



جَامِعَة  
الْمَنَارَة  
MANARA UNIVERSITY

---

اضطراب المفصل الفكي الصدغي

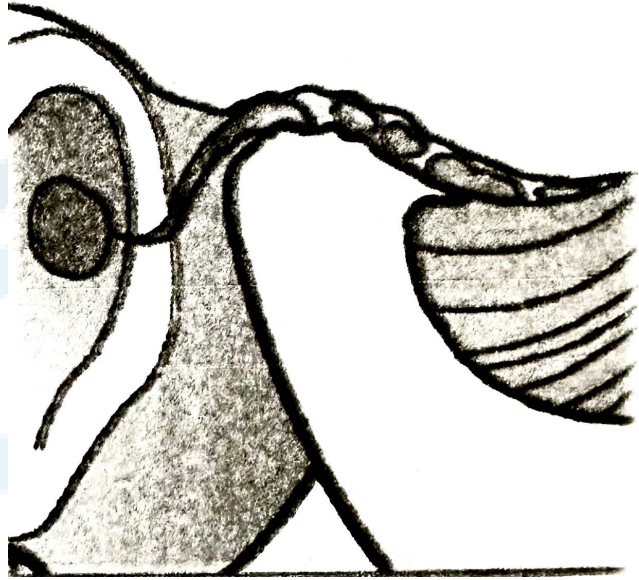
---



جَامِعَة  
الْمَنَارَة  
MANARA UNIVERSITY

## أولاً: الداء الاستحالي للمفصل الفكي الصدغي:

إصابة ذات طبيعة غير التهابية تصيب المفصل وتترافق بتخرب وتآكل النسيج الرخوة المفصالية وتغيرات استحالية تصيب الأجزاء العظمية المفصالية



(الصورة ١٢-١): تخرب وتآكل النسيج الرخوة المفصالية وتغيرات استحالية للأجزاء العظمية المفصالية

العامل الإمبراضي الأكثر أهمية: زيادة القوى والجهود الإطباقية المطبقة على المفصل بسبب (فقدان الأسنان الخلفية، فرط الوظيفة العضلية الصرير، المضغ أحادي الجانب).

الأعراض:

ألم - انحراف وظيفي للمفصل - تحدد حركات المفصل - الفرقة المفصالية (خاصة عند فتح الفم).

المعالجة:

\* المبدأ الأساسي تخفيف شدة القوى الزائدة المطبقة على المفصل.

\* معالجة الصرير

\* إزالة التداخلات الإطباقية

\* المسكنات

\* الجبائر الإطباقية occlusal splints

\* التعويض عن الأسنان الخلفية

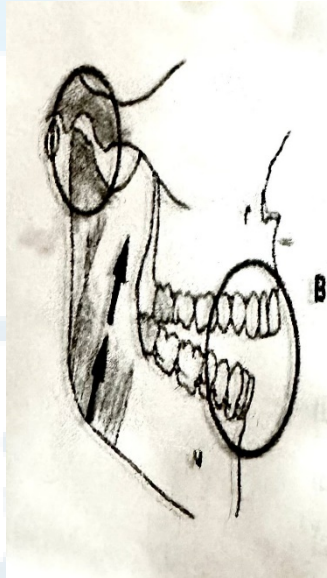
\* الكمادات الرطبة الحارة على المفصل والعضلات الماضغة.

\* المعالجة الجراحية (الحالات المزمنة المستعصية).

ثانياً: التهاب المفصل الفكي الصدغي الرثوي:

مرض جهازي يصيب النسيج الرخوة المفصليّة، يترافق مع تخرب تدريجي للنسج الغضروفية والعظمية وباقي النسيج المفصليّة كما تصاب العضلات المجاورة للمفصل.

لا تزال غير معروفة بدقة، لكن الدلائل السريرية تشير الى تدخل الآليات المناعية بشكل واضح، إضافة على عوامل: الوراثة - التوتر النفسي - القلق والاكتئاب



(الصورة ١٢-٢): يوضح ما يفعله التهاب المفصل الرثوي من تآكل العناصر المفصليّة وتشكل عضة مفتوحة في المراحل المتقدمة.

