

Učestalost i klinička simptomatologija bruksizma u našoj kazuistici

Nada Omrčen i Marko Omrčen

Poliklinika za zaštitu zubi i usta, Osijek

Stručni rad
UDK 616.742.7-009.24
Prispjelo: 20. svibnja 1985.

U razdoblju od pet godina ispitivana je incidencija bruksizma u redovnoj kazuistici dviju specijalističkih stomatoloških ambulanti Poliklinike za zaštitu zubi i usta u Osijeku. Tom prilikom promatrane su u bolesnika kod kojih je ustanovljen bruksizam, osobitosti u kliničkoj slici, prevalencija simptoma u pojedinih dobnih skupina, te nazočnost emotivne tenzije.

U radu se isključivo služilo kliničkim pregledom i detaljnom anamnezom, dopunjenim rendgenološkim pregledom radi diferencijalne dijagnoze. U pregledanoj grupi od 9741 bolesnika oba spola, evidentirano je 32,82% oboljelih od bruksizma. Kao najugroženije, pokazale su se dobne skupine od 26—40 godina starosti, na koje otpada 43,29% bolesnika od ukupnog broja oboljelih. Iznenaduje činjenica da je bruksizam nađen u 29 djece do 15-te godine staro-

sti. U dječjoj dobi bruksizam karakteriziraju ugriz u jezik i obraz, te glavobolja i glasno noćno škripanje zubima.

U srednjoj i starijoj životnoj dobi od simptoma dominiraju abrazija zuba, temporomandibularni sindrom, te luksacija zuba. Simptomi, kao što su žarenje i utrnulost vrha jezika, te zrnaste vestibularne ekstoze u projekciji apeksa zuba, nađeni u bolesnika s bruksizmom — nisu dosada dovođeni u vezu sa noćnom parafunkcionalnom aktivnošću mišića.

76,07% oboljelih od bruksizma svjesno je svoje emotivne tenzije, što govori o značajnoj međusobnoj vezi između početka bolesti i psihičkog stresa.

Brojne posljedice bruksizma, kao što su gubitak zuba, umanjena snaga žvakanja, oštećenje TM zgloba i druge, nameću potrebu rane dijagnoze i pravovremene terapije.

Ključne riječi: bruksizam, klinička simptomatologija

O bruksizmu se raspravlja sa raznih aspekata i u okviru mnogih poteškoća vezanih za mastikatorni sistem. Tako se bruksizam povezuje s bolnim senzacijama u/oko TM (temporomandibularnog) zgloba i okolnih mekih tkiva, s abrazijom kruna zuba, te s brojnim drugim promjenama vezanim za zub, kao što su mobilnost zubi i serija stanja prenadražnosti zubne pulpe nekarioznih zuba. Nadalje, bruksizam se uzima u obzir pri restauraciji zubala ili mobilnim protetskim nadomjestkom, kao i pri analiziranju funkcionalnog žvačnog aparata.

Sušтина rasprava o bruksizmu sadržana je u otkrivanju uzroka, snage i posljedice okluzalne traume nastale nefiziološkim, parafunkcionalnim povišenjem tonusa zvačnih mišića. U literaturi, kao i u kliničkoj praksi, mišljenja o provokatorima parafunkcionalnog povišenja tonusa mišića su kontroverzna, prvenstveno stoga što pojedini autori poistovjećuju pojavu stiskanja i škripanja zuba nastalu noću, za vrijeme spavanja, sa danjim parafunkcionalnim aktivnostima zvačne muskulature.^{1,7,8,9,10}

Danas, uglavnom, prevladavaju mišljenja da okluzalna disharmonija i loša navika mogu izazvati parafunkcionalne kretnje mandibule^{6,12} sa autodestruktivnim efektom na jednom ili više zuba, odgovornim za tu disharmoniju,^{6,9,12} ili na grupi zuba pogođenim lošom navikom.^{10,13} Premda se ove parafunkcionalne aktivnosti zvačnih mišića odvijaju na nesvjesnoj razini, danju se odvijaju u budnom stanju, pa su moguće zaštitne reakcije.

