

Poremećaj funkcije temporomandibularnog zgloba nakon operacije karcinoma retromolarne regije – prikaz bolesnika

Stipan RAMLJAK, Vesna BUDIŠIN

Poliklinika Medikol

Primljeno / Received : 2015-02-24; Prihvaćeno / Accepted: 2015-03-26

Dopisivanje s:
mr. sc. Stipan Ramljak, DP
Dragutina Mandla 7
Poliklinika Medikol
10000 Zagreb
E-mail: stipan.ramljak@yahoo.de

Sažetak

Prikazan je 63-godišnji bolesnik koji je nakon operacije planocelularnog karcinoma lijeve retromolarne regije imao ograničeno otvaranje usta. Procedure koje je pacijent prošao nisu bile zadovoljavajuće. Zbog kontraindikacija i nemogućnosti primjene određenih procedura prostor za rehabilitaciju je bio bitno reduciran. U ovakvim slučajevima učinkovitim se pokazala ortopedska manualna terapija kako u dijagnostici tako i u terapiji. Ne postoje jasni protokoli, upitnici postupanja, odnosno zlatni standard kod funkcionalnih i strukturalnih poremećaja.

Ključne riječi: kranioandibularna disfunkcija, temporomandibularni zglob, manualna terapija.

Uvod

Poremećaj funkcije čeljusnog zgloba (lat. articulatio temporomandibulare – ATM, craniomandibular dysfunction – CMD, temporomandibularni zglob – TMZ) uzrokuje nesposobnost u izvršavanju svakodnevnih funkcija s gledišta

Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (engl. International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Bol i ograničena funkcija TMZ-a veliki su biopsihosocijalni problem, bez obzira na životnu dob.

Ne postoje jasni protokoli, odnosno općeprihvaćeni „zlatni standard“ kod funkcionalnih i strukturalnih poremećaja TMZ-a. Standardne procedure koje je pacijent prošao nisu rezultirale adekvatnim zbrinjavanjem. Stoga je cilj prikaza ovog slučaja dati doprinos standardizaciji postupaka u bolesnika koji imaju poremećaj funkcije TMZ-a.

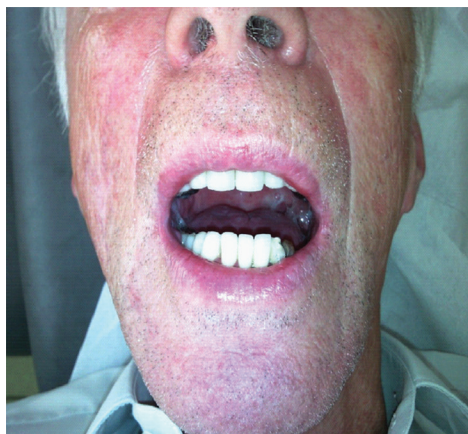
Prikaz slučaja

Pacijent životne dobi 63 godine je pod kontrolom nadležnog onkologa i četiri mjeseca nakon operacije planocelularnog karcinoma lijeve retromolarne regije vođen je pod dijagnozama:

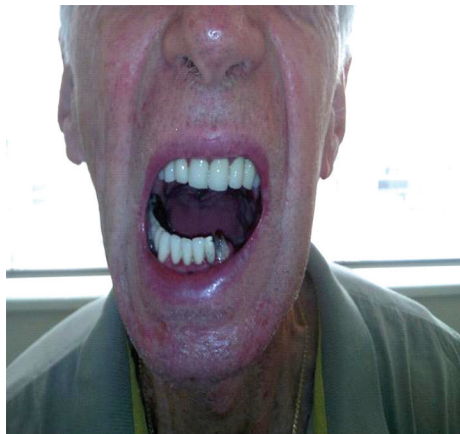
- Trismus post op Excisio intraoralis cum resectionem manidbulae,
- Status post dissectionem colli selectiva I. dex (a.a.V),
- Status post chemoradiotherapiam ppt. meta colli e loci primi ignoti (a.a.IV),
- Status post op meta colli Ca primarium e causa ignota (a.a. III), uz napomenu da primarno sijelo karcinoma nije nikada utvrđeno.

Pacijentu je nakon operacije preporučeno sljedeće: mekana hrana, led, vježbe, toplina, lijekovi i pasivni otvarač na pero po Mišeu.

