

1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κροταφογναθικές διαρθρώσεις, όπως και οι άλλες αρθρώσεις του σώματος, είναι δυνατόν να προσβληθούν από μια ευρεία ποικιλία παθήσεων. Οι παθολογοανατομικές μεταβολές που επέρχονται επηρεάζουν αρνητικά την εύρυθμη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος κατά τον ίδιο τρόπο που επηρεάζεται μια περιφερική άρθρωση λόγω, π.χ. τραυματισμού ή φλεγμονής. Τα αποτελέσματα των παθολογικών διεργασιών στους ιστούς των κροταφογναθικών διαρθρώσεων προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που βρίσκουμε στις δυσλειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος νευρομυικου τύπου (ήχοι, πόνος κατά την κίνηση, περιορισμός ή αναστολή της κινητικότητας της κάτω γνάθου). Είναι δυνατόν όμως να συμβαίνει και το αντίθετο. Δηλαδή η μικρή υπερλειτουργία των μυών του στοματογναθικού συστήματος λόγω διαφόρων παραλειτουργικών κυρίως έξεων, π.χ. βρυγμού, να προκαλέσει χρόνιο τραυματισμό των κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Carlsson EG, Magnusson T. 1998). Από το σύνολο των εκφυλιστικών και φλεγμονώδων παθήσεων που προσβάλλουν τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η τραυματική αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χρόνια νεανική αρθρίτιδα, η αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα κ.ά.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια συστηματική πάθηση που χαρακτηρίζεται από μη πυώδη φλεγμονώδη προσβολή των αρθρώσεων, αλλά και άλλων οργάνων. Μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, κυ-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ρίως όμως σε νεαρούς ενήλικους και συχνότερα στις γυναίκες. Η πορεία της νόσου ποικίλλει με εξάρσεις και αυτόματες υφέσεις, συνήθως δε σταθεροποιείται με αυτή τη χρόνια υποτροπιάζουσα μορφή (Russell LA., Bayles TB. 1941). Μετά από παρέλευση 20 ετών, έχει υπολογιστεί ότι 20% περίπου των ασθενών εμφανίζει αναπηρία από τις αλλοιώσεις των αρθρώσεων που προκαλούνται από τη νόσο, ενώ το 10% των ασθενών εμφανίζει αντιδραστική αμυλοείδωση (Πατσούρης E. 1994). Η εκδήλωση της νόσου χαρακτηρίζεται ως χρόνια άσηπη φλεγμονή των αρθρώσεων οδηγώντας συμμετρικά και προοδευτικά σε καταστροφικές βλάβες αυτών (Δρούκας B. 1996), και επειδή επιδρά στο συνδετικό ιστό, συχνά συνδυάζεται και με άλλες εξωαρθρικές εκδηλώσεις (Rodman G. 1973, Rodman G. 1983).

Όπως και κάθε άλλη άρθρωση του σώματος έτσι και οι κροταφογναθικές διαρθρώσεις μπορούν να προσβληθούν από ρευματοειδή αρθρίτιδα σε ποσοστά που ποικίλλουν από 2 - 86% (Carlsson EG., Kopp S., Öberg T. 1979). Η μεγάλη αυτή διακύμανση οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως ο διαφορετικός τρόπος εξέτασης των ασθενών, στα κριτήρια ταξινόμησης της εμπλεκόμενης άρθρωσης, στην επιλογή του υλικού (π.χ. οξεία ή χρόνια φάση), διάρκεια της νόσου κλπ (Δρούκας B. 1996, Goupille P. και συν 1993). Η έκταση, καθώς και η σοβαρότητα της νόσου, μπορεί να ποικίλει σημαντικά (Tegelberg A., Kopp S. 1987). Η εμπλοκή των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από ρευματοειδή αρθρίτιδα, περιγράφηκε από τον Garrod ήδη από το 1875, ο οποίος πίστεψε ότι η νόσος είχε μία εκλεκτικότητα για τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις. Σύμφωνα με νεότερες έρευνες είναι αναμενόμενο κάθε άτομο που πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα να εμφανίσει κλινικά σημεία δυσλειτουργίας από τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις, όπως ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και κριγμώδεις ήχους (Ericsson S., Lundberg M. 1967, Franks AST. 1969).

Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ενώ η επέκτασή της αυξάνεται με τα χρόνια. Διάφορες έρευνες αναφέρουν ότι μεταξύ των ετών 30 – 39 μόνο το 0,5% - 1% των γυναικών και το 0,5% των ανδρών εμφανίζει ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στις ηλικίες 50 – 59 είναι 3% και 7% (Allander EA. 1970).

Η σοβαρότητα της νόσου, αλλά και η συχνότητά της, μεταξύ των άλλων φλεγμονοδών παθήσεων που είτε πρωτογενώς είτε δευτεροπαθώς προσβάλλουν τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις αποτέλεσε ίσως

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

το σημαντικότερο κίνητρο για την ανάληψη της παρούσας προσπάθειας. Άλλωστε η διάδοση και η διεύρυνση της διδασκαλίας της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού συστήματος στον ευρύτερο Οδοντιατρικό χώρο, σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, καθιστά απαραίτητη την εκπόνηση αναλόγων κειμένων τα οποία αποσκοπούν αφ' ενός μεν στην ευαισθητοποίηση του γενικού οδοντιάτρου και αφ' ετέρου στην αναβίβαση και προβολή των παρεχομένων υπηρεσιών, τουλάχιστον σε διαγνωστικό επίπεδο.

