

آلام الوجه واضطرابات المفصل الفكي الصدغي Facial Pain and Tempromandibular Disorders

جي. بلدر

- تنشأ معظم آلام الأسنان والفكين بصفة عامة من أمراض الأسنان والأربطة الداعمة للأسنان.
- يصعب أحياناً على الطبيب تمييز الألم الناشئ من عضلات المضغ أو المفصل الفكي الصدغي من الآلام الناشئة لأسباب غير سنية إن لم يحتاط لكل الاحتمالات.
- يشتمل مصطلح اضطرابات مفصل الفك الصدغي على كل الحالات المرتبطة بجهاز المضغ بما في ذلك الاضطرابات العضلية ومشاكل مركز المفصل المختلفة.
- لا تتطلب العديد من حالات آلام الوجه واضطرابات المفصل إلى التدخل الجراحي، ومع ذلك يتحتم تمييزها من الحالات التي لا يرجى شفاؤها إلا بالجراحة.
- يبدي بعض الأطباء اهتماماً خاصاً بهذه الاضطرابات، ولكن العلاج ليس محتكراً في أي من الاختصاصات الطبية، أو اختصاصات طب الأسنان.
- طبيعة آلام الوجه والرأس والرقبة التشريحية والوظيفية.
- تركيب جهاز المضغ وطريقة عمله.
- إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق ذكره فنصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك التالي:

- ١- تحديد الصفات السريرية الرئيسة لاضطرابات المفصل الفكي الصدغي.
- ٢- تمييز اضطرابات جهاز المضغ من الاضطرابات المرتبطة بالمفصل الفكي الصدغي ومن الاضطرابات سنية المنشأ.
- ٣- تمييز الحالات التي يستدعي علاجها التدخل الجراحي.
- ٤- وصف أساليب العلاج التحفظي ووضع الخطط المناسبة لعلاج مريض يعاني من اضطرابات المفصل الفكي الصدغي.
- ٥- تحديد مدى إمكانية نجاح علاج المريض من عدمه.

المعرفة المفترضة

يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية، والمهارة العملية في المواضيع التالية:

٦- معرفة الصفات السريرية الرئيسة لآلام الوجه اللانمطية (atypical pain)^(١).

٧- تمييز ألم الوجه اللانمطي من آلام الوجه الأخرى ذات المنشأ العصبي المركزي أو الوعائي.

٨- تحديد دور علاج الأسنان للمرضى الذين يعانون من الألم الوجهي اللانمطي وكذلك الآلام المزمنة ذات المنشأ اللاسني.

الألم ذو المنشأ السني

بينما لا يهدف هذا الكتاب لتكرار وصف تشخيص أمراض الأسنان الشائعة إلا أن من المفيد إعادة إدراج صفات بعض الحالات من أجل تفريقها من الآلام غير سنّية المنشأ (انظر الجدول ١، ١٦). فعلى سبيل المثال يغلب على الآلام سنّية المنشأ الظهور السريع في غضون ساعات أو أيام والتمركز في ناحية واحدة من الفم أو في سن محددة، وتختلف آلام اللب من آلام الأربطة الداعمة للأسنان سواءً الذروي منها أو الجانبي، فآلم اللب يتفاقم بالإثارة الحرارية بينما تتميز أمراض الأربطة على الأغلب بالألم الموضعي الفاتر. وهناك علامات أخرى مميزة يتحتم البحث عنها إذا ما أريد تشخيص أمراض الأسنان، مثل نخر الأسنان وفقدان حيوية اللب، وتهتك الأربطة الداعمة، وفي معظم هذه الحالات يؤكد التشخيص في العادة من

(١) يستخدم مصطلح آلام الوجه اللانمطي بشكل واسع، ولكن هذا المصطلح يفتقد للإجماع، وقد نهجت جمعية الصداع العالمية (International Headache Society) إلى تعريفه بالألم الوجهي الدائم مجهول السبب (idiopathic)، ويعتقد المؤلف أن تعدد المصطلحات لا يفيد من الناحية العلمية، وقد يؤدي إلى درجة من الإرباك.

خلال التصوير الشعاعي. أما الحالات المرتبطة بصعوبة التشخيص كظاهرة السن المتصدعة (cracked tooth) مثلاً، فتظهر دائماً بعلامات موضعية فريدة، وكذلك اضطرابات الأنسجة الرخوة، أمثال القروح القلاعية (apthous ulcer) والتواج، والتهاب اللثة التقرحي (ulcerative gingivitis)، والتي تعرف من خلال تاريخها الطبي القصير، حيث تظهر للعيان بوضوح في فترة وجيزة، ومع ذلك فقد يشوب تشخيصها أحياناً نوع من الإرباك. ونظراً لصعوبة التفريق بين أمراض الأسنان فقد صممت العديد من البرامج الحاسوبية للتفريق بين هذه الأمراض على أساس طبيعة الألم، ولكن لسوء الحظ لم يحالفها النجاح.

