



OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ  
**ULGI W BÓLACH TWARZY**  
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

---

## Dysfunkcja stawu skroniowo- żuchwowego

### Wprowadzenie

Dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego (ang. *temporomandibular disorder*, TMD) obejmuje grupę dolegliwości mięśniowo-szkieletowych i mięśniowo-powięziowych, które obejmują staw skroniowo-żuchwowy (ang. *temporomandibular joint*, TMJ), mięśnie żwacze i przylegające tkanki. Ból związany z TMD może klinicznie objawiać się jako ból mięśni żwaczy (ang. *masticatory muscle pain*, MMP) lub ból TMJ (zapalenie maziówki, torebki stawowej, osteoartroza). Żucie lub inna aktywność związana z poruszaniem żuchwą zwykle nasila ból mięśniowo-szkieletowy. Ból w przebiegu TMD może być (ale niekoniecznie) związany z dysfunkcją narządu żucia (kliknięcia, blokowanie w stawie, a także ograniczenie rozwarcia).

### Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Ból związany z dysfunkcją stawu skroniowo-żuchwowego odnotowywany jest u 9-13% ogólnej populacji (proporcja kobiety:mężczyźni- 2:1), natomiast tylko 4-7% poszukuje leczenia (4 razy częściej kobiety). Największe nasilenie objawów występuje pomiędzy 20-40 r. ż. Nasilenie bólu, i/lub przejście w formę bólu przewlekłego związane jest z czynnikami psychospołecznymi, zaburzeniami snu, współwystępowaniem innych schorzeń. Ból towarzyszący TMD może wpływać na codzienną aktywność, fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie, a także jakość życia.

Obezwładniający ból w TMD skutkuje wyraźnym zmniejszeniem dni pracy zawodowej, a także zwiększeniem wydatków ponoszonych z powodu korzystania z opieki medycznej.

### Patofizjologia

Wiele aspektów etiologii TMD jest niejasnych. W przeciwieństwie do stomatologicznych/zgryzowych przyczyn, co do których dowody potwierdzające są niewystarczające, istnieją jednoznaczne dowody na psychosocjalne i wieloczynnikowe podłoże dolegliwości, wykazujące złożone interakcje pomiędzy biologicznymi mechanizmami (np. hormonalnymi), stanem i funkcjonowaniem psychologicznym, warunkami środowiska, a także możliwością współwystępowania mikro- i makro-urazów.

W etiologii bólu MMP eksperci proponują złożone interakcje pomiędzy czynnikami środowiskowymi, emocjonalnymi, behawioralnymi i psychospołecznymi, w tym przeciążenie (parafunkcje- zaciskanie szczęk w ciągu dnia, zgrzytanie zębami w nocy), (mikro-) urazy, uwalnianie mediatorów stanu zapalnego i neuropeptydów w mięśniach, które mogą powodować sensytyzację obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. W połączeniu z zaburzeniami mechanizmów regulacji bólu (będących pod wpływem żeńskich hormonów), czynniki te mogą



## OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI W BÓLACH TWARZY PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

---

prowadzić do powstania zlokalizowanego lub uogólnionego bólu mięśniowego, który jest często związany ze współwystępowaniem innych schorzeń. Ostatnio publikowane artykuły podkreślają skutki kulturowe przewlekłego TMD, wpływ na zachowania pacjenta, podnoszona jest także rola czynników genetycznych (haplotypy COMT).

Artralgia TMJ może powstawać jako wynik urazu, a także zewnętrznego lub wewnętrznego przeciążenia stawu (prawdopodobnie w wyniku zgrzytania zębami), które może przekroczyć zdolności adaptacyjne struktur stawowych. Ponadto zdolności adaptacyjne TMJ mogą ulec zmniejszeniu poprzez oddziaływanie czynników wewnętrznych, takich jak zmniejszenie przepływu krwi i niedostateczne odżywianie. Genetyka i płeć odgrywają także istotną rolę w patofizjologii osteoartrozy. Produkcja wolnych rodników, neuropeptydów prozapalnych i pronocyceptywnych, enzymów, morfogenetycznych białek kości, czynników wzrostu mogą prowadzić do powstania procesu zapalnego, bólu i postępujących zmian w tkankach.

### **Cechy kliniczne**

MMP jest ograniczonym, tępym, nękającym bólem, najbardziej nasilonym w okolicy mięśni zamykających szczękę, który może występować w spoczynku i może nasilać się w czasie ruchu żuchwą. Ból może być silniejszy rano lub wieczorem i mieć natężenie od umiarkowanego do silnego. Dodatkowe objawy, które mogą mu towarzyszyć to ograniczenie ruchomości, bóle głowy, uczucie "pełności" w uchu, bóle karku, ale związki przyczynowo-skutkowe nie zostały jeszcze ustalone. Zlokalizowane dolegliwości MMP powinny być odróżniane od MMP, które może towarzyszyć uogólnionym schorzeniom z zajęciem mięśni jak fibromialgia.