Noćni bruksizam, koji je i predmet ovog istraživanja, »jedna je od mnogih nepravilnosti spavanja centralnog porijekla koja nema veze sa oralnim stimulativnim uvjetima.«¹¹ Parafunkcionalnom nesvjesnom aktivnošću mišića u vidu stiskanja ili škripanja zuba, on razvija dugotrajne, snažne i destruk-

tivne sile, te nije moguće predvidjeti koja će tkiva mastikatornog sistema podleći njihovom utjecaju. Traumatskom opterećenju najviše su izloženi zubi i sama muskulatura. Budući da su posljedice porcionalne dužini trajanja i snazi razvijenih mišićnih sila, važno je da pravovremeno prepoznamo njihovo prisustvo i poduzmemo terapijske mjere.

Kao najčešći uzroci noćnog bruksizma, u literaturi se navode psihoneuroze, svjesne i nesvjesne agresivne tendencije, inhibicije, frustracije,^{1,4,5,7,9,10,11,13} drugim riječima, psihogeno izazvani neuromuskularni impulsi.¹¹ Ti su uzroci prihvatljivi i sa našeg stajališta, budući u mnogome osvjetljavaju karakter bruksizma kao psihosomatskog oboljenja. Uzimajući u obzir spomenuti uzrok bolesti, te razorno djelovanje nastalih zvačnih sila, željelo se ustanoviti koliko se često obolijeva od bruksizma u osječkoj populaciji i u kojem je odnosu emotivni stres sa bruksizmom u ispitivanom uzorku. Ovaj je dio analize vršen neovisno s socijalnoj strukturi bolesnika i ne ulazi u dublje diferenciranje emotivne nokse. Zadovoljilo se bolesnikovom izjavom o prisutnosti emotivne tenzije. Namjera je bila da se ustanovi da li postoje dobna ograničenja u nastanku bruksizma, te koje su dobne skupine najugroženije.

Izučavajući ovu problematiku dugi niz godina, a intenzivnije u proteklih pet, zapazilo se da se kod bruksizma javlja čitav niz neupadljivih subjektivnih i objektivnih simptoma kojima se obično ne pridaje adekvatan značaj, pa budu ili zanemareni ili pogrešno interpretirani, zbog čega izostane pravovremeno dijagnosticiranje oboljenja. Stoga se za cilj postavilo registriranje svake subjektivne i objektivne pojave nađene na bilo kojem dijelu mastikatornog sistema kod promatranih bolesnika. Učestalo ponavljanje pojedine pojave ili promjene, na-

meće zaključak da se radi o posljedici bruksizma ukoliko se ne pronađe drugi evidentan uzrok. Registracijom tegoba, koje su bile direktan povod za dolazak na liječnički pregled, utvrdit će se koji su simptomi bruksizma najčešći u pojedinim životnim razmacima.

BOLESNICI I METODA

Promatrani uzorak čine bolesnici koji su u razdoblju od pet godina (1979—1984) zatražili medicinsku pomoć u dvije specijalističke stomatološke ambulante — u protetskoj i u ambulanti za oralnu kirurgiju.

Izdvajani su bolesnici u kojih je osim direktnog problema, zbog kojeg su tražili liječničku pomoć, bio prisutan barem još jedan simptom koji upućuje na bruksizam. Napravljen je ortopantomografski ili ciljani intraoralni rendgenski snimak da bi se isključili eventualni drugi uzroci tegoba.

Bolesnici su u **tablici 1.** svrstani u 11 kolona, a kod prve kolone gornju granicu čini dob od 15 godina, dok su jedanaestom obuhvaćeni bolesnici iznad 60 godina života. U svim ostalim kolonama raspon starosti je pet godina.

Osim osnovnih generalnih podataka pri prvom detaljnom kliničkom pregledu izdvojenih bolesnika, evidentiran je svaki uočeni klinički i anamnestički podatak, budući da su u našim uvjetima subjektivni i objektivni simptomi najbitniji elementi za dijagnozu bruksizma.