الاعراض والعلامات:

ألم - تحدد حركة المفصل - انتباج وتورم منطقة المفصل - الأصوات المفصليّة في المراحل المتقدمة.  
مع تطور المرض يتأثر التوازن الإطباقى ولاحقاً قد تتطور عضلة مفتوحة امامية ناتجة عن التخرب ثنائي الجانب للقمّة وهو يحدث بشكل متأخر في سياق الالتهاب المفصلي الرثوي، وعلاجها يكون تقويبي لكن بعد التأكد من السيطرة التامة على الاصابة الرثوية العامة في الجسم.

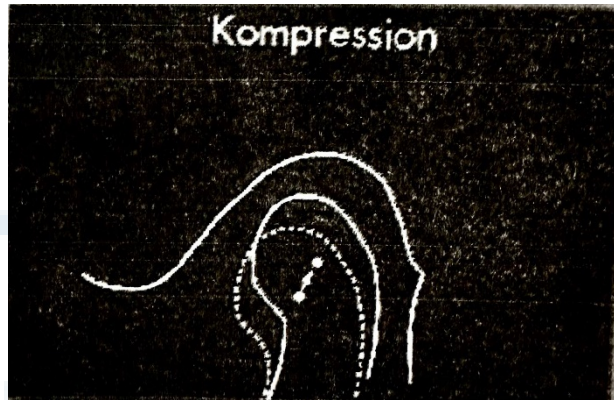
المعالجة:

العناية الأولية تقع على عاتق الطبيب العام المختص بالأمراض الرثوية، اما طبيب الأسنان فيؤدي دوراً هاماً في معالجة الاعراض الموضعية باستخدام المعالجة الفيزيائية، ازالة الشذوذات الإطباقية الوظيفية والتدخلات المؤدية لعدم استقرار الإطباق.

ثالثاً: انضغاط المفصل الفكي:

A. الانضغاط العلوي (المركزي)

تكون اللقمة في وضع علوي زائد ضمن التجويف المفصلي



(الصورة ١٢-٣): يوضح الانضغاط العلوي او المركزي

وهذه الحالة تشاهد:

- ١- في حالات الانزياح الامامي للقرص.
- ٢- في حالات نقص البعد العمودي
- ٣- كما تشاهد في حالات التشنج العضلي الشديد للعضلات الماضغة المترافقة مع صرير الاسنان المزمن.

**B. الانضغاط الخلفي:**

وهو الاكثر شيوعاً ويتناسب مع اطباق صنف ثاني نموذج لانه في هذه الحالة الثنايا العلوية تجبر السفلية على الرجوع للخلف ليحصل الاطباق مما يؤدي لانضغاط المفصل للخلف و عند تحرير الثنايا تزول المشكلة و في هذه الحالة يكون هناك تشنج دائم بالعضلات المرجعة للفك و هي ذات الطنين و الصدغية.



(الصورة ١٢-٤): يوضح الانضغاط الخلفي

**C. الانضغاط الأنسي:**

فغالبا ما ينتج عن العضة المعكوسة أحادية الجانب وهي تسبب انزياح فكي

رابعاً: الانزياح الأمامي للقرص المفصلي:

هو اضطراب للعلاقة المتناغمة بين القرص واللقمة سواء في وضعية العلاقة المركزية ام خلال الاوضاع اللامركزية للفك السفلي، وتتميز بحدوث حركة للقمة الفكية نحو الخلف بالنسبة للجزء الخلفي من القرص المفصلي او انزياح القرص نحو الامام من وضعه الطبيعي بالنسبة للقمة الفكية.

الالية المرضية:

حتى يحدث الانزياح الامامي للقرص المفصلي يتوجب على الرأس العلوي للعضلة الجناحية الوحشية التغلب على ما يلي:

• القوة الخلفية المطبقة على القرص من قبا الالياف القرصية الصدغية المرنة.

• الألياف القرصية اللقمية وهي الياف غير مرنة ذات بنية كولاجينية.

• الأربطة القرصية اللقمية الانسية والوحشية و هي اربطة ليفية متنة.

الاسباب المؤدية للانزياح الامامي للقرص:

١- رضوض دقيقة على المفصل الفكي الصدغي والعضلات الماضغة ترتبط غالباً بالتدخلات الاطباقية

٢- الصرير السني يمكن ان يؤدي الى فرط تشنج في العضلات الماضغة وبشكل خاص على مستوى العضلة الجناحية الوحشية

٣- جميع العوامل المؤدية لحركة خلفية قسرية للفك السفلي مثل:

\* الشكل غير الوظيفي للسطح الحنكي للأسنان الامامية العلوية والسفلية.