U kliničkom pregledu se nalazi ograničeno aktivno otvaranje usta (depressio – razmak između zubi) iznosi 10 mm (1), normobilnost je između 40 i 58 mm. Na vizualnoj analognoj skali (0 –10) intenzitet boli je bio između 7 i 10. Posebno je bila naglašena bolnost u području m. massetera i m. temporalisa. Indirektna palpacija m. pterygoideusa medialisa i lateralisa također je bila izrazito bolna. Pacijent je pri pregledu demonstrirao pasivno otvaranje uz pomoć otvarača na pero po Mišeu do 12 mm. Kontakt zubima je bio neuravnotežen, posebno na lijevoj strani mandibule. U statičkom i dinamičkom odnosu gornje i donje čeljusti imamo gubitak potporne zone, što se očituje kod zagrizu te skeletalnom pomicanju medijalne linije, defleksija pri otvaranju usta (grafikon 1, slika 2). Laterotruzija desno pri tome iznosi 10 mm, dok je laterotruzija lijevo 0 mm, odnosno aktivno se uopće ne izvodi. Protruziju se aktivno izvodilo do 2 mm, ali uz kompenzaciju, tako da je pacijent imao tendenciju izvoditi i desnostranu laterotruziju. Retruziju se uopće ne izvodi. Kod žvačne muskulature, definirano je vremensko trajanje palpacije od 5 sekundi preko periosta prema upitniku (Heinzel/Schwarz 1995/2012), pri čemu je utvrđeno da su najviše zahvaćeni



Slika 1. Depresio pri pregledu



Slika 2. Defleksija nakon terapije

Dex.	Sin.
/	10 mm
	20 mm
	30 mm
	40 mm
	50 mm
	60 mm

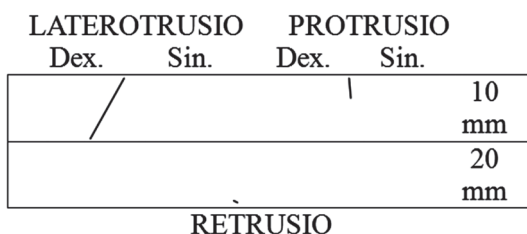
Grafikon 1. (depressio + deflexio)

m. masseter i m. temporalis, dok izravno testiranje m. pterygoideus medialisa i lateralisa nije bilo moguće, zbog ograničenog aktivnog otvaranja usne šupljine. Inicijalno otvaranje ATM-a izvođeno je uz izrazito škljocanje i krepitacije na lijevoj strani, dok se intermedijalno otvaranje, terminalno otvaranje, inicijalno zatvaranje i terminalno zatvaranje nije moglo testirati zbog ograničenog aktivnog otvaranja od 10 mm.

Kliničkim pregledom vratne kralješnice nađena je smanjena aktivna i pasivna rotacija ulijevo, što je potvrđeno kroz segmentalnu i specifičnu dijagnostiku, odnosno ograničenu rotaciju u visokoj fleksiji vratne kralješnice (2, 3) kao i ograničena zglobova occiput-atlas - atlas-axis (OA – AA).

Na temelju iznesenog uspostavljena je funkcionalna procjena, radna hipoteza artrogene hipomobilnosti s totalnim disk pozicioniranjem bez repozicije na lijevoj strani primarno, dok je sekundarno zahvaćena i gornja vratna kralješnica, OA – AA.

Našeg pacijenta se tretiralo kroz trigger točke žvačne muskulature, istezanje žvačne muskulature (4) uz nadopunjavanje s postizometričnom relaksacijom (PIR) iz nove postignute pozicije (2), gdje se nakon nekoliko terapija vidio napredak u otvaranju usta, ali uz defleksiju (slika 2), što ponovno potvrđuje raniju hipotezu o anteriornom pozicioniranju diska (grafikon 2).



Grafikon 2. (laterotrusio, protrusio, retrusio)

Rasprava

Kad ovakvog bolesnika s operiranim malignomom i metastazama postavlja se pitanje što se može uopće učiniti, jer je s obzirom na dijagnozu prostor za bilo kakve intervencije jako reduciran. Tako je i rad s aspekta fizikalne medicine i rehabilitacije bitno reduciran, zbog velikog broja kontraindikacija i nemogućnosti primjene određenih procedura (5). Naime, ultrazvuk, laser, elektroterapija i pulsna magnetoterapija predstavljaju kontraindikacije za primjenu kod ovakvih stanja (5).

Nativna rendgenska snimka kao ni konvencionalna i kompjutorizirana tomografija ne mogu prikazati sve funkcijske dijelove ATM-a. Ključna je komponenta u biomehanici zgloba odnos zglobne pločice ili diska kao hrskavične strukture prema glavici kondila kao koštanoj strukturi (6). Upravo na ovoj razini se i nalazi pacijent, gdje je narušen biomehanički odnos TMZ-a, odnosno disk je potpuno anteriorno pozicioniran, bez mogućnosti repozicije. Stoga, jedino se kroz ciljani klinički pregled i primjenu odgovarajućih protokola, odnosno upitnika može i objektivizirati stanje.

