مقاله پژوهشي

بررسی بالینی میزان شیوع اختلالات داخل کپسولی مفصل گیجگاهی فکی و عوامل ایجاد کننده آن در دو گروه جنسی در میان دانشجویان ۱۸ تا ۲۵ ساله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر مسعود فلاحی مطلق[۱]، دکتر فرهاد جمالی[۲]، دکتر علی حسنی افشار[۳]، دکتر لیلا دلخواه اکبري[٤]، دکتر زهرا حسن خواني[٥]، رضا پورعلي[٦]

تاریخ دریافت ۸۳/۰۹/۲۱، تاریخ پذیرش ۸۴/۰۱/۲۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: به عدم هماهنگي در عملکرد طبیعی دیسك مفصل گیجگاهي فكي نسبت به گلنوئید فوسا، اختلالات داخل كپسولي مفصل گیجگاهي فكي گفته مي‌شود. هدف از مطالعه حاضر، بررسي وجود اختلاف در میزان شیوع اختلالات داخل كپسولي و ارزیابي علت شناسي میان مردان و زنان بیمار مي‌باشد.

مواد و روش‌ها: با توجه به این كه ۴۵ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشكي ارومیه، پسر و ۵۵ درصد بقیه دختر هستند. از مجموع ۱۵۰ نفر دانشجو ۸۵ نفر دختر و ۶۵ نفر پسر به طور تصادفي مورد مطالعه قرار گرفت. دانشجویان معاینه و نتایج در پرسش‌نامه ثبت گردید. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در بررسي توزیع فراواني نسبي و مطلق افراد مورد مطالعه (به تفكیك جنس و وجود اختلال داخل كپسولي)، ۱۴ نفر (۲۱/۹%) از مردان و ۲۲ نفر (۲۵/۶%) از زنان مبتلا به بیماري بودند. با توجه به آزمون كاي‌اسكوائر ارتباط معني داري بین جنسیت و بیماري وجود ندارد.

بحث: در منابع خارجي میزان شیوع بیماري در زنان بیشتر از مردان درج گردیده است ولي در این مطالعه، اختلاف معني‌داري بین دو گروه جنسي مذكر و مؤنث یافت نگردید. شاید علت آن میزان بالاي تروما در مردان باشد.

گل واژگان: مفصل گیجگاهي فكي، دیسك مفصلي، اختلالات داخل كپسولي

مجله پزشكي ارومیه، سال شانزدهم، شماره اول، ص۲۱-۱۸، بهار ۱۳۸۴

آدرس مكاتبه: ارومیه، گروه گوش و حلق وبیني، بیمارستان امام خمیني(ره)، دانشگاه علوم پزشكي ارومیه

---

[۱] استادیار گروه گوش، حلق و بیني- دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي ارومیه (نویسنده مسئول)
[۲] استادیار گروه گوش، حلق و بیني- دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي ارومیه
[۳] استادیار گروه گوش، حلق و بیني- دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي ارومیه
[٤] پزشك عمومي
[٥] پزشك عمومي
[٦] مربي آمار، دانشكده بهداشت پیراپزشكي، دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي ارومیه

دکتر مسعود فلاحی‌مطلق، دکتر فرهاد جمالی، دکتر علي حسن افشار، دکتر ليلا دلخواه‌کبري، دکتر زهرا حسن‌خواني، رضا پورعلي

مقدمه

عدم هماهنگي در عملكرد طبيعي ديسك مفصل گيجگاهي فكي نسبت به حفره گلنوئيد، اختلالات داخل كپسولي مفصل گيجگاهي فكي گفته مي‌شود(۱). اين اختلال يكي از بيماری‌های نسبتاً شايع بعد از سنين بلوغ مي‌باشد و گاهي باعث از كار افتادگي فرد مي‌شود. شيوع آن در امريكا ۴۰% است(۲) و با وجود سابقه طولاني شناخت اين بيماري، هنوز اطلاعات كافی در باره اپيدميولوژي و اتيولوژي آن وجود ندارد(۲). اين بيماري به سه دسته تقسيم مي‌شود:

۱) جابجايي قدامي ديسك با بازگشت
۲) جابجايي قدامي ديسك با بازگشت مشكل
۳) جابجايي قدامي ديسك بدون بازگشت(۴، ۳)

جابجايي ديسك ممكن است ناگهاني و يا به تدريج صورت گيرد و علت آن مي‌تواند شكل بد ديسك، طويل شدن رباط‌ها طرفي ديسك و يا شلي باند خلفي ديسك باشد. اصلي ترين علت آن تروما است كه به دو دسته ماكروتروما و ميكروتروما تقسيم مي‌شود. شايع‌ترين عاملی كه موجب افزايش طول رباط‌های ديسكي مي‌گردد، تروما به فك پايين در حالت باز دهان است. ساير علت‌ها عبارتند از لوله‌گذاري در طي بيهوشي، جراحي دهان و درمان‌هاي طولاني مدت، خميازه، نواختن بعضي آلات موسيقي (مانند ويولون كه به فك تكيه داده مي‌شود). ميكروتروما عبارت است از وارد كردن نيروي اندك، به مدت طولاني و متناوب به ساختمان مفصل (مانند دندان قروچه و مال اكلوژن) در اين مطالعه سعي شده است عوامل ايجاد كننده اختلالات داخل كپسولي بررسي شده و وجود اختلاف در ميزان شيوع آن در هر دو جنس مذكر و مؤنث مورد ارزيابي قرار گيرد.

مواد و روش‌ها

اين بررسی يك مطالعه توصيفي- تحليلي است كه روي ۱۵۰ دانشجوي دختر و پسر ۱۸ تا ۲۵ ساله دانشگاه علوم پزشكي ارومیه انجام گرفته است. با توجه به اين كه ۴۵% دانشجويان اين دانشگاه پسر و ۵۵% دختر هستند، لذا از ۱۵۰ نمونه ۸۵ نفر دختر و ۶۵ نفر پسر به طور تصادفي مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. معيار وجود اختلالات داخل كپسولي وجود كليك، محدوديت باز كردن دهان، انحراف[1] و كجي[2] در نظر گرفته شد. افراد معاينه و اطلاعات در پرسش‌نامه درج گرديد. اطلاعات در Code sheet وارد شده و با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نتايج مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت.

نتايج

از مجموع ۱۵۰ نفر دانشجوي مورد مطالعه بدون در نظر گرفتن جنس ۳۶ نفر (۲۴ درصد) مبتلا به فاصله بين لبه دندان‌هاي ثنايا (I.D[3]) و ۱۱۴ نفر (۷۶ درصد) سالم بودند. در بررسي توزيع فراواني نسبي و مطلق افراد مورد مطالعه به تفكيك جنس و وجود I.D ۱۱۴ نفر (۲۱/۹%) از مردان و ۲۲ نفر (۲۵/۶%) زنان به بيماري مبتلا بودند. با توجه به آزمون كاي‌اسكوئر ($p>0,05$) رابطه معني‌دار بين جنسيت و بيماري وجود ندارد (نمودار۱). در بررسي توزيع فراواني نسبي و مطلق افراد مورد مطالعه، به تفكيك سابقه تروما بودند. با توجه به نتايج آزمون آماري ($p>0,01$) بين سابقه تروما و ابتلا به I.D، ۱۶ نفر (۱۴/۴%) از افراد مبتلا به بيماری و ۱۷ نفر (۱۴/۹%) از افراد غير بيمار دارای سابقه تروما بودند. با توجه به نتيجه آزمون آماری ($p>0,01$) بين سابقه تروما و ابتلا به I.D رابطه معني دار وجود دارد (نمودار۲). در بررسي توزيع فراواني و مطلق افراد مورد مطالعه به تفكيك درمان‌هاي اخير دندانپزشكي و وجود I.D مفصل گيجگاهي فكي[4] ۱۴ نفر (۳۸/۹%) از افراد مبتلا و ۳۴ نفر (۲۹/۸%) از افراد غيرمبتلا به بيماري داراي سابقه درمان‌هاي اخير دندانپزشكي بودند. با توجه به نتيجه آزمون آماري بين دو متغير رابطه معني دار وجود ندارد. در بررسي توزيع فراواني نسبي و مطلق افراد مورد مطالعه به تفكيك وجود آستري و I.D مفصل گيجگاهي ۲۰ نفر (۵۵/۶%) از افراد مبتلا و ۳۲ نفر (۲۸/۱%) از افراد غير بيمار عدم تقارن داشتند كه بين اين دو رابطه معني دار وجود دارد. در بررسي توزيع فراواني نسبي و مطلق افراد مبتلا به تفكيك وجود عادات پارافانكشال و I.D مفصل گيجگاهي فكي ۱۴ نفر (۳۸/۹%) از افراد مبتلا و ۱۵ نفر (۱۳/۲%) از افراد غير بيمار اين عادات را داشتند كه رابطه معني‌دار بين اين دو در آناليز آماري يافت گرديد. همچنين در بررسي توزيع فراواني مطلق و نسبي