U ovoj se analizi ne inzistira na utvrđivanju početka, odnosno dužine prisutnosti bruksizma, već samo na evidentiranju nađenog oboljenja, tj. osnovnog problema zbog kojeg bolesnik dolazi na pregled, te na zastupljenosti signifikantnih simptoma. U isto vrijeme uzima se ciljana anamneza, kojom se nastoji saznati:

a) da li je prisutna emotivna tenzija (sukob, bolest bliske osobe, prevelike obaveze ili odgovornost, egzistencijalna ugroženost, netrpeljivost okoline itd.),
b) da li neposredna okolina bolesnika čuje noću škripanje njegovih zuba.

Dobiveni odgovori o prisutnosti emotivne tenzije razvrstani su u **tablici 2.** u 11 kolona prema dobnim skupinama ispitanika. Pojava noćnog škripanja zubima u bolesnika izražena je brojčano i u postotku prema oboljelima.

Registracijom direktnih povoda za dolazak na pregled, dobiva se uvid u najčešće tegobe, koje u ispitivanoj kazuistici uzrokuje bruksizam, a analizirajući ih prema dobi bolesnika, dolazi se do spoznaje o eventualnim specifičnostima pojedinih životnih intervala (**tablica 3**).

REZULTATI

Od 9741 pregledanog pacijenta sa evidentiranim bruksizmom, bilo je 3197 bolesnika, što čini 32,82% u odnosu na broj pregledanih. Žena je bilo 4960, a sa bruksizmom 1629 ili 32,84%, dok je od 4781 pregledanog muškarca, bruksizam imalo 1568 ili 32,73%.

U **tablici 1.** prvu kolonu čine djeca do 15 godina života. Od njih 29, koji su imali bruksizam, četvero djece je bilo u dobi od 4—7 godina. Ponovno se ističe da se zaključak o obolijevanju od bruksizma izveo na temelju pojave barem dva signifikantna podatka, od kojih je jedan potvrda bliske okoline o bolesnikovom škripanju zubima noću.

Nije bez značaja spoznaja o velikom broju mladih pogođenih bruksizmom, što je vidljivo iz 1, 2. i 3. kolone **tablice 1.** Prema istoj **tablici**, bruksizam najčešće susrećemo u dobnim intervalima izraženim

kolonama 4, 5. i 6. Ovdje se radi o najaktivnijoj životnoj dobi, kada većina egzistencijalnih problema treba biti riješena, što istovremeno znači da su te dobne kategorije najizloženije utjecajima stresa. Budući je **tablica 1.** rađena na temelju prvih pregleda, na koje su oboljeli došli prvenstveno zbog bolnih i burnih simptoma uzrokovanih bruksizmom, stječe se pogrešan utisak o tome da incidencija bruksizma opada nakon 45-te godine života. Objektivno, opada broj novih bolesnika sa burnim senzacijama, ali broj oboljelih se bitno ne umanjuje, budući da je većina, ili liječenjem ili spontano, svela bolest u tolerantne granice, pa ne zahtijeva liječničku intervenciju.

Tablica 2., iz koje se vidi da kolone 4, 5, 6. i 7. pokazuju najveći broj vrijednosti, kao što je slučaj i sa kolonama **tablice 1.**, ukazuje na nazočnost emotivne tenzije, koja se može usko povezati sa početkom i incidencijom bruksizma.

Analizirajući ukupne vrijednosti iskazane u **tablici 3.**, dolazi se do zaključka da su najčešće tegobe, koje u slučaju bruksizma dovode bolesnika liječniku, glavobolja, luksiranost jednog ili više zuba, bol u TM zglobu i otežano otvaranje usta, te žarenje vrha jezika, zatim, bolne senzacije zbog prenadražnosti intaktnih zuba, spontani lom okluzijski ispravne zubne proteze ili »uvijanje« tijela mosta, dekubitusi ispod protezne baze ispravne zubne proteze, uznapredovala abrazija zuba, neuralgiformni bolovi i »spontani« lom zuba. Osim toga, ugriz u jezik i obraz, utrulost zubi i okolne gingive, pulpitis ili nekroza zubne pulpe uslijed abrazije, krepitacije u TM zglobu i zadebljanje masetera.