الجدول (١، ١٦). التفريق بين ألم اضطرابات المفصل الفكي الصدغي والآلام سنّية المنشأ.		
ألم الأسنان	ألم اضطرابات المفصل الفكي الصدغي	
مكان الألم	الأسنان أو السنخ ويبدو دائماً أحادي الجانب	أمام صوان الأذن والصدغ وزاوية الفك السفلي، وربما يكون ثنائي الجانب
المدة الزمنية	ساعات وأيام	أسابيع وأشهر
عوامل الإثارة	المثيرات الحرارية أو الضغط على سن محدد بعينة	حركة الفك، والمضغ والتثاؤب، والأجواء المناخية الباردة
علاقته بأوقات محددة	لا يرتبط بأوقات زمنية محددة	يرتبط غالباً بأوقات زمنية محددة

الصفات السريرية لاضطرابات

المفصل الفكي الصدغي

يظل مصطلح اضطرابات المفصل الفكي الصدغي بما يشمله في الأصل من حالات مختلفة مصدر خلاف واسعاً بين المتخصصين؛ ولهذا فإن من أهداف هذا الكتاب النظر بموضوعية إلى أن كل ما يطرح للكتابة في هذا المجال قابل للتحقيق والنقاش أياً كانت حقيقته. لقد كانت ولا تزال أولويات المؤلف تقديم معلومات وافية عن اضطرابات المفصل الفكي الصدغي حتى يتسنى للقارئ فهم أساسيات هذه المشكلة، ومن ثم التعامل معها باحترافية، إضافة إلى تشجيع القراءة والاطلاع. ويمكن القول أن منظومة الحالات المدرجة تحت مصطلح اضطرابات المفصل الفكي الصدغي تعرف بوحدة أو أكثر من الصفات السريرية الرئيسة الثلاث التالية :

١- الألم المرتبط بالمفصل الفكي الصدغي أو بجهاز المضغ.

٢- الضجيج المرتبط بالمفصل الفكي الصدغي.

٣- تقييد حركة الفك.

ولسوء الحظ، فإن كلاً من هذه الصفات تأخذ أشكالاً مختلفة، وربما يكون هذا هو السبب في إرباك القارئ المبتدئ أحياناً، بل قد يكون كذلك في رأي الكثير من الخبراء في هذا المجال نظراً لتعدد واختلاف المصطلحات والتصنيفات المستخدمة، وقد يجد الكثير من المرضى صعوبة بالغة في عرض تجاربهم ومعاناتهم الوظيفية والنفسية.

الألم

يوصف الألم عضلي المنشأ غالباً بالوجع (aching) وربما يشعر به أحياناً كألم حاد، وقد يوصف

كذلك على أنه ألم نابض (throbbing)، أو حارق (burning)، أو متيبس (stiffness)، أو قابض (tightness)، أو ضاغط (pressure)، أو غليظ (fullness)، أو حتى خدر (numbness). وبما أنه الألم الوحيد ثنائي الجانب الأكثر انتشاراً بمنطقة الرأس والرقبة إلا أنه قد يكون أحادي الجانب (الجدول ١، ١٦). وربما تساهم صفة كونه ثنائي الجانب في تمييزه من ألم التهاب ضرس العقل والذي نادراً ما يشعر به في كلا الجانبين في آن واحد. ويتميز الألم العضلي بتمركزه في نقطة الإثارة (trigger point) الواقعة على إحدى العضلات كالعضلة الماضغة مثلاً، وربما يكون أكثر غموضاً في انتشاره في بعض المناطق، مثل منطقة أمام صوان الأذن (preauricular area)، أو في الباحة الصدغية (temple area)، وتلعب الفترة الزمنية للألم كذلك أهمية قصوى في معرفة طبيعة الألم، حيث ينذر أن يشتد ألم المفصل الفكي الصدغي إلى درجة تجعل المريض يطلب المساعدة في الأسابيع الأولى من المعاناة. وبالمقابل، فإن آلام اللب وأربطة الأسنان تميل إلى الظهور مبكراً وعلى مدى الساعات والأيام الأولى من نشأتها. لقد وجد أن القيام ببعض الأنشطة والوظائف كالتثاؤب، والضحك، والغناء مثلاً يزيد من حدة الألم العضلي؛ نظراً لما يسببه ذلك من مط للعضلات المجاورة، ومع ذلك فقد تختلف درجة الألم من وقت لآخر، ويغلب على الألم عادة الحدة في الصباح الباكر، ولكنه ليس دائماً كذلك على الإطلاق. وقد يكون الألم المرتبط بالمفصل الفكي الصدغي أكثر تمركزاً في المفصل ذاته، ويمكن وصفه أحياناً على أنه ألم حاد وموجع، وأحياناً أخرى على أنه ألم نابض، وقد تتفاوت درجة حدته أثناء النهار إلا أنه يسوء غالباً بحركة المفصل.