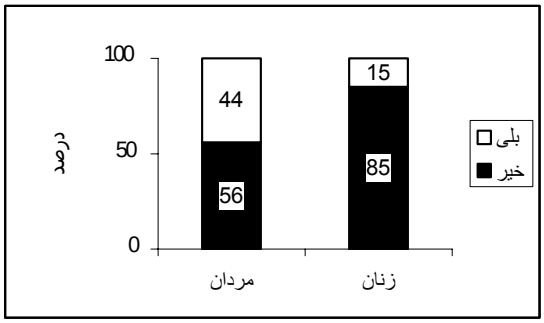
[1] Deviation
[2] Deflection
[3] Internal Derangement
[4] Temporal Maxillary Joint (TMJ)

افراد مورد مطالعه به تفكيك وجود سابقه بيماري روحي و رواني و I.D مفصل گيجگاهي فكي ۱۸ نفر (۵۰%) از افراد مبتلا و ۲۲ نفر (۱۹/۳%) از افراد غير بيمار سابقه بيماري روحي و رواني داشتند. با توجه به نتيجه آزمون آماري رابطه معني‌دار بين اين دو متغير وجود دارد (p>۰,۰۰۱).

بحث

اختلالات داخل كپسولي مفصل گيجگاهي فكي به عدم هماهنگي عملكرد طبيعي ديسك مفصل گيجگاهي فكي نسبت به كندیل و گلنوئيد فوسا گفته مي‌شود(۱). اين بيماري يك اختلال نسبتاً شايع مي‌باشد به طوري كه شيوع آن را در امريكا ۴۰% گزارش شده است. اين بيماري يك اختلال اوليه نبوده و اتيولوژي‌هاي متعدد آن را تحت تاثير قرار مي‌دهند. با اين وجود اطلاعات اندكي در مورد اين بيماري وجود دارد(۲). ميزان شيوع نسبي بيماري در جامعه هدف اين بررسي حدود ۲۴% مي‌باشد كه در مقايسه با ۴۰% شيوع در امريكا ميزان نسبتاً كمتري است. هر چند در تحقيقي كه ميچالو[1] و همكارانش در سال ۲۰۰۰ انجام داده‌اند نشان دادند كه فاكتورهاي ژنتيكي اين بيماري را تحت تاثير قرار نمي‌دهد و اثر فاكتورهاي محيطي را در ايجاد بيماري اندك هستند(۵) ولي شايد بتوان اظهار كرد كه عوامل محيطي و ژنتيكي در بروز اين بيماري مؤثر باشند. با وجودي كه به نظر مي‌رسد شيوع بيماري در دو گروه جنسي متفاوت نمي‌باشد شايد عوامل اتيولوژيك ديگر تاثير مهمتري در بروز بيماري داشته باشند كه در اين مورد نياز به تحقيقات بيشتري است. شايع‌ترين و مهم‌ترين اتيولوژي بيماري را تروما ذكر كرده‌اند. تروما مي‌تواند به صورت ماكروتروما و ميكروتروما باشد. تروما از طريق تغييراتي مانند افزايش طول ليگامان‌هاي ديسكي و شلي اتصالات خلفي ديسك باعث بيماري مي‌شود(۶). در اين بررسي عادات پارافانكشنال و درمان‌هاي اخير دندانپزشكي به عنوان زير مجموعه‌اي از ميكروتروما در نظر گرفته شده كه همراه با ماكروتروما شايع‌ترين عامل اتيولوژيك بيماري را تشكيل مي‌دهند. تراپكوا[2] و همكارانش طي يك بررسي در سال ۲۰۰۰ براي يافتن ارتباط عدم تقارن صورت و اختلالات داخل كپسولي مفصل گيجگاهي فكي در خانم‌هاي جوان كه از سفالومتري به عنوان تشخيص عدم تقارن صورت استفاده شده بود به اين نتيجه رسيدند كه بين عدم تقارن صورت و اين بيماري ارتباط وجود دارد(۷). در بررسي انجام شده حاضر، از معاينه فيزيكي جهت يافتن عدم قرينگي صورت استفاده گرديد و نتيجه آن شد كه عدم تقارن مي‌تواند به عنوان عامل ايجاد كننده بيماري مطرح باشد. از طرفي شايد بتوان ظهار كرد كه معاينه بالیني در مقايسه با يافته سفالومتري به عنوان يك روش تشخيصي كم هزينه در تشخيص عدم تقارن مؤثر باشد. يكي از مهمترين عواملي كه (همراه با بيماري) در بسياري از مقالات گزارش شده است همراهي اضطراب و افسردگي با اختلالات داخل كپسولي است. پايين بودن آستانه تحريك در اين افراد و نيز احتمال تروما (ماكروتروما كه در افراد مضطرب شايع است و ميكروتروما در افراد افسرده به فراواني ديده مي‌شود) اثبات كننده اين موضوع مي‌باشد(۹و۸). در بررسي حاضر، فراواني نسبي بيماري عصبي-رواني در افراد مبتلا به بيماري بالاتر از افراد سالم بود. سر درد نيز از جمله موارد همراه بيماري ذكر شده است(۱۰). طي بررسي اين مطالعه نيز همراهي سردرد در افراد مبتلا به بيماري بيشتر از افراد سالم مشاهده شد.