Među objektivnim simptomima, nađenim prilikom prvog pregleda, prema **tablici 4.**, najčešća je abrazija krune zuba (2809), neovisno o mjestu i opsegu abrazije, te broju zahvaćenih zuba. Osim abrazije, najčešći simptomi bruksizma su palpatorna bol u/oko jednog/oba TM zgloba (2078), luksiranost zuba, koja je kod manjeg broja fudruajantna, dok je u većini postepena (1988). Zatim palpatorna bolnost mm. masetera i temporalisa, njihovo zadebljanje, dekubitusi ispod okluzijski ispravnih proteza, pulpitis abradiranih zuba, spontane frakture zuba, nekroze abradiranih zuba, ugriz u jezik ili obraz, duboke impresije rubova protezne osnove, te zrnaste ekostoze na alveolarnom nastavku u vestibularnoj projekciji apeksa prisutnih zuba.

Od subjektivnih simptoma prikazanih u **tablici 5.**, najčešća i najteobnija je glavobolja, nerijetko opisana kao nesnosna bol u području sljepoočnice, te oko uha (1961), a iza nje slijede utrulost zuba, hiperosjetljivost na termičke i druge podražaje, osjećaj »produženosti« zuba, otežano otvaranje usta i otežan govor, te žarenje i utrulost vrha jezika i svrbež gingive.

Opisane subjektivne tegobe dominiraju uglavnom ujutro nakon buđenja, dok tijekom dana gube intenzitet. Osjećaj pomanjkanja snage za žvakanje imao je 371 bolesnik. U 2381 bolesnika okolina je registrirala noćno škripanje zubima. U nekoliko slučajeva noćno škripanje zubima bolesnika okolina je primijetila bez prethodnog liječničkog upozorenja na tu pojavu. Drugi dio je obratio pažnju na ovaj simptom nakon uzimanja anamneze, potvrdivši njegovu prisutnost.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Pravi, noćni bruksizam karakterizira dugotrajna, nefiziološka izometrička kontrakcija mišića žvakača u sklopu povišenja mišićnog tonusa cijelog organizma, uključujući i mišić jezika i usnica. Pri tome nastaje okluzalno opterećenje, te traumatiza-

TABLICA 1.
STAROST BOLESNIKA KOD KOJIH SU NAĐENI SIMPTOMI BRUKSIZMA

SPOL	DOBNI INTERVALI — GODINE											UKUNO
	do 15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	60—	
Zene	16	79	124	230	243	241	185	162	121	118	110	1629
Muškarci	13	81	128	224	211	220	179	172	127	109	104	1568
UKUPNO	29	160	252	454	454	461	364	334	248	227	214	3197

TABLICA 2.
PRISUTNOST EMOTIVNE TENZIJE KOD OBOLJELIH OD BRUKSIZMA ISKAZANA PREMA DOBNIM GRUPAMA

PRISUSTVO EMOTIVNE TENZIJE	DOBNI INTERVALI — GODINE											UKUNO
	do 15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	60—	
Svjestan emotivne tenzije	9	139	208	399	405	412	303	242	131	108	76	2432
Negira emotivnu tenziju	20	21	44	55	49	49	61	92	117	119	138	765
UKUPNO												3197