Η ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών γενικώς, αποτελεί πάγεια θέση της Ιπποκρατικής φιλοσοφίας και πρακτικής. Η επελθούσα στεγανοποίηση με τη σωρεία των επιμέρους ειδικοτήτων αποξένωσε σημαντικά τη σχέση ιατρού – ασθενούς ιδιαίτερα τις δύο, τρείς τελευταίες δεκαετίες και με ό,τι αυτό συνεπάγεται στην ποιότητα της παρεχομένης θεραπευτικής αγωγής, αλλά κυρίως και στην ψυχική ή ανθρωπιστική προσέγγιση του ασθενούς. Είναι, λοιπόν, παρήγορες οι διαφαινόμενες, παγκοσμίως, τάσεις της επανόδου στο Ιπποκρατικό πρότυπο, γεγονός που θα πρέπει να μας καθιστά πλέον ευήκοους πρός όλα τα συναφή και συγγενικά προς το αντικείμενό μας επιστημονικά πεδία.

Με τις σκέψεις λοιπόν αυτές επιχειρήσαμε την όσο το δυνατόν ευρύτερη αξιολόγηση και κάλυψη του θέματος σε όλες τις διαστάσεις του, αναδιφόρντας στην κλασική επί του θέματος βιβλιογραφία, αλλά και στην πολύ πρόσφατη, και πάντοτε βέβαια στο βαθμό που αυτή σχετίζεται και αφορά το δικό μας επιστημονικό χώρο.

Βιβλιογραφία

1. **Allander EA.**: A population survey of rheumatoid arthritis. *Acta Rheum Scand Suppl* 15, 1970.
2. **Carlsson GE., Kopp S., Öberg T.**: Arthritis and allied diseases of the temporomandibular joint. In Zarb GA., Carlsson EG.(eds) Temporomandibular joint, function and dysfunction. Munksgaard. Copenhagen, 269-320, 1979.
3. **Carlsson GE., Magnusson T.**: Κλινική φυσιολογία του στοματογναθικού συστήματος για τον γενικό οδοντίατρο. 2^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
4. **Δρούκας Β.**: Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, Επιστημονικές Εκδόσεις Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1996.
5. **Ericsson S., Lundberg M.**: Alterations in the temporomandibular

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- joint at various stages of rheumatoid arthritis. Acta Rheum Scand. 1967; 13: 257-274.
6. **Franks AST.**: The temporomandibular joint in adult rheumatoid arthritis. A comparative evaluation of 100 cases. Ann Rheum Dis 1969; 28: 139-145.
 7. **Goupille P., Fouquet B., Cotty P., Goga D., Valat JP.**: The temporomandibular joint in rheumatoid arthritis. Correlations between clinical and topographic features. J Dent 1993 Jun; 21(3): 141-6.
 8. **Πατσούρης Ε.** Αυτόάνοσα νοσήματα..Στο Πλαχαραλάμπους & Μέλη ΔΕΠ.Γενική Παθολογική Ανατομική, Αθήνα 1994.
 9. **Rodman G.**:Primer on the rheumatic diseases, 7th edition, Publ Arthritis Foundation, New York, 1973.
 10. **Rodman G.**:Primer on the rheumatic diseases, 8th edition, Publ Arthritis Foundation, Atland GA, 1983.
 11. **Russell LA., Bayles TB.**: The temporomandibular joint in rheumatoid arthritis. JADA 1941; 28: 533-540.
 12. **Tegelberg A., Kopp S.**: Clinical findings in the stomatognathic system for individuals with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Acta Odontol Scand 45; 65-75, 1987.

Κεφάλαιο 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα Ρ.Α. εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μέσης ηλικίας (50 ετών) με αυξητικές τάσεις μετά την έμβδομη δεκαετία. Κλινικές έρευνες (Tegelberg και Kopp 1987) έδειξαν ότι σε κάθε 20 ή 30 ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρούνται μερικές φορές συμπτώματα από την κροταφογναθική διάρθρωση. Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα στη Στοκχόλμη (Allander 1970) 2,5% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 20 ετών ανέφερε συμπτώματα ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Από την ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες προσβάλλονται 3 φορές συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες. Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων τείνει να μειωθεί με την πάροδο της ηλικίας. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι συχνότερη η έναρξή της σε μεγάλες ηλικίες. Συνήθως εκδηλώνεται γύρω στα 40. Λόγω του χρόνιου χαρακτήρα της νόσου, η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία (Allander 1970) (Πίνακας 2.1).

Λίγες επιδημιολογικές έρευνες υπάρχουν, στις οποίες να έχει μελετηθεί 2 και 3 φορές ο ίδιος πληθυσμός. Όπου έχει γίνει, διαπιστώνεται 0.5-3% νέων περιπτώσεων PA κάθε χρόνο. Ακόμα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού, ενώ άλλες έρευνες δείχνουν, ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ PA και διάφορων άλλων παραμέτρων, όπως το κλίμα, το γεωγραφικό πλάτος, η μόρφωση ή η οικονομική κατάσταση κ.λπ. (Rodman 1973, 1983).

Στις ΗΠΑ, σε μια έρευνα που έγινε τη χρονική περίοδο 1960-62 από