

Clinica de Protetică Dentară (cond.: prof. dr. L. Ieremia, doctor în medicină)
și Clinica de Odontologie și Parodontologie (cond.: prof. dr. St. Bocskay, doctor
în medicină) din Tirgu-Mureș

POSIBILITĂȚI DE APRECIERE CLINICĂ A DISFUNȚIEI CRANIOMANDIBULARE

L. Ieremia, St. Bocskay

În literatura medicală de specialitate, în ultimii 15 ani, au apărut numeroase studii epidemiologice asupra caracterului general al semnelor clinice disfuncționale ale Ap.D.M., ele fiind încadrate în diferite „standarde” de evaluare după mediul geografic, vîrstă, sex și profesiune, a căror concluzii statistice sînt contradictorii (1, 2, 4, 14, 18, 20, 23, 25, 26, 31). De asemenea, mulți autori în cercetările lor efectuate pe bolnavii handicapați de sindrom disfuncțional craniomandibular, au analizat și apreciat că acuzele subiective, precum și semnele obiective sînt extrem de variate, ambele categorii putîndu-se combina, generînd forme clinice deosebite de la un individ la altul (3, 4, 8, 10, 13, 15, 19, 22, 32).

După *De Boever* (9), *Gross* și *Gale* (12) puține sînt publicațiile ce se referă la analiza succesiunii apariției simptomelor disfuncționale, frecvența, caracterul particular și evoluția lor. Astfel, *Greene*, *Lerman*, *Sutcher* și *Laskin* (11), au găsit diferențe apreciabile în debutul, persistența sau progresul anumitor acuze. Ele în mare măsură par să fie condiționate de specificul multiplilor factori de risc etiologici, precum și de modul cum reacționează fiecare bolnav față de aceștia. Pentru asemenea motive *Carraro* și *Caffese* (7) au subliniat necesitatea efectuării unor analize clinice exigente a simptomelor subiective și obiective heterogene ale sindromului disfuncțional craniomandibular, prin prisma evidențierii particularității lor, aceste investigații fiind deosebit de utile nu numai sub aspectul evaluării stării Ap.D.M., ci și sub raportul instituirii unui tratament eficient.

După *Smith* (29, 30), neacordarea unei atenții cuvenite aprecierii valorii unor indexuri privind stadiul în care se află bolnavii, se soldează adeseori cu eșecuri terapeutice, deoarece ei pot răspunde variat la un tratament neindividualizat.

Necesitatea elaborării indicilor de cercetare clinică a fost ridicată în 1959 de către *Ramfjord* (27), elaborînd unul pentru boala parodontală. Abia în 1970, *Carlos* (6) a formulat un index pentru evaluarea malocluziilor. În vederea analizei simptomelor disfuncției craniomandibulare în cadrul anamnezei, au fost inițiate o serie de chestionare de către mulți specialiști printre care îi amintim pe *Kopp* (21), *Horheim*, *Meloe* (24), *Rieder* (28), *Borsson* (5), *Smith* (30), *Mack* și *Moser* (citați de 10).

Dintre numeroasele posibilități de investigații clinice apărute pînă în prezent, cel mai eficace s-a dovedit a fi indexul lui *Helkimo* (15, 16, 17, 18), elaborat în 1972, în scopul asigurării unor studii epidemiologice și a estimării funcției și disfuncției Ap.D.M. Din punct de vedere metodologic el reprezintă o posibilitate complexă de apreciere a stadiului în care se află un bolnav cu disfuncție craniomandibulară, deoarece folosește trei categorii de indici: anamestic (A_i), clinic (D_i) și cel al stării ocluziei (O_j).

A. *Indexul anamnetic de disfuncție (A_i)*

Se bazează pe datele obținute de la bolnavul investigat. Pentru a se forma o opinie asupra severității simptomelor subiective, există posibilitatea încadrării lor în trei categorii:

- $A_1 O$ fără punctaj deoarece nu există acuze subiective;
- $A_1 I$ se acordă 1 punct la indivizii ce au raportat unul sau mai multe simptome slabe de disfuncție ca:
 - zgomote în A.T.M.;
 - senzație de oboseală în maxilare;
 - amorțeală la nivelul diferiților mușchi masticatori survenită dimineața la trezire sau în cursul mișcărilor mandibulare;
- $A II$ acordă 5 puncte la declararea de către bolnav a uneia sau mai multor suferințe severe de disfuncție după cum urmează:
 - dificultate în deschiderea largă a cavității bucale sau prezența blocajului;
 - luxații A.T.M.;
 - dureri în mușchii masticatori (obraz) sau în A.T.M. amplificate de către mișcările mandibulei.