TABLICA 3.
NAJČEŠĆE TEGOBE ZBOG KOJIH JE ZATRAŽENA LIJEČNIČKA POMOĆ

POVOD DOLASKA NA LIJEČNIČKI PREGLED	DOB BOLESNIKA											UKUNO
	do 15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	60—	
Glavobolja	21	64	111	109	113	106	91	79	57	66	82	899
Bol u TM zglobu; otežan govor i otvaranje usta	0	48	53	71	76	74	50	28	37	22	17	476
Neuralgiformni bolovi ispod oka	0	0	7	13	15	14	9	17	6	0	0	81
Bolne senzacije na nekarioznim zubima	0	17	19	32	45	51	26	21	0	0	0	211
Rasklimanost jednog ili više zuba	0	0	31	48	77	92	89	64	82	97	49	629
Dekubitusi ispod protezne baze ispravne zubne proteze	0	0	0	0	0	3	9	20	12	19	23	86
Ugriz u jezik ili obraz	8	6	9	6	5	7	10	8	10	11	7	87
Špontani lom zdravog zuba	0	14	8	24	13	16	19	23	17	6	0	140
Utrnulost zubi i okolne gingive	0	2	7	6	5	8	6	3	5	0	0	42
Zadebljanje m. masetera i njegovih insercija	0	0	0	0	1	12	7	5	6	4	0	35
Žarenje vrha jezika	0	0	22	37	41	46	38	31	17	2	0	234
Pulpitis ili nekroza uslijed jake abrazije	0	0	0	0	6	8	5	9	3	6	2	39
Abrazija zuba	0	0	2	4	7	8	11	17	13	12	6	80
Kreptacije u TM zglobu	0	1	0	2	7	4	9	8	6	0	0	37
Spontani lom ispravne zubne proteze, te savijanje tijela i mosta	0	0	0	7	6	10	13	14	22	23	26	121

cija brojnih tkiva mastikatornog sistema, od kojih potječe serija bolnih senzacija. Zbog zamora mišića, snažnog i dugotrajnog istezanja tetiva, te nakupljanja metaboličkih produkata, mišići i okretanje glave postaju bolni, otežani su govor i otvaranje usta, a bolnost mišićnih insercija doživljava se kao glavobolja, neuralgiformne tegobe² ili bol u/oko TM zgloba.

Carraro i suradnici navode da su patološke promjene kod TM sindroma pretežno ekstraartikularno locirane, i to 41,5% u maseteričnoj, 25% u temporalnoj regiji, a samo kod 55,8% u samom zglobo.

Posselt tvrdi da su promjene u TM zglobo zbog stresne funkcionalne nepravilnosti žvačnih mišića češće u mlađih osoba (u žena od oko 30 godina starosti), a rjeđe u starih i bezubih. Kod ispitivanih bolesnika bolnost TM zgloba i smanjena mobilnost bili su prisutni u 65,02% slučajeva, a bolnost m. masetera i m. temporalisa, te njihovih insercija na zigomatičnom luku i anteriornom dijelu sljepoočnice, te angulusu mandibule u 51,11% bolesnika.

Grčevite, nesvjesne kontrakcije mišića dovode do ugriza u jezik i obraz, i do spontanih fraktura zuba, a u bolesnika sa protetskim nadomjestkom uz-

TABLICA 4.
UČESTALOST OBJEKTIVNIH SIMPTOMA BRUKSIZMA

NAĐENI SIMPTOMI	UKUPNO
Palpatorna bol u TM zglobu	2078
Krepitacije u TM zglobu	166
Abrazija zuba	2809
Luksacija zuba	1988
Zadebljanje m. masetera	521
Palpatorna bolnost m. masetera	823
Palpatorna bolnost insercija m. masetera i m. temporalisa	1634
Pulpitis abradiranih zuba	271
Nekroza abradiranih zuba	239
Spontana fraktura zuba	191
Ugriz u jezik ili obraz	124
Eksostoze na vestibularnom dijelu alveolarnog nastavka	48
Dekubitusi ispod protezne baze	337
Duboke impresije rubova protezne baze	82
Lom proteze ili savijanje tijela mosta	274

TABLICA 5.
UČESTALOST SUBJEKTIVNIH SIMPTOMA BRUKSIZMA

SIMPTOMI	UKUPNO
Glavobolja	1961
Otežano otvaranje usta i otežan govor sa protezom i bez proteze	743
Trnjenje zubi	840
Hiperosjetljivost zuba	490
Zarenje vrha jezika i utrnutost	412
Pomanjkanje snage za žvakanje	371
Osjećaj »produženosti« zuba	718
Svrbež gingive	336

rokuju lom proteze, izbijanje zuba iz proteze, kao i izvijanje tijela mosta, ukoliko je raspon između nosača veći od dozvoljenog.