مضغ العضلات وألم المفصل

يؤدي غالباً جس موقع الألم ولو برفق إلى الشعور بالتوجع، ويمكن تحسس العضلة الماضغة والعضلة الصدغية بسهولة إلا أن العضلة الجناحية الأنسية (medical pterygoid muscle) يصعب فحصها ماعدا منتصف طرفها الأمامي، حيث يمكن جسّه بتمرير الأصابع إلى الخلف فوق سطوح الأسنان الإطباقية وحتى بلوغ العضلة، وكخيار آخر يمكن تحسس العضلة الجناحية الأنسية عند اتصالها بالمعلق الجناحي الماضغي من تحت الفك. ولعل الوصول إلى العضلة الجناحية الوحشية (lateral pterygoid muscle) يتحقق بتمرير الإصبع الصغيرة بين حذبة الفك العلوي والناتئ الإكليلي للفك السفلي، ويتحتم عند القيام بفحص هذه العضلات الحذر من المبالغة في تفسير النتائج، حيث إن العضلات بمجملها تتأثر بالجلس العنيف ولو حتى في الأحوال الطبيعية، ولكن ينصح بملاحظة الفوارق الجوهرية بين ناحيتي الوجه كأسلوب فعال في تشخيص أغلب الحالات.

الضجيج

تعتبر الفرقعة (clicking) من أكثر أنواع الضجيج المرتبط باضطرابات المفصل الفكي الصدغي وتدعى كذلك بالطققة (snapping)، أو التصدع (cracking)، أو الارتطام (bumping)، أو الخشخشة (popping)، وقد يشعر المريض لوحده بالضجيج بحيث لا يكون مسموعاً للآخرين، ويبدو دائماً مرتبطاً بحركة المفصل. أما الطبيب فيمكنه سماع الأصوات إما بالتنصت بواسطة سماعة الطبيب وإما بتحسس منطقة فوق المفصل عند حركته. وفي العادة تكون القلقة في أسوأ أوضاعها عند المضغ، وربما تكون أحياناً مسموعة

للآخرين لدرجة تغطي على أصوات حديثهم، ولو كانت المسافة إلى حد ما بعيدة.

لقد أظهرت الدراسات البيئية أن طقطقة المفصل الفكي الصدغي منتشرة بشكل واسع، ولربما تتواجد عند ثلث البالغين، وقد لا يعاني الكثير من المصابين لدرجة تجعلهم يبحثون عن المساعدة الطبية، وبهذا يأخذنا الحديث إلى حيث السؤال الصعب فيما إذا كانت قلقة المفصل لا تجبر غالبية الأفراد على البحث عن المساعدة! فهل يمكن اعتبارها بحد ذاتها مشكلة؟. إن الإجابة على هذا السؤال ليست من أهداف هذا الكتاب، ومع هذا يجب الحذر من العلاج التلقائي لكل من يعاني من قلقة المفصل.

أما النوع الآخر من الضجيج فيندرج تحت المصطلحات العامة للفرقة، ومنها ما يدل على الطقطقة (crepitus)، والتي ربما توصف أحياناً من قبل بعض المرضى على أنها حزيز (grating)، أو سحل (grinding)، أو قرقة (crackling)، أو احتكاك (rubbing) إضافة إلى أوصاف أخرى، ونادراً ما تكون جميع هذه الأصوات مسموعة للآخرين، ولكنها تكتشف إما بالتحسس أو التنصت؛ ولذلك يجب تمييزها من القلقة لكونها تمثل أحد الجوانب المختلفة للمرض.

تصلب حركة الفك

تأخذ هذه المشكلة شكلاً من أشكال التصلب (stiffness) أو الشعور بالألم عند محاولة فتح الفم، الأمر الذي يحد من حركة الفك، وتبدو في طبيعتها بطيئة النشأة وكذلك في الشفاء، وتختلف في حدتها كونها ترتبط بشكل مباشر بالوظائف العضلية. ويحتل تمييز تصلب العضلات من انحباس الفك (locking) الذي يحدث فجأة وينشأ تلقائياً (وخصوصاً بعد

وعلى النقيض، فقد يؤدي دمج مجموعات مختلفة من الاضطرابات في وحدة واحدة إلى درجة من الإرباك في عملية التشخيص والعلاج، وكذلك البحث العلمي، ولذلك فإن من الحكمة تصنيف اضطرابات المفصل الفكي الصدغي على أساس وجود عدد من العلامات والأعراض المتداخلة والتي قد تبدو بالضرورة غامضة إضافة إلى المسببات والعوامل المهيئة التي يصعب أحياناً إدراكها. إن ما لا يجب إغفاله عن القاريء أن الشك يبقى دائماً محيطاً بما نتعامل معه في كونه واحداً أو أكثر من المشاكل.