B. *Indexul clinic de disfuncție (D_i)*

Se referă la evaluarea stării Ap.D.M., fiind bazat pe analiza a cinci grupe de simptome, fiecare dintre ele putînd fi apreciate conform unei scări de trei grade, folosindu-se un punctaj de 0 (fără simptome), 1 punct (pentru acuzele slabe) și 5 puncte (pentru simptome severe).

Cele cinci categorii de simptome sînt:

1. Diminuarea libertății de mișcare a mandibulei.
2. Reducerea capacității funcționale a A.T.M.
3. Durere la mișcarea mandibulei.
4. Mușchi cu sensibilitate dureroasă la palpare.
5. Durere musculară la nivelul A.T.M.

În final, se va folosi un cod care va totaliza punctajul obținut al celor cinci grupe de simptome, obținîndu-se indexul clinic disfuncțional (D_i).

1. *Diminuarea libertății de mișcare a mandibulei*

Se poate constata prin urmărirea mai multor parametri funcționali legați de mobilitatea mandibulei. Prin măsurători vor fi estimate:

a) *Deschiderea maximă a cavității bucale* măsurînd distanța în mm, între marginile incisivilor superiori față de cei inferiori, apreciindu-se și gradul de overbite.

Valorile și punctajul sînt următoarele:

≥ 40 mm	0
30—39 mm	1
30 mm	5

b) *Mișcarea maximă de lateralitate dreaptă:*

≥ 7 mm	0
4—6 mm	1
0—3 mm	5

c) *Mișcarea maximă de lateralitate stîngă:*

≥ 7 mm	0
4—6 mm	1
0—3 mm	5

d) *Propulsia maximă:*

≥ 7 mm	0
4—6 mm	1
0—3 mm	5

Totalizînd punctajul realizat, suma va fi raportată la următorul cod, obținîndu-se indexul de mobilitate (A_1):

— 0 puncte = $M_1 0$ (mobilitate normală a mandibulei);

— 1—4 puncte = $M_1 1$ (diminuare slabă);

— 5—20 puncte = $M_1 5$ (diminuare severă).

2. *Reducerea capacității funcționale a A.T.M.*

Aprecierea perturbării tiparului mișcării mandibulei și a stării A.T.M. se poate face astfel:

— 0 puncte atribuite pentru traseul lin, constant și rectiliniu al mișcării de deschidere și închidere a cavității bucale, fără să existe zgomote la nivelul A.T.M.;

— 1 punct este acordat pentru orice formă de sunet palpabil în A.T.M. sau devierea laterală evidentă a mandibulei ≥ 2 mm a traiectoriei tot în aceleași mișcări menționate mai sus, însoțită de sunete în A.T.M. sesizate unilateral sau bilateral;

— 5 puncte sînt conferite pentru existența unui blocaj ce poate fi ocazional și de scurtă durată sau luxație în timpul efectuării variațiilor deplasări ale mandibulei.

3. *Durere la mișcarea mandibulei*

Se poate evalua conform următorului punctaj:

— 0 puncte = situație normală cu absența durerii în timpul excursiilor mandibulei;

— 1 punct = apariția durerii numai la o mișcare;

— 5 puncte = prezența durerii la două sau mai multe mișcări ale mandibulei.

4. Mușchi cu sensibilitate dureroasă la palparea urmărind reflexul palpebral al bolnavului

Poate fi validată după următoarele criterii punctate:

— 0 puncte sînt acordate pentru posibilitatea efectuării tuturor mișcărilor mandibulei, fără să existe sensibilitate dureroasă la palparea mușchilor masticatori;

— 1 punct se dă pentru apariția durerii la palparea în trei arii musculare;

— 5 puncte se atribuie pentru sensibilitatea dureroasă existentă în 4 sau mai multe arii de palparea musculară.

După experiența noastră (19) întotdeauna palparea mușchilor trebuie să se efectueze bilateral, printr-o presiune egală aplicată în mai multe arii (încadrîndu-se într-o ordine sistematizată și cronologică), conform unor tehnici specifice. După *Helkimo* (15) următorii mușchi trebuie palpați: maseterul, fascicula posterior, anterior și inserția temporalului pe procesul coronoid, pterigoidianul extern și cel intern (palpat extraoral).

5. Durerea la nivelul A.T.M.

Poate să apară la palparea fiecărei A.T.M. (înaintea sau înapoia conductului auditiv extern), luîndu-se în considerare numai reacțiile evidente ale bolnavului.

