

اضطرابات المفصل الفكي الصدغي TemporoMandibular Disorders

أولاً : المقدمة:

إن صعوبة دراسة اضطرابات هذا المفصل تأتي من تعقيده التشريحي ومن تعداد العوامل التي تؤثر في أدائه لوظيفته حيث يختلف هذا المفصل عن بقية مفاصل الجسم الأخرى بكون تمفصله ثنائي الجانب وبكونه جزءاً من الجهاز الماضغ المكون من المفصل ذاته والأسنان والعضلات الماضغة. وحيث لا يتوقف أداء المفصل لوظيفته في جانب واحد على سلامة بناء هذا الجانب، وإنما يتوقف أيضاً على سلامة الجانب الثاني وبنائه ووظيفته.

ويقع مركز النمو في عنق اللقمة واضطراب هذا المركز قبل تمام النمو يحدث تغيرات كبيرة في نمو الوجه، وإن كثيراً من إصابات المفصل وآلامه قد تعود إلى العضلات أو الأربطة أو الأسنان.

وتتداخل عوامل متعددة في إحداث الإصابات المفصالية، فالبعض يعزوها إلى أسباب رضية أو أسباب نفسية أو أسباب أخرى، ويمكن أن تجتمع الأسباب معاً وتتأزر مسببة الاضطراب المفصلي.

ثانياً : فحص المفصل الفكي الصدغي:

1- القصة المرضية:

لا تتغير طريقة أخذ القصة المرضية ولكن تفسير المعلومات هو الذي تغير . ويجب التقصي عن المعلومات الخاصة بالمريض مثل القصة الطبية العامة والقصة السنية العامة والمعلومات الحالية الاجتماعية والنفسية والأعراض والعلامات.....

2- الفحص السريري:

1. فحص المفصل الصدغي
2. فحص العضلات
3. تقييم الحالة النفسية
4. فحص الإطباق

فحص المفصل الصدغي:

- أ- جس المفصل الفكي
- ب- فحص النسج خلف القرصية
- ت- فحص انضغاطية المفصل
- ث- فحص مدى الحركة
- ج- تحري الانحراف عن الخط الأوسط

جس المفصل الفكّي الصدغي :

يتم جسّه بطريقتين :

أولاً" من خارج الأذن: يتم وضع الإصبع على القطب الوحشي للكمة الفك السفلي ويطبق ضغطاً بسيطاً" بوضع السبابة أمام قمحة الأذن ونطلب من المريض فتح فمه وإغلاقه، عندها يمكن الشعور بالفرقة المفصليّة وحركة اللقمة.

ثانياً" من داخل الأذن: يتم جس الحافة الخلفية للكمة وذلك بوضع الإصبع داخل مجرى السمع ونطلب من المريض فتح وإغلاق الفم وقد يؤدي أحياناً" إلى حدوث طقة بسبب ضغط الإصبع فتفسر بشكل خاطئ.

ويفضل جس المفصل الفكّي بشكل ثنائي الجانب للمقارنة وعند جس المفصل نقوم بتحري الأمور التالية:

حركة المفصل ، الفرقة المفصليّة . حيث أنه في الحالات الطبيعيّة يكون جس المفصل غير مؤلم سواء عند الفتح والإغلاق . كما أن الحركة الطبيعيّة للمفصل لا تترافق مع الألم ولا مع الأصوات المفصليّة ولا يحدث انحراف الفك السفلي.

والمهم في هذا الفحص هو تحري الأصوات المفصليّة والتي تقسم إلى طقة وخشة .

فحص النسيج خلف القرصية :

يتم بطريقتين:

أولاً" في وضعيّة الإغلاق: يتم دفع الفك السفلي نحو الخلف أو الخلف والأعلى ويكون الفك السفلي بوضعية الراحة وتكون هذه الحركة غير مؤلمة في الحالات الطبيعيّة بينما في حالة وجود إصابة في النسيج خلف القرصية مثل الانضغاط أو الوذمة فإن الدفع الخلفي للفك السفلي يؤدي إلى إثارة الألم في المفصل المصاب.

