprócz badań obrazowych dodatkowe badania jak elektromiografia, analiza zgryzu nie są zalecane. Objawy mają tendencję do samoograniczania i samoistnego ustąpienia. Postępowanie ma na celu zapewnienie optymalnych warunków dla zdrowienia i procesów adaptacyjnych.

Nieinwazyjne metody leczenia, uwzględniające aspekt biopsychospołeczny obejmują:

- Odpowiednia edukacja pacjenta i monitorowanie leczenia
- Leczenie fizykalne, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnie dobranych programów
- Szyny relaksacyjne wewnątrzstne
- Leczenie farmakologiczne – niesteroidowe leki przeciwzapalne, inne analgetyki.

Dodatkowe metody, które powinny być stosowane u pacjentów z postacią przewlekłą dysfunkcji to:

- Psychoterapia – terapia poznawczo-behawioralna, relaksacja.
- Leki przeciwdepresyjne w niskich dawkach – TCA lub SSRI.

U pacjentów z przetrwałą postacią dysfunkcji należy rozważyć punkcję stawu skroniowo-żuchwowego, choć niezwykle rzadko wskazane są chirurgiczne metody leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Benoliel R, Sharav Y. Masticatory myofascial pain, and tension-type and chronic daily headache. In: Sharav Y, Benoliel R, editors. Orofacial pain and headache. Edinburgh: Mosby; 2008. p. 109–28.
2. De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH; Educational Committee of the European Academy of Craniomandibular Disorders. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. J Orofac Pain 2008;22:268–78.
3. de Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management, 4th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 2008.
4. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992;6:301–55.
5. Gesch D, Bernhardt O, Alte D, Schwahn C, Kocher T, John U, Hensel E. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: results of a population-based study of health in Pomerania. Quintessence Int 2004;35:143–50.
6. Greene CS. Concepts of TMD etiology: effects on diagnosis and treatment. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL, editors. TMDs: an evidence-based approach to diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2006. p. 219–28.
7. Rutkiewicz T, Könönen M, Suominen-Taipale L, Nordblad A, Alanen P. Occurrence of clinical signs of temporomandibular disorders in adult Finns. J Orofac Pain 2006;20:208–17.