Artralgia TMJ jest bardziej zlokalizowanym, ostrym bólem o nasileniu od umiarkowanego do znacznego, zlokalizowanym w okolicy stawu i przylegających tkanek, promieniującym do okolicy usznej. Ból nasila się w czasie jedzenia, żucia i może ograniczać normalny ruch i funkcję stawu. Bólowi TMJ towarzyszy przemieszczenie lub dysfunkcja krążka stawowego, który może blokować staw, co może być dodatkowym czynnikiem ograniczającym prawidłowy ruch. Osteoartroza TMJ może być elementem uogólnionej choroby zwyrodnieniowej, towarzyszy jej trzeszczenie.

W bólu przewlekłym występują zazwyczaj obydwie formy, zarówno MMP, jak i TMJ, którym dodatkowo mogą towarzyszyć ośrodkowa sensytyzacja, problemy psychologiczne, jak depresja, somatyzacja czy lęk.

### **Kryteria diagnostyczne**





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ  
ULGI W BÓLACH TWARZY  
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

---

Wytyczne *American Academy of Orofacial Pain* (2013) a także kryteria diagnostyczne (*Diagnostic Criteria*, DC-TMD, w druku) sugerują następujące kryteria:

MMP: ból mięśniowy w żuchwie, skroni, w uchu, lub okolicy przedusznej, który powstaje podczas ruchu żuchwy, związany z jej funkcjonowaniem lub parafunkcją. Podobny ból może być wywołany poprzez badanie mięśni żwaczy (np. palpacja mięśnia skroniowego czy mięśni żwaczy); lub w czasie maksymalnego rozwarcia samodzielnego lub wspomaganego. Może występować wtórne ograniczenie ruchu żuchwą, powstające z powodu dolegliwości bólowych.

Artralgia TMJ: ból stawu, który występuje przy ruchu żuchwy, związany z jej funkcjonowaniem lub parafunkcją. Podobny ból może być wywołany poprzez badanie TMJ (np. palpacja stawu, lub okolicy okołostawowej); lub w czasie maksymalnego rozwarcia samodzielnego lub wspomaganego, bocznego ruchu żuchwą w prawo, w lewo, przy wysuwaniu żuchwy.

Czynniki psychospołeczne oceniane są przy pomocy narzędzi określających lokalizację bólu i schorzeń współistniejących, *Graded Chronic Pain Scale (GCPS)* do oceny natężenia bólu i sprawności fizycznej, *Jaw Function Limitation Scale (JFLS)*-krótki formularz ograniczenia funkcji żuchwy, *Patient History Questionnaire-4 (PHQ-4)*-do oceny lęku i depresji, *Oral Behavior Checklist*- do oceny parafunkcji.

### Diagnostyka i leczenie

Złotym standardem w rozpoznawaniu dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego jest połączenie wywiadu z badaniem klinicznym. Inne badania diagnostyczne nie są uzasadnione, poza badaniami obrazowymi (np. elektromiografia, analiza zgryzu). Objawy są zwykle samoograniczające się, o łagodnym przebiegu.

Postępowanie terapeutyczne ma na celu zapewnienie optymalnych warunków zdrowienia i przystosowania pacjenta. Nieinwazyjne terapie, które wpasowują się w psychospołeczne podejście obejmują:

- Edukację pacjenta, aktywną samoopiekę, monitorowanie leczenia
- Fizykoterapię, programy ćwiczeń dla pacjenta
- Szyny wewnątrzustne
- Farmakoterapię (analgetyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne)

U pacjentów z przewlekłym TMD leczenie musi być wspomagane przez:

---





OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ  
ULGI W BÓLACH TWARZY  
PAŹDZIERNIK 2013 - PAŹDZIERNIK 2014

---

- Psychoterapię np. terapię poznawczo-behawioralną, relaksację
- Małe dawki trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych

U pacjentów z przewlekłą artralgią stawu skroniowo-żuchwowego można rozważyć nakłucie stawu, ale zabiegi operacyjne stawu skroniowo-żuchwowego są rzadko wykonywane w leczeniu dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego.

### 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: Elsevier; 2008. p. 109-28.
- [2] Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011;17(Suppl 1):23–41.
- [3] 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.
- [4] de Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 5th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2013.
- [5] Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders: a new guideline for care. *J Am Dent Assoc* 2010;141:1086–8.
- [6] List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *J Oral Rehabil* 2010;37:430–51.
- [7] Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:453–62.
- [8] Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain* 2013;27:99–110.
- [9] Michelotti A, Liguori R, Toriello M, D'Antò V, Vitale D, Castaldo G, Sacchetti L. Catechol-O-methyltransferase (COMT) gene polymorphisms as risk factor in temporomandibular disorders patients from southern Italy. *Clin J Pain* 2013; Epub Feb 26.
- [10] Schiffman EL. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Orofac Pain*; in press.