\* الميلان المحوري غير الملائم للأسنان الامامية العلوية والسفلية.

\* العضة العميقة وانخفاض البعد العمودي.

\* عدم تأمين نقاط استناد مركزية على الأسنان الأمامية.

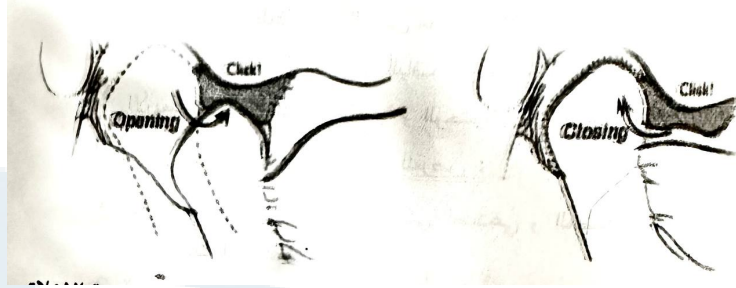
\* فقدان الدعم الخلفي اي قلع عدة أسنان خلفية وعدم التعويض عنها.

A- الانزياح الجزئي الردود:

\* في هذه الحالة تتمفصل اللقمة مع الحافة الخلفية للقرص بدلاً من مركز القرص وذلك في وضعية الاغلاق والسبب وجود تمطط بسيط في الرباط الخلفي للقرص مترافق مع تشنج (تقلص زائد) في البطن العلوي للجناحية الوحشية.

\* تحدث الفرقة اثناء الحركة الانزلاقية لللقمة عند الفتح حيث تتحرك اللقمة من القسم الخلفي للقرص الى مركز القرص فتعطي صوت فرقة (طقة) بسيطة وذلك عند بداية فتح الفم، ثم ينباع المركب القرصي اللقي حركته بشكل طبيعي حتى نهاية الفتح.

\* وعند الإغلاق تعود اللقمة للتمفصل مع القسم الخلفي من القرص بدءاً من مركز القرص وذاك في المراحل الاخيرة من الاغلاق.



(الصورة ١٢-٥): يوضح وضع القرص الامامي بالنسبة للقمة عند وضعية الاغلاق و تمفصله مع اللقمة في وضعية الفتح.

#### B- الانزياح الكامل الردود:

\* يحدث تمطط كبير للرباط الخلفي للقرص حيث يتوضع القرص بأكمله الى الامام والانسي من اللقمة وذلك في وضعية الإغلاق وبالتالي تتمفصل اللقمة مع الرباط الخلفي للقرص (النسج خلف القرصية الرخوة).

\* في معظم حالات انزياح القرص المفصلي تكون جهة انزياح القرص نحو الامام والانسي بسبب شد الجناحية الوحشية نحو الانسي والاربطة الخلفية ايضاً.

#### C- الانزياح غير الردود الحاد:

\* في بعض الحالات يتطور الانزياح الردود الى انزياح غير ردود للقرص المفصلي حيث يفقد الرباط الخلفي مرونته ويصبح فير قادراً على شد القرص نحو الخلف فيبقى الى الامام والانسي من اللقمة المفصلية عند الفتح والإغلاق مما يسبب اعاقا لحركة اللقمة عند الفتح وتسمى عندئذ هذه الحالة بالقفل المغلق closed lock اي انحصار اللقمة المفصلية وعدم القدرة على الفتح



(الصورة ١٢-٦): الانزياح القرصي غير الردود الحاد يسمى بالقفل المغلق closed lock اي انحصار اللقمة المفصلية وعدم القدرة على الفتح.