نمودار شماره ۱: نمودار ميله‌اي توزيع فراواني نسبي افراد مورد مطالعه به تفكيك جنسيت و وجود بيماري Internal Derangement T.M.J



نمودار شماره۲: نمودار ميله‌اي توزيع فراواني نسبي افراد مورد مطالعه به تفكيك سابقه تروما و وجود Internal Derangement T.M.J

[1] Michalow
[2] Trapkova

References:

1. Dolwick MF, Katzberg RW, Helms CA: internal derangement of the temporomandibular joint: fact or fiction? J Prostet Dent, 1983, 49: 415-418.
2. de Leeuw R, Boering G, Stegenga B, de Bont LG: TMJ articular disc position and configuration 30 years after initial diagnosis of internal derangement. J Oral Maxillofac Surg Mar, 1995, 53(3): 234-241.
3. Kaplan A: Natural history of internal derangement of the temporomandibular joint In: Thomas M, Bronestin S, editors: Arthroscopy of the temporomandibular joint. 3rd Ed, Philadelphia,WBsunders, 1991: 70-74.
4. Barkin S, Winberg S: internal derangement of the temporomandibular joint. J can Dent Assoc, 2000, 66: 199-203.
5. Pullinger AG, Hollender L, Solberg WK: A tomoghraphic study of mandibular condylar position in an asymptomatic population. J Prosthet Dent 1985: 53:706.
6. Defabianis P: Post-trumatic TMJ internal derangement: impact on facial growth. J Clin pediatr Dent, 2003, summer;27(4): 297-303.
7. Inui, F: Facial asymmetry in temporomandibu -lar joint disorders. J Oral Rehabilit: 26 (5): 402.
8. Ferrando M, Andreu Y, Galdon MJ, Dura E, Poveda R, Bagan JV: Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004, Aug, 98(2): 153-160.
9. Mamedov FM, Markov BP, Gorozhankina EA: Quality of life as the criterion of psychological status of patients with painful dysfunction of the temporomandibular joint. Stomatologiia (Mosk), 2004, 83(4): 65-67.
10. Balestra C, Germonpre P, Marroni A, Snoeck T: Scuba diving can induce stress of the temporomandibular joint leading to headache. Br J Sports Med, 2004, Feb; 38(1): 102.