ثانياً" في وضعيّة الفتح: نطلب من المريض فتح الفم فتحة قصوى ونضع السبابة إلى الأمام من قمحة الأذن وخلف اللقمة، ونقوم بالضغط ففي حالة إصابة النسيج خلف القرصية نلاحظ حدوث ألم عند الضغط على هذه المنطقة

فحص انضغاطية المفصل:

في الحالات الطبيعيّة يكون المفصل قابل للضغط بمقدار 0,5 مم

سريريا" يتم الفحص كما يلي : نضع شريطاً "حريريا" بسماكة 8 ميكرون في الطرف المراد فحصه بينما نضع شريطاً "معدنياً" بسماكة 0,5 مم في الطرف المعاكس ونطلب من المريض العض بقوة للإمساك بهذين الشريطين ففي حالة قدرة المريض على الإمساك بالشريط الحريري، فهذا يدل على سلامة المفصل الفكّي في تلك الجهة، أما في حالة عدم قدرة المريض على الإمساك بالشريط الحريري فهذا يدل على نقص مرونة المفصل الفكّي.

فحص مدى الحركة:

الحدود الطبيعية لفتحة الفم تتراوح بين (40-60 مم) وتبلغ الحدود الطبيعية للحركات الجانبية (8-12 مم) يتم قياس الأولى بين القواطع العلوية والسفلية بعد الفتح، ويتم قياس الثانية بإسقاط الخط المتوسط السني العلوي على الفك السفلي وبعد تحريك الفك السفلي والخط المتوسط السني العلوي .

تحري الانحراف عن الخط الأوسط:

يتم تحري الانحراف عن الخط الأوسط في 1- الحركة الأمامية ، 2- حركة الفتح

وهذا الانحراف إما أن يكون مستمرا" لا يعود للخط المتوسط وهو يدل على انزياح قرص لا ردود أو التصاق أو تشنج عضلة جناحية وحشية أو تشنج عضلة ماضغة في الجانب الموافق أو أن انحراف في مرحلة من الفتح يعود الفك بعدها للخط الأوسط وهو يدل على انزياح قرص مفصلي ردود.

فحص العضلات الماضغة:

هناك تقنيتان أساسيتان في فحص العضلات:

أولاً" جس العضلات الماضغة:

يكون الجس ثنائي الجانب للمقارنة بين درجة الحساسية والألم عند جس العضلات المتناظرة في الجانبين. يكون جس العضلات غير مؤلم في الحالات الطبيعية ، أما في حال وجود تعب أو تشنج فيها فإنها تبدي استجابة أليمة للضغط تتناسب شدتها مع التشنج العضلي.

أ- العضلة الصدغية: (Temporalis) يتم جس الألياف الأمامية والمتوسطة والخلفية وذلك بشكل ثنائي الجانب

ب- العضلة الماضغة: (Master) يتم جس الحافة العلوية للعضلة الماضغة عند ارتكازها على القوس الوجنية ، وكذلك الحافة السفلية للعضلة عند ارتكازها على زاوية الفك السفلي وذلك من خارج الفم كما يأتي جس البطن العميق للعضلة من داخل الفم والحافة الأمامية للعضلة التي تتوضع للأمام من الرأد من خلال مسك أو حصر العضلة الماضغة بين السبابة داخل الفم والإبهام خارج الفم.

ت- العضلة الجناحية الأنسية: (Medial Pterygoid) تتوضع إلى الأنسي من الرأد وتوازي العضلة الماضغة، ويتم جسها من داخل الفم بواسطة الضغط على منطقة الرأد إلى الخلف من مكان دخول حقنة تخدير الفك السفلي وغالبا" الضغط على هذه المنطقة يحرض منعكس الإقياء.

ث- العضلة الجناحية الوحشية: (Lateral Pterygoid) يتم جس البطن السفلي لهذه العضلة من خلال إدخال السبابة في دهليز الفم حتى الوصول إلى الحدة الفكية ثم الضغط نحو الأعلى والخلف من الحدة الفكية.

ج- العضلات الرقبية: (Cervical Muscles) في حالات تشنج الألم إلى الرقبة والكتف يتم جس العضلات التالية : القفوية والقفرائية وشبه المنحرفة .