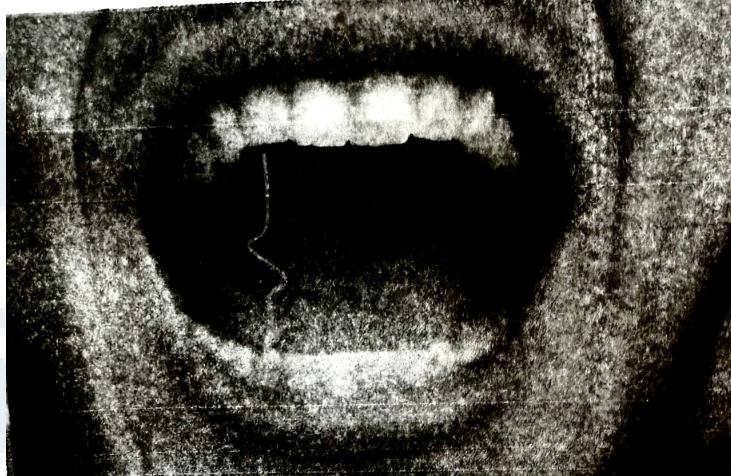
#### D-الانزياح غير الردود المزمّن للقرص المفصلي:

بعد مضي حوالي شهر على الانزياح غير الردود الحاد غير المعالج تتطور الحالة الى انزياح غير ردود مزمّن ويبدأ ظهور التغيرات التنكسية مثل تآكل السطوح المفصالية وتشوه القرص المفصلي ومع ذلك تتحسن الأعراض التي يشكو منها المريض ، مثل الألم وتتحسن فتحة الفم والسبب هو حدوث زيادة في تمطط الرباط الخلفي للقرص او انقطاعه مما يؤدي الى انزياح أكبر للقرص نحو الامام والانسي مما يؤدي الى تحرر في حركة اللقمة المفصالية.

الوسائل التشخيصية للانزياح الامامي للقرص المفصلي:

#### ١- الفحص السريري لحركات الفك السفلي:

- اذ لوحظ انحراف فجائي للفك السفلي نحو جانب معين في اثناء فتح الفم هذا يعني وجود انزياح امامي للقرص المفصلي في هذا الجانب.
- وإذا شعر المريض بصعوبة في اثناء محاولة تحريك الفك السفلي نحو الجانب المعاكس يزداد احتمال وجود الاضطراب القرصي.
- إذا ترافقت الحالة بصوت طقة مفصالية مع تعرج مسار حركة الفك السفلي اثناء الحركة التقدمية او الجانبية فهذا يدا غالباً على انزياح امامي للقرص المفصلي وهذا الانزياح من النوع الردود خاصة إذا كانت الطقة المفصالية متبادلة تحدث في اثناء الفتح والاعلاق.



(الصورة ١٢-٧): تعرج مسار حركة الفك السفلي اثناء الفتح في حالات الانزياح الردود.

اما في حالة الانزياح الامامي غير الردود للقرص المفصلي:

فيحدث تحدد شديد في حركة الفك السفلي ونلاحظ عدم قدرة المريض على فتح الفم لمسافة تتجاوز ٢٠-٢٥ ملم.



الانحراف الفكي السفلي الذي ينتج عن سوء الوظيفة العضلية يتميز بأنه يزداد تدريجياً مع ازدياد فتحة الفم وبذلك يمكن تفريقه عن الانحراف المرافق لانزياح القرص المفصلي الذي يحدث بشكل حركة فجائية في بداية فتح الفم.

٢- اختبار الضغط او المنابلة:

\*يتضمن تطبيق ضغط شديد ذو محصلة علوية على المفصل الفكي الصدغي بعد وضع اللقمتين الفكيتين بالوضع المفصلي النهائي وعلاقة مركزية صحيحة، يتم تطبيق الضغط بشكل متناظر من أسفل الحافة السفلية للفك السفلي وفي الحالة التي يكون فيها المفصل سليماً لا يؤدي هذا الاجراء لاي حس بالانزعاج او الالم.

\*اما اذ ترفق الاختبار باللم في منطقة المفصل فهذا يشير الى عدم ارتصاف القرص مع اللقمة الفكية بوضعية فيزيولوجية صحيحة وتزداد درجة الالم كلما كان الانزياح القرصي حديثاً بسبب ضغط اللقمة على الجزء الخلفي من القرص والذي يتميز بأنه غني بالنهايات العصبية الحسية الألمية.