Kod anteriorne pozicije diskusa bez repozicije, posebno ako ista perzistira tjednima ili mjesecima, repozicija ne treba biti primarni cilj, već redukcija boli, koja će postupno dovesti i do poboljšanja funkcije (7). Također, u prikazu slučaja našli smo i ograničenu zglobnu igru OA – AA, što odgovara već ranijim istraživanjima o preklapanju simptomatologije TMZ-a i gornje vratne kralješnice (8).

Do sada su u literaturi objavljeni radovi u kojima je pokazana značajno bolja učinkovitost manualne terapije u odnosu na multimodalne oblike fizioterapije kod kranio-mandibularnih disfunkcija (9).

Zaključak

Funkcionalni i strukturalni poremećaj ATM-a česta su pojava, posebno nakon kompleksnih operativnih zahvata kao što je i u prikazu našeg pacijenta. Prostor za rehabilitaciju je bitno reducirana s obzirom na ranije postavljene dijagnoze. Kako ne postoji zlatni standard u liječenju temporomandibularnih poremećaja, prednost se daje neinvazivnim i reverzibilnim metodama (10).

Preporuka za budućnost je rana rehabilitacija uz primjenu odgovarajućih protokola i upitnika kad se radi o strukturalnim promjenama i/ili o funkcionalnim promjenama TMZ-a.

Funkcionalni i strukturalni poremećaji TMZ-a, posebno funkcionalni poremećaji, mogu se bitno smanjiti ako se uspostavi suradnja maksilofacijalnog kirurga, ortopeda, stomatologa, fizijatra i fizioterapeuta.

Izjava o sukobu interesa

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

Literatura:

1. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis: Mosby; 2003: 35-413.
2. Lewit K. Manuelle Medizin, Elsevier GmbH 8. Auflage, Munchen 2007: 146-402.
3. Westerhuis P. et al Klinische Muster in der Manuellen Therapie, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2011: 201-217.
4. Evjenth, O. u. Hamberg, J. Muscle Stretching in MT Volume I / II, Alfta Rehab 1984: 5-13.
5. Jajić I. i suradnici Fizikalna medicina i opća rehabilitacija (drugo, obnovljeno i dopun-

jeno izdanje) Medicinska naklada, Zagreb 2000: 6-241.

6. Krapac L, Badel T, Marotti M. Fizijatrijsko – reumatološka dijagnostika, liječenje i rehabilitacija tegoba temporomandibularnih zglobova (TMZ). *Fiz. Rehabil. Med.* 2012: 24 (Suppl 1): 1-250.
7. Fink G. M. Physikalische Medizin bei schmerzhaften Erkrankungen der Kiefergelenksregion. <http://www.zm-online.de/> 2000:10; 74.
8. De Wijer A, Steenks MH, de Leeuw JR et al. Symptoms of the cervical spine in temporomandibular and cervical spine disorders. *Journal Oral Rehabil* 1996;23; 742-750.
9. Knust M. von Piekartz H, Zalpour C. Wirkung von Manueller Therapie im Vergleich zu einem multimodalen Physiotherapieprogramm bei Patientinnen mit CMD. *Physioscience* 2007;3, 109-116.
10. Badel T. et al. Uloga fizioterapije u bolesnika s poremećajem temporomandibularnog zgloba. *Fiz. rehabil. Med.* 2012: 24 (1-2): 21-33.
11. Frisch H. *Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates*, Spriger Medizin Verlag Heidelberg 9. Auflage 2009: 354-363.
12. Kapandji I. A. *Funktionelle Anatomie der Gelenke*, Georg Thieme Verlag 4. Auflage, Stuttgart 2009.
13. von Piekartz H. Physikalische Untersuchung der Dysfunction in der kranio-mandibulären Region. In: von Piekartz H, editor. *Kiefer, Gesichts- und Zervikalregion. Neuromuskuloskeletale Untersuchung, Therapie und Management*. Stuttgart, New York: Thieme, 2005:66-122.
14. Steenks MH, de Wijer A, Lobbezoo-Scholte AM, Bosman F. Orthopedic diagnostic test for temporomandibular and cervical spine disorders. In: Friction JR, Dubner R, editors. *Orofacial pain and temporomandibular disorders*. New York: Raven Press, 1995:49-325.