Evaluarea se face astfel:

— 0 puncte în situațiile cînd nu există sensibilitate dureroasă;

— 1 punct cînd durerea este înregistrată la palparea unilaterală a A.T.M. (înaintea conductului auditiv extern) unilateral sau bilateral;

— 5 puncte la palparea dureroasă unilaterală sau bilaterală a A.T.M. (înapoia conductului auditiv extern).

Întotdeauna va trebui să se excludă orice afecțiune a urechii.

După efectuarea analizei celor cinci categorii de simptome, se vor aduna toate punctajele obținute. În felul acesta fiecare bolnav va avea un scor total de disfuncție de la 0 la 25 puncte conform următoarei clasificări:

— 0 puncte = grupa 0 de disfuncție;

— 1—4 puncte = grupa I de disfuncție numai cu simptome slabe;

— 5—9 puncte = grupa a 2-a de disfuncție cu un simptom sever combinat cu 1—4 simptome slabe sau numai 5 simptome;

— 10—13 puncte = grupa a 3-a de disfuncție cu două simptome severe combinate cu 0—3 simptome slabe;

— 15—17 puncte = grupa a 4-a de disfuncție cu 3 simptome severe combinate cu 0—2 simptome slabe;

— 20—25 puncte = grupa a 5-a de disfuncție cu 4 simptome severe și posibil un simptom ușor sau 5 simptome severe.

Cu alte cuvinte bilanțul disfuncției (D_1) poate fi de patru grade:

— $D_1 0$ = grupa 0 de disfuncție cu 0 puncte = fără disfuncție;

— $D_1 I$ = grupa de disfuncție 1 cu 1—4 puncte = disfuncție slabă;

— $D_1 II$ = grupa a 2-a de disfuncție cu 5—9 puncte = disfuncție moderată;

— D_{1III} = grupa 3—4 și 5 de disfuncție cu 10—25 de puncte = disfuncție gravă.

C. Indexul stării ocluzale (O_1)

Pentru evaluarea ocluziei din punct de vedere morfofuncțional, se folosește un index pe baza următorilor factori:

1. Numărul dinților existenți.
2. Numărul dinților ce ocludează.
3. Prezența contactelor premature ocluzale.
4. Existența interferențelor ocluzale.

Numărul dinților existenți și al celor ce ocludează sînt calculați după modele de studiu, iar impactele ocluzale sînt depistate prin examinare clinică.

1. Numărul dinților:

Între 28—32 dinți	0 puncte
Între 20—27 dinți	1 punct
Mai puțin de 20 dinți	5 puncte

2. Numărul dinților ce ocludează:

Între 24—32 dinți	0 puncte
Între 16—23 dinți	1 punct
Între 2—15 dinți	5 puncte

3. *Conflictele dento-dentare de tipul contactelor premature* în P.R.C. și cele între această poziție și cea de I.M. sînt analizate după următorul cod:

— *fără impacte* (alunecarea anterioară a mandibulei decurge rectiliniu, simetric de la P.R.C. la P.I. pe o distanță mai mică de 2 mm/) 0 puncte.

— *impacte slabe* 1 punct

se pot aprecia după situații:

a) Conflict dento-dentar situat unilateral în P.R.C. și în timpul alunecării mandibulei în P.I. pe o distanță mai mică de 2 mm.

b) Apariția deviației laterale a mandibulei $< 1/2$ mm în timpul alunecării ei de la P.R.C. la P.I.

— *impacte severe* 5 puncte

se pot aprecia după situații:

a) Devierea laterală a mandibulei $>$ de $1/2$ mm în timpul alunecării ei de la P.R.C. la cea de I.M.

b) Distanța între P.R.C. și P.I. este mai mare de 2 mm.

4. *Interferențele ocluzale* sînt de asemenea înregistrate după codul:

— *fără impacte* 0 puncte

— *interferențe slabe* 1 punct

Pot fi apreciate două categorii:

a) un singur impact dentar pe partea de lateropulsie distal spre 3 ± 3 .

b) impact unilateral în propulsie.

— *Interferențe severe* 5 puncte

sînt cele de pe partea de meziotruzie (nelucrătoare) uni- sau bilaterale.

În final, adunându-se punctajul obținut al tuturor factorilor menționați mai sus (număr de dinți, al celor ce ocludează, prezența contactelor dentare premature și a interferențelor ocluzale) se va obține indexul stării ocluzale care va putea avea un scor total de 20 de puncte conform următorului cod:

0 puncte = nici o perturbare în ocluzie sau articulare = indexul ocluzal 0;

1—4 puncte = perturbări moderate în ocluzie și articulare = indexul ocluzal I;

5—20 puncte = perturbări severe în ocluzie și articulare = indexul ocluzal II.