(الصورة ١٢-٨): اختبار الضغط او المنابلة

٣- الاصغاء:

•الطقة المفصلية المزدوجة التي تحدث اثناء إغلاقه تعني:

١-ان الانزياح المفصلي ردود

٢- (الصوت الذي يسمع اثناء فتح الفم ينتج عن اصطدام اللقمة الفكّية اثناء حركتها الانتقالية بالجزء الخلفي من القرص المتواجد بوضعية شاذة واسترجاع القرص لوضعيته الصحيحة مؤقتاً، اما الطقة الثانية والمرافقة لإغلاق الفم تنتج عن دفع القرص نحو الامام (لوضعية شاذة) بسبب عودة اللقمة نحو التجويف العنابي.

• كلما ازداد الصوت المسموع حدة ازدادت درجة تخرب الاربطة القرصية ومن ثم أصبح الإنذار أكثر سوءاً.

• كلما تأخر حدوث الطقة المفصليّة في اثناء فتح الفم كانت الحالة اشدّ خطورة

٤-الجس:

يؤكد اختبار الجسّ الإصبعي السطحي لمنطقة المفصل الفكّي الصدغي وجود الام في منطقة المفصل المصاب بالاختلال، من الضروري اجراء الجس بشكل متناظر وأني للجانبين الايمن والايسر.

كذلك يمكن جس السطح الخلفي للقمة الفكّية عبر مجرى السمع الظاهر حيث يشعر المريض في هذه الحالة المرضية بألم متباين اعتمادا على درجة تخرب الاربطة القرصية الخلفية.

اما جس العضلات الماضغة فيجب ان يتم من خارج الفم ومن داخله ومن الجانبين بشكل متناظر، وبما ان العامل المشترك في جميع حالات الانزياح الامامي للقرص المفصلي يكون عدم التناسق العضلي الوظيفي والتشنج المفرط للرأس العلوي للجناحية الوحشية لذلك فإن جس العضلات الماضغة الانسية والوحشية من داخل الفم يكون ذو نتائج ايجابية.

التشخيص الايجابي للانزياح الامامي للقرص المفصلي:

العناصر التالية تسمح بوضع التشخيص الايجابي للقرص المفصلي:

١- الم في منطقة المفصل الفكّي الصدغي وارتكازات العضلات الماضغة يزداد هذا الالم اثناء حركة الفك السفلي.

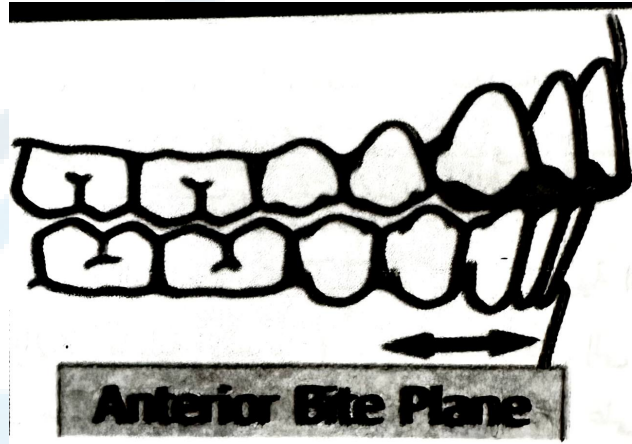
٢- طقة مفصليّة مزدوجة الاولى تحدث في اثناء فتح الفم والثانية ترافق اغلاق الفم

٣- بعد اغلاق الفم وحدث الطقة المفصليّة يؤدي اختبار الضغط ذو المحصلة العلوية والمطبق على منطقة المفصل من الجانبين الى شعور بالألم والانزعاج (بسبب ضغط اللقمة على الجزء الخلفي من القرص)

٤- في اثناء فتح الفم وبعد حدوث الطقة المفصليّة لا يؤدي تطبيق اختبار الضغط الى اي الم.

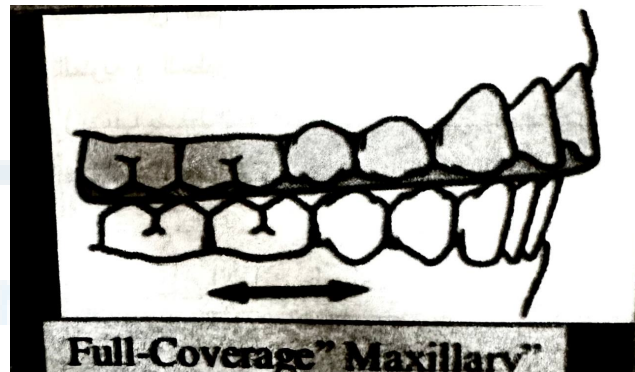
### معالجة الانزياح الامامي البسيط:

١- استخدام جهاز رفع عضلة امامي لمدة لا تتجاوز يومين للتأكد من زوال الذاكرة العضلية المريضة والسماح للقرص باستعادة وضعيته الصحيحة بعد زوال فرط التوتر العضلي خاصة على مستوى العضلة الجناحية الوحشية يترافق هذا الاجراء بزوال الالم المرتبط بالتشنج العضلي.