Noćni bruksizam ne izaziva tipične radiografske promjene na čeljusnim kostima, stoga se radiogramom služilo samo za utvrđivanje eventualnog drugog oboljenja, čija bi simptomatologija bila slična ili istovjetna sa simptomima bruksizma. U ovom istraživanju zaobišlo se i interpretiranje nađenih radiografskih promjena, kao što su: hiper cementoze, osteosklerozacije, alveolarne resorpcije, resorpcije korijena, interni granulomi i sl., drugim riječima, onih promjena koje sugeriraju okluzalnu traumu, ali ne traumu izazvanu noćnim parafunkcionalnim aktivnostima žvakača nego diskrepancijom ili tzv. lošom navikom. Ta odluka je u suglasnosti sa uvodno iznesenim stavom o uzrocima noćnog bruksizma, a potkrijepljena je zapažanjem i mišljenjem Rugha i njegovih suradnika da »uvjeti koji stimuliraju parafunkcionalnu aktivnost mišića u budnom stanju, za vrijeme sna imaju suprotan efekt«. ¹¹ Ovaj se stav odnosi i na bolesnike koji nose zubne proteze, a temelji se na eksperimentalnim zapažanjima Gontena i Rugha, koji tvrde da se za vrijeme sna muskulatura relaksira ako su proteze u ustima, dok u budnom stanju pacijenti nastoje, često nepotrebno, okludirati zube, što je praćeno dnevnim povišenom aktivnošću muskulature. ^{4,11} Ova spoznaja je analogna učinku primijenjene terapijske zagrizne udlage.

Teško je razlučiti koja parafunkcionalna aktivnost prevladava — da li škripanje ili stiskanje zuba. Po svemu sudeći, obje se isprepliću i kombiniraju. Ako prevladava škripanje, kontrahirana muskulatura povlači mandibulu u nepredvidive položaje, a time i zu-

be u ekscentrične kontakte. Otuda bol u TM zglobu, i to u prvo vrijeme kao posljedica istežanja zglobne kapsule, te kompresije krvnih žila i živaca zbog povlačenja mandibule u posteriornu ili kranijalnu dislokaciju. Dijagnostička važnost rendgenograma TM zgloba je u određenju kondilarne pozicije, što znači da se dijagnoza zasniva na fotografiji, a ne na strukturi zglobnih površina. Dugotrajna i učestala kompresija može i ireverzibilno oštetiti zglobne površine, pa nastaju traumatski artritis ili artroza. ⁷ Znak oštećenja su krepitacije, a nađene su u 166 naših ispitanika. Ekscentrični kontakti zuba u toku škripanja stvaraju traumatsko opterećenje tih zuba, pa ukoliko je kojim drugim oboljenjem narušen integritet parodontalnih tkiva ili, ako je poremećena regenerativna sposobnost okolne kosti, dolazi do postepenog rasklimavanja zuba. ^{1,7,8,10}

U literaturi se navodi izvjesna veza između nastanka traumatizacije TM zgloba i luksacije zuba. Ako popuste potporne strukture parodonta, izostaje oštećenje zgloba. ¹

Analogna tome je i međusobna uvjetovanost abrazije zuba i luksacije zuba. Ukoliko parodont »odoli« traumatskom opterećenju, javlja se patološko trošenje zubne cakline. ¹ Naša su zapažanja identična s ovom konstatacijom. Abrazija zuba se javlja u visokom postotku u promatranoj grupi, pa kako se i u literaturi bruksizam smatra najvažnijim i najčešćim funkcionalnim poremećajem, kod kojeg dolazi do trošenja okluzalnih i incizalnih površina zuba, ^{1,8} to se i ovdje nameće zaključak da je abrazija zuba uvjerljivo signifikantna za prisutnost bruksizma, prvenstveno za škripanje zubima. ⁸ Veličina brusnih faseti, te »skraćenje« zubnih kruna uslijed abrazije, pouzdano govore o dugotrajnosti procesa.