ثانياً " فحص مقاومة العضلات :

يعطي فكرة عن مكان تواضع الألم العضلي :

- 1- مقاومة حركة الفتح: يضع الطبيب إحدى يديه تحت ذقن المريض والأخرى يثبت بها الرأس يطبق المريض قوة ثابتة على يده متوضعة تحت ذقن المريض، ويطلب منه فتح الفم ومقاومة هذه القوة وذلك لعدة دقائق ويشير المريض إلى مكان حدوث الألم وبهذه الطريقة يتم فحص البطن السفلي للعضلة الجناحية الوحشية .
- 2- مقاومة حركة الإغلاق: يطلب من المريض فتح الفم مقدار (30مم) ويضع الطبيب إصبعه على حد القاطع للأسنان الأمامية السفلية ويطبق ضغطاً " نحو الأسفل بينما يضع اليد الأخرى على جبهة المريض ويطلب من المريض محاولة الإغلاق لمقاومة الضغط على الفك السفلي الذي يطبقه الطبيب، وهذه الطريقة تفيد في فحص العضلات الرافعة أي الصدغية والماضغة والجناحية الأنسية.
- 3- مقاومة الحركة الجانبية: يضع الطبيب إحدى يديه على جانب الفك السفلي واليد الأخرى على المنطقة الصدغية في الجهة المعاكسة لتثبيت الرأس ويطلب من المريض تحريك الفك السفلي باتجاه يد الطبيب ومقاومة الضغط المعاكس، ويكرر هذا الفحص والحركات الجانبية اليمنى واليسرى وهذه الطريقة تفيد في فحص العضلة الجناحية الوحشية والأنسية في الاتجاه المعاكس لجهة حركة الفك السفلي.
- 4- مقاومة الحركة الأمامية: يضع المريض إحدى يديه على الحافة الأمامية لذقن المريض واليد الأخرى يثبت بها جبهة المريض، ويطلب منه تحريك الفك السفلي نحو الأمام ومقاومة الضغط المعاكس للحركة الأمامية، وتفيد هذه الطريقة في فحص العضلات الجناحية الوحشية بشكل ثنائي الجانب.
- 5- مقاومة الحركة التراجعية: يضع الطبيب السبابة خلف القواطع السفلية عندما يكون الفك السفلي بوضعية أمامية ويحاول الطبيب جر الفك السفلي نحو الأمام بينما يقوم المريض بمحاولة لإرجاع الفك السفلي نحو الخلف ، وهذه الطريقة تفيد لفحص الألياف (الأفقية) للعضلة الصدغية.

الفحص داخل الفموي - فحص الإطباق :

الفحص داخل الفموي

يتم فيه فحص النسيج الرخوة من خد ولسان وشفاه ولثة وغيرها حيث يدل وجود تقرحات رضية وبقع بيضاء على الصرير أحياناً". وننتقل بعدها إلى التقييم حول السني حيث نتحرى وجود جيوب وإصابات لثوية وحركة سنية ويمكن تقييم الامتصاص العظمي شعاعياً". ويتم تقييم الأسنان بتحري فقدانها (خصوصاً الخلفية المحددة للبعد العمودي) والإصابات السنية المختلفة التي تتعلق بالإطباق (السحل) وكذلك العلاقة العمودية الفكية وانحناء القوس السنية والتعويضات والترميمات السنية.

كما تشير صحة المريض الفموية والسنية إلى بعض العادات الفموية كالمضغ أحادي الجانب في حال وجود رواشب قلبية في الجانب الآخر أو نخور سنية غير معالجة ، كما أن تطاول الأرحاء الثالثة وبعض الأسنان التي تكون بدون مقابل تؤثر على مستوى الإطباق ، وكذلك بعض الفعاليات الأخرى كالبلع الطفلي ونموذج المضغ غير الوظيفي وبعض العادات غير الوظيفية كعض الشفة وقضم الأظافر وكز الأسنان . وغيرها قد تكون عوامل مساهمة في الإصابة بأفة مفصلية فكية صدغية .

الفحص الإطباق:

- 1- يتم تحديد نموذج الإطباق في الاتجاهات الفراغية الثلاثة (علاقات إطباقية ساكنة) في المستوى السهمي والجبهوي والأفقي .
- 2- تدرس العلاقات الإطباقية الوظيفية:
 - الإطباق المركزي
 - العلاقة المركزية
 - فحص الحركات الجانبية
 - فحص الحركة الأمامية

ثالثاً: أعراض وعلامات الاضطرابات الفكية الصدغية:

- 1- صرير الأسنان (مركزي : الكز اللامركزي – السحل)
- 2- ألم رباطي في الأسنان
- 3- حركة الأسنان بسبب آفات الأنسجة الداعمة الناتجة عن الرض الإطباق
- 4- سحل شديد في الأسنان والبزوغ المنفصل وبالتال نقصان كمية الأنسجة الداعمة
- 5- ارتياح عند الكز أو العض على الأسنان والذي يترافق مع توسع رباطي والتهاب لثة بسيط
- 6- ألم عند العض على الأسنان والذي يترافق مع التهاب الرباط
- 7- الشعور بتغير في إطباق الأسنان أي العضة
- 8- عدم الارتياح عند المضغ كالتعب والألم وصعوبة المضغ وعدم الفاعلية المضغية
- 9- مضغ وحيد الجانب يكون غالباً في نفس جهة الإصابة لتجنب الفرقة أو الألم العضلي
- 10- عض الخد أو اللسان أثناء المضغ
- 11- حدوث ألم أو تعب عند الكلام أو الضحك أو التثاؤب
- 12- تحدد في الحركات الجانبية والأمامية للفك السفلي
- 13- تحدد فتحة الفم
- 14- ألم عند الفتح
- 15- انحراف الفك السفلي عند الفتح
- 16- صعوبة إغلاق الفم بعد الفتح الواسع

وهناك أعراض أخرى في حالة إصابة المفصل الفكي الصدغي:

- 1- ألم مفصلي
- 2- أصوات مفصلية كالفرقة والخشخشة
- 3- تحديد حركة المفصل
- 4- حركة واسعة في المفصل
- 5- تشنج العضلات الماضغة والرقبية
- 6- ألم وجهي عضلي مزمن منتشر في الخد والعين والجبهة والمفصل والأذن
- 7- ألم منتشر للرقبة والكتف واليد وأعلى الظهر
- 8- خدر أو تنميل في الوجه وأحيانا في اليد
- 9- عسر البلع
- 10- عدم تناظر في الوجه بسبب ضخامة العضلة الماضغة في جهة واحدة
- 11- أعراض أذنية كالآلم والطنين وحس انسداد ونقص سمع

رابعاً : العوامل المسببة

- 1- الرض المباشر على الفكين
- 2- الاضطرابات التطورية
- 3- الأمراض التنكسية
- 4- الأمراض المناعية الذاتية
- 5- الاضطرابات الوظيفية والسلوكية
- 6- الاضطرابات في العلاقة بين الفكين واضطرابات الإطباق
- 7- عوامل تشريحية مؤهبة
- 8- عوامل مجهولة

خامساً : اضطرابات المفصل الفكي الصدغي :

الألم العضلي الوجهي :

هو أكثر الأسباب شيوعاً لمراجعة طبيب الأسنان ويكون سببه عضلياً ناتجاً عن فرط فعالية هذه العضلات وحدوث التشنج وغالباً ما ينتج عنه بعض العادات كالكز على الأسنان في النهار أو الصرير الليلي أو كليهما، يمكن أن يحدث الألم العضلي الوجهي نتيجة مشاكل في المفصل ذاته (انزياح القرص ، أمراض المفصل التنكسية)

الأعراض :

- ألم أمام الأذن يمكن أن يشمل العضلة الصدغية
- كما أن المريض يشكو من نقص في فتحة الفم خاصة أثناء المضغ
- ألم رأسي ثنائي الجانب في منطقة الصدغ
- يزداد الألم في فترات التوتر
- جس المفصل غير مؤلم

- لا يوجد أصوات مفصلية
- يكون هذا الألم أشد نهاراً (صباحاً) عند مرضى الصرير

أمراض المفصل التنكسية Osteoarthritis :

وقد يسمى التهاب المفصل العظمي أو التهاب المفصل التنكسي . وتكون أسبابه إما أساسية أو ثانوية .

أساسية : غالباً غير معروفة ، ويعتقد بدور العوامل الوراثية، غالباً غير عرضي يشاهد في الأعمار فوق (50) سنة.