În concluzie, considerăm că indexul lui *Helkimo* (15, 16, 17, 18) se dovedește a fi superior față de toate celelalte metodologii de investigații clinice ale disfuncției Ap.D.M., deoarece el deține următoarele trei mari avantaje:

1. Reprezintă o posibilitate reală de a aprecia simptomatologia subiectivă și obiectivă a disfuncției craniomandibulare într-o viziune gnatologică corelativă sistemică, prin însuși caracterul complex al celor trei categorii de indici: anamnestic (A_1), clinic (D_1) și al stării ocluziei (O_1).

2. Asigură stabilirea unui diagnostic corect, putînd totodată stabili stadiul disfuncției.

3. Oferă puțința unei analize statistice privind frecvența și particularitatea simptomelor, condiționînd astfel instituirea unui tratament individualizat și totodată posibilitatea evaluării rezultatelor obținute.

Rezumatul lucrării

Autorii după o succintă prezentare a studiilor epidemiologice efectuate de către numeroși cercetători (din ultimii 15 ani) privind specificul simptomelor clinice și al semnelor obiective ale disfuncției craniomandibulare — atrag atenția asupra necesității folosirii unor indexuri de analiză a succesiunii apariției acuzelor disfuncționale, a frecvenței, caracterului și evoluției lor.

Dintre indicii existenți din punct de vedere protetic, indexul lui *HELKIMO* s-a dovedit cel mai eficient, deoarece el permite stabilirea unui diagnostic complet și complex al disfuncției craniomandibulare, oferind totodată posibilitatea evaluării stadiului sindromului, necesar individualizării actului terapeutic.

Bibliografie

1. Ageberg G., Carlsson G. E.: Acta Odontol. Scand. (1972), 30, 597;
2. Ageberg G., Carlsson G. E.: Acta Odontol. Scand. (1973), 31, 335;
3. Agerberg G., Österberg T.: Sved. Dent. J. (1974), 47, 1;
4. Ageberg G., Carlsson G. E.: J. Oral Rehabil. (1974), 1, 309;
5. Borsson B.: Measurement of health and health services use in the community: A review of methodology and studies of interviewer variability in a swedish health survey. Dissertation, University of Upsala, 1980;
6. Carlos I. P.: Intern.

- Dent. J. (1970), 20, 606; 7. Carraro J. J., Caffese R. G.: J. Prosthet. Dent. (1978), 40, 563; 8. Dawson P.: Les problemes de l'occlusion. Ed. J. Prelat, Paris, 1977; 9. DeBoever J. A.: Oral. Sci. Rev. (1973), 2, 100; 10. Ene L., Bodnar V.: Stomatologia (București), (1977), XXIII, 3, 183; 11. Greene C. S., Lerman M. D., Satcher H. D., Laskin D. M.: J. Am. Dent. Assoc. (1969), 79, 1168; 12. Gross A., Gale A. N.: J. Am. Dent. Assoc. (1983), 107, 6, 932; 13. Guichet N. F.: J. Prosthet. Dent. (1977), 37, 6, 648; 14. Hansson T., Nilner M.: J. Oral Rehabil. (1975), 2, 313; 15. Helkimo M.: Swed. Dent. J. (1974), 67, 101; 16. Helkimo M.: Swed. Dent. J. (1974), 67, 165; 17. Helkimo M.: Acta Odontol. Scand. (1974), 32, 255; 18. Helkimo M.: Proc. Finn. Dent. Soc. (1974), 70, 255; 19. Ieremia L., Dragoman P., Maftei I., Soós Elisabeta: Revista medicală (1981), XXVII, 1, 16; 20. Ingervall B., Hedegard B.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1974), 2, 3, 149; 21. Kopp S.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1976), 4, 205; 22. Lejoyeux J.: Restauration prothetique amovible de l'edentation partielle. Ed. Maloine, Paris, 1973; 23. Molin C., Carlsson C. E., Friling B., Hedgard B.: J. Oral Rehabil. (1976), 3, 1, 9; 24. Norheim P. W., Heloe L. A.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1977), 5, 121; 25. Österberg T., Carlsson G. E.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1979), 7, 6, 315; 26. Posselt U.: J. Prosthet. Dent. (1971), 25, 432; 27. Ramfjord S. P.: J. Periodont. (1959), 30, 51; 28. Rieder C. E.: J. Prosthet. Dent. (1977), 38, 433; 29. Smith J. P.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1981), 9, 48; 30. Smith J. P.: Community Dent. Oral Epidemiol. (1981), 9, 236; 31. Solberg W. K., Woo M. W., Houston J. B.: J. Am. Dent. Assoc. (1979), 98, 1, 25; 32. Zarb G. A., Thompson G. W.: J. Prosthet. Dent. (1970), 24, 542.