Posljedice abrazije su višestruke. Smanjuje se vertikalna dimenzija zuba, čime se narušava estetička, istovremeno se povećava okluzijsko polje, dok se međučeljni prostor snižava umanjujući efekt žvakanja, a time i funkcionalnost žvačnog sistema. Osim toga, ako izostane obrambena retrakcija zubne pulpe, dolazi do lezije pulpalne komore i prodora infekcije u zub.

Mnogo prije nastanka opisanih pojava, javlja se serija neupadljivih simptoma kao posljedica, u prvo vrijeme, reverzibilno poremećene cirkulacije krvi i inervacije u periodontalnom području. Otkrivanje tog stadija bolesti je presudno za prevenciju oboljenja. Među simptome tog perioda ubrajaju se: »utrnulost« zuba (kao kada se jedu kisele jabuke), svrbež gingive oko pojedinih zuba, osjećaj da su zubi »duži« od ostalih, preosjetljivost zubi na podražaje, spontana iradiirajuća bol zubi kao kod kroničnog pulpitisa, te žarenje vrha jezika praćeno djelomičnom utrnulošću. S tim u vezi je interesantan anamnestički podatak da bolesnici izrazito registri- raju povišenje mišićnog tonusa neposredno prije spavanja. Opisuju to kao grčevitu napetost lica, pogotovo usnica, koje se ne uspijevaju olabaviti i udaljiti od zubi. Isto se događa i sa jezikom koji snažno upire i tare o lingvalne plohe frontalnih zuba. Nakon buđenja, bolesnici osjećaju žarenje i laganu utrnutost vrha jezika, a zubi su bolni na dodir i hipersenzibilni na sve podražaje, prvenstveno termičke. Smatramo da opisane senzacije na vrhu jezika u sklopu bruksizma ne treba zanemariti u diferencijalnoj dijagnozi kod glosopiroze i glosodinije. U literaturi nismo susreli žarenje i utrnutost vrha jezika kao simptom bruksizma, kao niti opis zrnastih eksostoza na alveolarnom nastavku u vestibularnoj projekciji apeksa najjače traumatiziranih zuba.

Po našem mišljenju, eksostoze nastaju kao posljedica prenošenja opterećenja apeksa zuba na al-

veolarnu kost. Neobjašnjivo je zašto u jednih eksostoze nastaju, a u drugih ne. Značajan za potvrdu dijagnoze je podatak da spomenute eksostoze recidiviraju nakon kirurškog odstranjenja ukoliko je bruksizam i dalje prisutan.

Analizom tablice 3. uočljivo je da bruksizam u dječjoj dobi karakteriziraju tri simptoma: glavobolja, utrnulost zubi i ugriz u jezik ili obraz za vrijeme spavanja. Četvoro djece, u dobi od 4—7 godina, došlo je na pregled zbog ugriza u jezik za vrijeme sna. Od roditelja smo saznali da djeca noću škripe zubima. Na glavobolju i bol u TM zglobu žalilo se najviše mladih bolesnika do 25 godina starosti. Starenjem se smanjuje broj bolesnika sa bolovima u TM zglobu, dok glavobolja dugo ostaje značajan simptom.

Analiza tablice 2. pokazuje da stariji ljudi negiraju prisutnost jednog izrazitog emotivnog stresa ili tenzije, ali se iz anamneze saznaje da ih mnoge stvari uzrujavaju ili smetaju.

O bruksizmu većina autora govori kao o para-funkcijskoj navici.^{1,4,5,7,9,10,12} Navika je stečeno i usvojeno ponašanje, ali o navici kod bruksizma možemo govoriti samo u slučajevima dnevnog, a ne i noćnog stiskanja ili škripanja zuba. Noćne para-funkcijske kontrakcije, koje pogađaju cijeli organizam, ne mogu se smatrati navikom već specifičnim psihosomatskim poremećajem, uzrokovanim nesvršishodnim impulsima iz centralnog nervnog sistema.

Pravovremeno uočavanje bruksizma u mladog bolesnika ima prvorazredan značaj ako prihvatimo stajalište da je bruksizam posljedica psihogene tenzije,

tj. neke frustracije, jer to postaje signal za dublje analiziranje psihičkih problema mladog bolesnika, a time i za poduzimanje adekvatnih mjera mentalne zaštite.