ثانوية: يحدث بسبب الرض ، سوء التكون الولادي ، مرض استقلابي

وتكون بشكل أساسي عبارة عن اضطراب في الغضروف المفصلي (غير معروف السبب غالباً) والعظم تحت الغضروف مع حدوث التهاب ثانوي في الغشاء الزليلي وهو مرض مفصلي موضع لا يملك مظاهر جهازية أو جسمية

قام البعض باقتراح آلية إمراضية:

يبدأ المرض بتحميل زائد للمفصل مما يؤدي لحدوث تمزق وتشقق في القرص المفصلي يتبعه حدوث تصلب في العظم تحت الغضروف ومن ثم تنكس في العظم. ويبقى النسيج الليفي المغطي للعظم سليماً مما يساعد على إعادة التشكل والشفاء

الأعراض :

- الألم في حالة التهاب المفصل والانصبابات
- تغيرات تنكسية شعاعية
- ألم ثنائي الجانب فوق اللقمة
- تحدد حركة الفك
- خشخشة
- الشعور ببيوسة بعد فترات الراحة

وبالفحص سريريا : نلاحظ ألم على الجس وخشخشة وانحراف الفك على الجهة المصابة

شعاعياً: تضيق المسافة المفصلية أو تكون غير منتظمة ، حدوث تسطح في اللقمة

العلاج: تكون المعالجة محافظة لمدة ستة أشهر حتى السنة مع إعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية – غذاء طري – جبائر اطباقية

- في حالات الألم العضلي الوجهي واضطرابات القرص الغضروفي يتم حقن الستيروئيدات في المفصل

- وفي حال وجود تغيرات عظمية كبيرة نلجأ للمعالجة الجراحية كالتالي: إجراء تقويم المفصل بإزالة النسيج العظمية المؤوفة ، ويمكن حالياً استخدام مفاصل صناعية لمعالجة أمراض المفصل التنكسية الشديدة أو المتقدمة.

التهاب المفصل الرثواني: (Rheumatoid Arthritis)

يحدث بنسبة 40-80% من بين حالات اضطراب المفصل الفكي الصدغي

يبدأ المرض بالتهاب وعائي في الغشاء الزليلي يتطور إلى التهاب مزمن يتميز برشاحة خلوية كثيفة وتشكيل تال لنسيج حبيبي ، ثم تنتشر الخلايا المرتشحة ضمن السطوح المفصالية وتسبب تنكسا في العظم .

الأعراض :

- الإصابة ثنائية الجانب
- تحدد فتحة الفم
- ألم مفصلي محدد (في بداية التهاب)
- ييوسة صباحية
- انتباج فوق المفصل
- أصوات مفصالية
- ألم عند الجس
- نادرا ما يحدث التصاق

شعاعيا" : تضيق المسافة المفصالية – تنكس في اللقمة – تحدد حركة اللقمة

العلاج:

- إعطاء مضادات التهاب غير الستيروئيدية
- الطعام الرخو في الحالات الحادة
- لا يتم تثبيت الفك خوفاً من حدوث التصاق ليفي
- أجهزة رفع عضلة ملساء
- علاج فيزيائي تدريبي لتحريك الفك السفلي بعد زوال الأعراض الحادة
- يمكن أن نحقق الستيروئيدات في الحالات الحادة
- في عدم الشفاء نلجأ للمعالجة الجراحية واستخدام المفاصل الصناعية

التهاب المفصل الصدفي (Psoriatic Arthritis):

عبارة عن التهاب مفاصل عديدة تنكسية مع وجود صدف جلدي يسبق التهاب المفاصل بعدة سنوات زناً لاحظ وجود تشقق في الأظافر عند (85%) من المرض ويعتبر هذا الالتهاب نادر الحدوث .

الأعراض :

- أحادي الجانب
- تحدد الحركة
- انحراف الفك للجانب المصاب
- ألم عند الجس فوق المفصل المصاب

شعاعيا" : تنكس في اللقمة وحفيرة الفك السفلي

العلاج:

- معالجة فيزيائية
- مضادات الالتهاب الغير ستيروئيدية لتدبير الالتهاب والألم
- نعطى الأدوية الداعمة للمناعة
- في حال وجود تنكس شديد نلجأ للمعالجة الجراحية

التهاب المفصل الخمجي :

يحدث عادة مع وجود مرض مفصلي سابق مثل الداء الرئوي . أو مرض عام مثل السكري أو المرضى الذين يأخذون كابيتات المناعة وعند المرضى الذين يتلقون معالجة طويلة بالستيروئيدات . يمكن أن يكون إنتانيا" منتقلا" عن طريق الدم أو غنتانا" من مكان مجاور (أذن وسطي – أرحاء الفك العلوي – الغدة النكفية) وأكثر الجراثيم وجودا" في هذه الانتانات (المكورات البنية المنتقلة عبر الدم والمكورات العقدية في حال وجود التهاب مفصل سابق)

الأعراض :