(الصورة ١٢-٩): جبيرة رفع عضلة امامية

٢- بعد ذلك يمكن استخدام جبيرة اطباقية تامة تغطي جميع الاسنان العلوية تسمح بإزالة الأثر المؤذي للتدخلات الإطباقية وعودة الوظيفة العضلية الى حالتها الطبيعية، تصمم هذه الجبيرة بوضعية العلاقة المركزية ويجب ان تضمن ارشادا امامياً يؤمن فك التشابك الحدي عن الاسنان الخلفية في اثناء مختلف الاوضاع اللامركزية للفك السفلي.



(الصورة ١٢-١٠): جبيرة ملساء كاملة تغطي جميع الاسنان العلوية.

٣- تصحيح التداخلات الاطباقية والشذوذات الوظيفية المؤدية لاضطراب في حركة الفك السفلي وفرط توتر العضلات الماضغة.

يتم التأكد من استعادة القرص لوضعيته الفيزيولوجية الصحيحة مع اللقمة الفكوية وثباته بهذه الوضعية عن طريق اختبار المناقلة او الضغط ذو المحصلة العلوية على المفصل الفكي الصدغي والذي يجب ان لا يترافق بأي ألم.

٤- من الاجراءات العلاجية المساعدة يمكن استخدام بعض الادوية المرخية للعضلات ومسكنات الالم (الاكثر فاعلية الاسبرين) مع ارشاد المريض الى استخدام كمادات حارة رطبة بشكل موضعي وبالتناوب مع الثلج الذي يطبق على منطقة المفصل المصاب، كما ينبه المريض الى ضرورة تجنب الحركات الفكوية الواسعة واستخدام تغذية رخوة مع تجنب جميع اشكال الانفعالات النفسية التي تمنع عودة الوظيفة العضلية الى حالتها الطبيعية

خامساً: خلوع المفصل الفكي الصدغي dislocation

\*في الحالات الطبيعية تتراوح فتحة الفم بين ٤٠-٦٠ ملم حيث ينزلق المركب القرصي اللقي على الحافة الخلفية للحدبة المفصليّة، وعند نهاية الفتح تصل اللقمة الى مستوى ذروة الحدبة المفصليّة او الى الامام قليلاً ويفصل بينهما القرص المفصلي.

\*اما في حالات خلوع المفصل الفكي فتحدث زيادة في حركة اللقمة والقرص (فرط حركة) مما يؤدي الى حالة الخلع او تحت الخلع للمفصل الفكي.

اسبابه:

~ وجود حدبة مفصليّة مسطحة ذات منحدر خلفي قصير وتجويف مفصلي ضحل.

~ ارتخاء في المحفظة والاربطة المفصليّة.

~ عدم انسجام في وظيفة العضلات الماضغة.

~ الرضوض الخارجية على المفصل والفك السفلي.

انواعه:

|. تحت الخلع (فرط الحركة):

يحدث تحت الخلع عند وجود تجويف مفصلي ضحل وحذبة مفصلية مسطحة و يترافق مع ارتخاء في الاربطة المفصلية والمحفظة مما يؤدي الى انزلاق اللقمة الى خارج التجويف المفصلي لتصل الى الامام من الحذبة المفصلية.

سريراً:

يشعر المريض بخروج المفصل من مكانه عند كل فتحة فم واسعة وتترافق مع صعوبة في الاغلاق ولدى مراقبة القطب الوحشي للقمة عند الفتح نلاحظ ان اللقمة تقفز للخارج عند نهاية الفتح تاركة خلفها فراغاً كتجويف صغير امام الاذن وعند بداية الاغلاق يحدث انحرافاً مفاجئاً للفق السفلي ثم يعود للخط المتوسط عند متابعة الإغلاق.