Obično se smatra da od bruksizma obolijevaju psiholabilne osobe, što smatramo pogrešnim. Uočili smo da obolijevaju i vrlo stabilni ljudi kada je stres snažan i dugotrajan. Možemo sa sigurnošću reći da nema čovjeka imunog na bruksizam.

LITERATURA

1. Brecker S. Clinical Procedures in Occlusal Rehabilitation, W. B. Saunders Comp., Philadelphia and London, 1958;9—281.
2. Brooke, Ralph I. Atypical Odontalgia. J Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1980;3:198.
3. Carraro JJ, Quirch JS, Albano E. Analysis of Patients with Temporomandibular Joint Pain: J. Prosthetic Dent 1969;5:639—643.
4. Von Gonten AS, Rugh JD. Nocturnal Muscle Activity in the Edentulous Patient with and without Dentures. J Prosthetic Dent 1984;5:709.
5. Jankelson B. The Physiology of the Human Dental Occlusion. J Amer Dent Ass 1955;50:664—680.
6. Jankelson B, Hoffman GM and Hendron JA. The Physiology of the Stomatognathic System. J Amer Dent Ass 1953;46:375.
7. Posselt U. Physiology of Occlusion and Rehabilitation, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1966;74—95.
8. Posselt U, Emslie RD. Occlusal Disharmonies and Their Effect on Periodontal Diseases. J Internat Dent 1959;9:367—381.
9. Ramfjord SP. Bruxism, a Clinical and Electromyographic Study. J Amer Dent Ass 1961;62:21—44.
10. Ramfjord SP. Disfunctional Temporomandibular Joint and Muscle Pain. J Prosthetic Dent 1961;11:353.
11. Rugh JD, Berghi N, Drago CJ. Experimental Occlusal Discrepancies and Nocturnal Bruxism. J Prosthetic Dent 1984;4:548.
12. Schaerer P, Stailard RE, Zander HA. Occlusal Interferences and Mastication: An Electromyographic Study. J Prosthetic Dent 1967;5:438—499.
13. Šuvin M. Stomatološka protetika I, Školska knjiga, Zagreb, 1979;78—9.

Abstract

ON FREQUENCY AND CLINICAL SYMPTOMATOLOGY OF BRUXISM IN OUR CASUISTICS

Nada Omrčen and Marko Omrčen

Department of Oral Surgery and Stomatological
Protetics, Polyclinic for the Protection of Teeth
and Mouth, Osijek

During the period of five years the incidence of bruxism in every-day casuistics has been examined in two specialist stomatological departments of »Poliklinika za zaštitu zubi i usta«, Osijek. The patients who were found to have bruxism were registered and the characteristics in clinical picture, the prevalence of symptoms in some age groups and the presence of emotional tension have been looked over.

The means used in this research were the clinical checkup and the detailed anamnesis supplemented by the rentgenological examination because of the differential diagnosis. In the examined group of 9741 patients of both sexes 32.82% of people suffering from bruxism were registered. People from 26 to 40 years of age, representing 42.29% of the total number of patients with bruxism, appear to be most struck by this disease.

Outstanding was the fact that 29 children up to 15 years of age were found to have bruxism. In childhood bruxism is characterised by the bite in the tongue and cheek followed by headache and loud gnashing of teeth during the night.

In the middle and old age the prevailing symptoms of bruxism appeared to be the abrasion of teeth, temporomandibular symptom and the luxation of teeth. Symptoms as stinging and numbing of the tip of the tongue, as well as the granular vestibular exostoses in the projection of the apex of teeth have not, until now, been drawn into connection with the parafunctional activity of muscles during the night.

76.07% patients with bruxism were conscious of their emotional tension and this fact showed the significant relationship between the begin of disease and the psychological stress.

The numerous consequences of bruxism as loss of teeth, reduced power of chewing, damages in the temporomandibular joint and others lead to the necessity of the early diagnosis and therapy.

Key words: clinical symptomatology of bruxism

Received: May 20, 1985