- انحراف الفك للجهة المصابة
- ألم شديد عند الحركة
- عدم القدرة على الاطباق على الأسنان
- احمرار وتورم
- ارتكاس العقد اللمفاوية الرقبية
- عدم التناظر الوجهي

التشخيص عادة يكون بإجراء الزرع

المضاعفات : التهاب عظم ونقي في العظم الصدغي – خراجات دماغ – الالتصاق

مصادر الانتان : الأذن الوسطى – الأسنان – انتقال دموي للسيلان البني (نيسيريا)

العلاج : الفتحة الجراحي – العسل – وصف الصادات لمد (4-6) أسابيع

سادسا" : الإصابات الرضية والتطورية :

- الاضطرابات التطورية.
- الرضوض
- الالتصاق

الاضطرابات التطورية:

- تعتبر الانتانات والرضوض (العوامل الموضعية) عاملا" مساعدا" على اضطرابات النمو في اللقمة.
- فرط التكون الحقيقي في اللقمة يحدث عادة" بعد البلوغ ويكتمل بين عمر (18-25) سنة حيث يرافقها : تحدد فتحة الفم- انحراف الفك السفلي باتجاه الجانب غير المصاب ويمكن أن نلاحظ وجود عدم تناظر وجهي ويمكن أن يحدث أحيانا" الألم عند فتح الفم في حالات تضخم اللقمة.
- والاضطرابات الوجهية (عدم التناظر) المرافقة لتضخم اللقمة تعود إلى كون الشعبة الصاعدة في الجانب المصاب محدبة الشكل وفي الجانب المقابل تكون مقعرة. في حال اكتشاف تضخم اللقمة في مرحلة مبكرة يمكننا تجنب حدوث عدم التناظر الوجهي.
- وكذلك فإن نقص تكون اللقمة يصاحبه اضطراب وجهي وفي هذه الحالة يمكننا استخدام طعوم عظمية.
- في حالات نقص تكون اللقمة ، تكون الشعبة الصاعدة قصيرة وعريضة وكذلك جسم الفك يكون قصيرا" في الجانب المصاب ، بينما يكون جسم الفك طويلا" والوجه مسطحا" في القسم السليم.

الرضوض:

- الكسور تنتج عنها كسور في رأس اللقمة أو عنقها غالبا" وذلك عند الرضوض على الذقن.
- سريريا": الأعراض تكون على شكل ألم ووذمة في منطقة المفصل وتحدد فتحة الفم وانحراف الفك السفلي إلى الجهة المصابة عند الفتح. في حال حدوث كسر ثنائي الجانب في اللقمتين ينتج لدى المريض عضة مفتوحة.
- و يشخص الكسر بالفحص الشعاعي عادة"
- بالنسبة لكسور رأس اللقمة داخل المحفظة غير المتبدلة لا تعالج جراحيا".
- ويجب القيام بتحريك الفك السفلي بشكل مبكر بعد الكسر يقي من حدوث الالتصاق.
- في الكسور المتبدلة تنحرف اللقمة المكسورة نحو الأمام والأنسي ضمن المنطقة تحت الصدغية وذلك بسبب الجر الأمامي الذي تحدثه العضلة الجناحية الوحشية وهذا ما يسبب صعوبة في رد الكسر .
- الفحص السريري بكسور اللقمة: فحص الإطباق بالعلاقة المركزية – إمكانية إجراء الحركات الجانبية والأمامية – جس اللقمة أمام مجرى السمع الظاهر.

خلوع المفصل الفكي الصدغي: (الخلع وتحت الخلع)

إن فتحة الفم الطبيعية تتراوح بين (40-60مم) حيث ينزلق المركب القرصي اللقيمي على الحافة الخلفية للحدبة المفصالية ليصل إلى ذروة الحدبة المفصالية إلى الأمام قليلاً" منها عند نهاية الفتح.

وفي حالات الخلع تحدث زيادة في حركة المركب القرصي – اللقيمي عند نهاية الفتح.

أسباب الخلع :

- وجود حدبة مفصالية مسطحة ذات منحدر خلفي قصير إضافة إلى ارتخاء المحفظة والأربطة المفصالية .
- عدم الانسجام في وظيفة العضلات الماضغة يلعب دوراً" في حدوث الخلع المفصالية.

تحت الخلع (فرط الحركة) :

نلاحظ وجود تجويف مفصلي صغير أو ضحل وحدبة مفصالية ذات منحدر خلفي قصير بينما يكون المنحدر الأمامي للqqمة طويلاً" ومسطحاً" . وكذلك يحدث في حالات ارتخاء أربطة المحفظة المفصالية مما يؤدي إلى انزلاق اللقمة إلى خارج التجويف المفصلي ويحدث حركة دورانية للقرص ليصبح إلى الخلف من اللقمة عند نهاية الفتح.

سريريا": يشعر المريض بخروج المفصل من مكانه عند كل فتحة فم واسعة وصعوبة في إغلاق الفم. وقد يترافق ذلك مع فرقة مفصالية عند الإغلاق.

وبالمراقبة نلاحظ تشكل انخفاض أو تجويف صغير أمام الأذن تحت الجلد عند فتح الفم ، وعند الإغلاق ينحرف الفك السفلي فجأة ثم يعود إلى الخط المتوسط .

- الحالة عادة غير مؤلمة (يمكن أن يكون الألم قليلاً)

الخلع الكامل:

- يحدث خروج اللقمة والقرص المفصلي من التجويف العنابي عند الفتح الواسع مع عدم القدرة على الإغلاق فيبقى الفم مفتوحاً" (حالة القفل المفتوح) .
- يتوضع القرص إلى الأمام من اللقمة في نهاية الفتح ويحدث انضغاط الرباط الخلفي للقرص بين اللقمة وذروة الحدبة المفصالية مما يمنع عودة القرص المفصلي إلى وضعه الطبيعي ويترافق ذلك مع الألم وتشنج العضلات الرافعة.
- يحدث الخلع الكامل العفوي بعد التثاؤب – معالجة سنية طويلة (لدى المرضى الذين يعانون تحت الخلع) – رض خارجي على المفصل أو الفك السفلي.

المعالجة :

يتم الرد عادة بدون تخدير إلا في حالة الألم والتشنج العضلي حيث أنه في هذه الحالة نعطي المريض ديازيبام وريدي . وبعد الرد نخفف حركة الفك السفلي ونعطي المريض الأسبرين

لمعالجة الالتهاب . حيث يتم الرد بوضع الإبهام على الأرحاء الخلفية في الجانبين وتطبيق ضغط نحو الأسفل على زاوية الفك السفلي لتحرير القرص واللزمة المفصليّة وعندها يلاحظ عودة إغلاق الفك . وهناك طريقة أخرى بأن نطلب من المريض زيادة فتحة الفم قدر الإمكان ويطلب الطبيب ضغطاً "خلفياً" خفيف على الذقن . وفي حالات الخلع المتكررة فإن الطبيب يرشد المريض إلى كيفية الرد الذاتي لخلع المفصل الفكي لديه.

في الحالات المتكررة الشديدة نلجأ للمعالجات التالية:

حقن محلّول مصلب في منطقة الحذبة المفصليّة ولكن هذه الطريقة تملك العديد من المساوئ وأهمها : إمكانية حدوث تليف وحدوث تحدد في حركة اللزمة.

المعالجة الجراحية بتطبيق طعوم عظمية في منطقة الحذبة المفصليّة أو إجراء قطع للعضلة الجناحية الوحشية أو تقصير وتر العضلة الصدغية أو إجراء طي لمحفظة المفصل.

3- الالتصاق :

- عبارة عن التحام رأس اللزمة مع العظم الصدغي ومن أهم أسبابه الرضوض على الذقن ثم يتلوها الانتانات
- الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالالتصاق بسبب عدم اكتمال نمو القرص والقدرة الكامنة لديهم لتشكيل العظم بسرعة.
- ويمكن أن ينجم الالتصاق عن تثبيت الفك السفلي لفترة طويلة بعد الكسور.

الأعراض:

- تحدد فتحة الفم
- انحراف الفك السفلي باتجاه الجانب المصاب عند الفتح
- عدم تناظر وجهي

أنماط الالتصاق:

الالتصاق داخل المحفظة: أو التحام المفصل وقد يصل بدرجة تعامد حركة الفك تماماً" ويحدث التحام اللزمة والقرص والحفرة المفصليّة نتيجة تشكل نسيج ليفية أو التحام عظمي.

الالتصاق خارج المحفظة: يحدث مع الناتئ المنقاري والعضلة الصدغية نلاحظ تضخم الناتئ المنقاري وتأذي منطقة القوس الوجنية والانتان حول العضلة الصدغية يسبب التصاق خارج المحفظة أيضاً" . وفي هذه الحالة من النادر حدوث إعاقة كاملة في عملية فتح الفم ويحدث تحدد في الحركات الجانبية والأمامية (التقديمية) وهذه الصفة تدل على عدم وجود التصاق داخل المحفظة.

في الصورة البانورامية نلاحظ تطاول الناتئ المنقاري وتكون الصورة الذقنية الرأسية مفيدة لتحديد وجود تعد أو اضطراب منتقل مع انكسار القوس الوجنية.

هناك تصنيف آخر:

الالتصاق الكاذب الليفي: ويحدث غالبا " عقب الانتانات السنية وانتشارها في المسافة الجناحية الفكية أو المسافة حول البلعومية أو المسافة الماضغة أو الصدغية وهذا يرافق الضرز.

الالتصاق الحقيقي العظمي: يحدث عقب الرض والالتهاب والانتان.

سابعا: انزياح القرص المفصلي :

ويسمى أيضا " اضطراب المركب القرصي – اللقمي.

في الحالات الطبيعية يكون هناك توازن بين قوة شد البطن العلوي للعضلة الجناحية الوحشية والرباط الخلفي للقرص المفصلي فيبقى القرص بحالة تمفصل طبيعي مع اللقمة (في الفتح والإغلاق) . أما عند حدوث خلل ما مثل زيادة تقلص البطن العلوي للجناحية الوحشية أو ارتداء الرباط الخلفي للقرص يؤدي ذلك إلى انزياح القرص المفصلي إلى الأمام والأنسي حسب اتجاه شد العضلة الجناحية الوحشية أو بسبب رض خارجي (حادث مثلا) أو قلع راض للأسنان.

أنواع الانزياح:

1- انزياح جزئي للقرص المفصلي:

وفيه يتمفصل القسم الأمامي من اللقمة مع الحافة الخلفية للقرص بدلا " من مركز القرص وذلك في وضعية الاطباق المركزي ويحدث ذلك بسبب وجود تمطط بسيط في الرباط الخلفي للقرص الذي يعيق عودة القرص للوضع الطبيعي عند الإغلاق ، والأعراض الملاحظة : حدوث الطقة غالبا " عند الفتح ويكون صوتها بسيطا " وتكون غير مؤلمة- المضغ ثنائي الجانب .

2- الانزياح الردود:

يسمى الانخلاع للقرص وفيه تتمفصل اللقمة مع الرباط الخلفي للقرص والذي يكون متمططا " بشكل زائد ويتوضع القرص المفصلي بكامله إلى الأمام والأنسي من اللقمة المفصلية في وضعية الاطباق المركزي. ويسمى هذا النوع بالردود لأن القرص يكون بحالة انزياح كامل عند الإغلاق وعند الفتح يعود إلى وضعه.

الأعراض :

- طقة مفصلية ثنائية الطور عند الفتح والإغلاق وصوتها واضح (قوي) ومزعج تترافق مع انحراف مفاجئ للفك السفلي ثم عودته للخط المتوسط عند الفتح – قد تترافق مع الشعور بالانزعاج أو الألم .
- المضغ أحادي الجانب على نفس جهة المفصل المصاب .

3- الانزياح غير الردود:

يحدث نتيجة أزمان حالات الانزياح الردود للقرص حيث يحدث مع الوقت زيادة في تمطط الرباط الخلفي فيفقد مرونته ويصبح غير قادر على شد القرص لوضعه الطبيعي فيبقى القرص متوضعا " بشكل كامل إلى الأمام من اللقمة عند الفتح والإغلاق مما يؤدي بشكل طبيعي ، وتسمى هذه الحالة القفل المقفل (المغلق)

الأعراض :

- غياب الطاقة بشكل مفاجئ وتظهر الخشخشة في الحالات المزمنة.
- تحدد حركة الفتح لتصبح أقل من 30 مم
- عند الفتح ينحرف الفك تدريجياً نحو جهة الإصابة دون العودة للخط المتوسط.
- تحدد الحركات الجانبية بالاتجاه المعاكس لجهة المفصل المصاب
- تحدد الحركة الأمامية
- ظهور الألم
- مضغ أحادي الجانب على نفس جهة المفصل المصاب
- في الحالان المزمنة تظهر التغيرات التتكسية في السطوح المفصالية (ظهور الخشخشة) .