ومن ناحية ثانية، فإن هناك بعض الفروقات الواضحة في أعراض اضطرابات المفصل الفكي، فمثلاً قد يشتكي شاب في مقتبل العمر من ألم ومضض عضلي، وتصلب بحركة الفك بدرجات مختلفة دون الشكوى من سماع طقطقة، أو انحباس في الحركة، وهناك آخرون يشتكون من القلقة وانحباس الفك دون ظهور أي من أعراض أو تصلب العضلات المرتبطة بمفصل الفك الصدغي. وقد يشتكي مجموعة أخرى من منهم في منتصف العمر من ألم ومضض بالمفصل وفرقة إضافة إلى ظهور العلامات الشعاعية لتآكل عظم المفصل. إن من الصعوبة الجزم فيما إذا كانت هذه النماذج الثلاثة تعود إلى وحدة واحدة من اضطرابات المفصل، فهذه الصور النمطية لا تشاهد غالباً مع بعضها بشكل واسع. ومع ذلك، فإن الدلائل تشير إلى أن هذه الاضطرابات تشترك مع بعضها في كثير من المرضى، وقد لا يستبعد بعض الممارسين مطلقاً أن بعضاً من عناصرها ينشأ ويتطور من بعضها الآخر. وعلى النقيض مما ذكر، فإن هناك رغبة لدى الكثير إلى تقسيم كل صنف إلى فروع عدة، علماً أن سوء فهم طبيعة هذه الاضطرابات قد

معالجة الأسباب) أهمية بالغة. ولذلك فإن تقدير درجة الإعاقة يتطلب مراعاة الحدود الطبيعية لفتحة الفم، والتي تكون في الأصل مختلفة بين الأفراد، وتقدر فتحة الفم بين الحافة القاطعية العليا والسفلى للفرد البالغ ذي الصنف الإطباق الأول بحوالي ٤٠ ملم، وقد يصل الحد الأعلى إلى ٦٥ ملم، ومع ذلك فإن استخدام هذه الأرقام يجب أن يؤخذ بعين الحسنة والحذر، حيث يقع كثير من الأفراد الأصحاء خارج هذا المدى.

ويعد السيوج الجانبي (lateral excursion) والحركة التبارزية (protrusive) كذلك من معايير الحركة الانتقالية للمفصل الفكي (translatory movement)، إلا أنها لا تتأثر كثيراً بالوظائف العضلية مقارنة بما يشاهد عند محاولة فتح الفم، ولعل الحد الأدنى لهذه المسافة هو ٧ ملم مع مراعاة الفوارق بين علاقة القواطع مع بعضها، وكذلك عمر وبنية المريض الجسدية، حيث تبدو فتحة الفم الكبرى مرتبطة دائماً بالجسم الأكبر حجماً.

تصنيف اضطرابات المفصل

الفكي الصدغي

وبما أن تصنيف اضطرابات المفصل الفكي الصدغي يرتبط بالكثير من المفارقات واختلاف وجهات النظر فإن الأولى النظر لفوائد أي تصنيف مقترح وما مدى ما يوفره من حلول واقعية لعلاج اضطرابات المفصل الفكي الصدغي. إن إدراج كيانات مختلفة في مجموعة أو أكثر من المجموعات المتجانسة يتيح استخلاص قواعد سلوك هذه المجموعات، إضافة إلى أنه وبقدر ما للمرض من اهتمام فإن التنبؤ بمآله، وتحديد علاجه، وإخضاعه للبحث العلمي كفيلاً بتقييم مدى فعالية هذا العلاج.

يؤدي حتماً إلى وضع ترتيب متدرج مربك وضيق أحياناً لحالات لا يمكن لنا أن نكون مدركين لاختلافها.

إن التصنيف المستخدم في هذا الكتاب يعتمد إلى الواقعية، ويعتمد أصلاً على توصيات الأكاديمية الأمريكية لألم الفم والوجه، كما أوضح ذلك ماكنيل في عام ١٩٩٣ م.

اضطرابات المفصل الفكي الصدغي

- عسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم.
- إزاحة القرص الرودود وغير الرودود.
- أمراض المفصل التنكسية.
- اعتلال المفصل المجموعي.

عسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم

الفحص

يصيب عسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم (myofacial pain dysfunction) في شكله الاعتيادي العضلات فقط، كعضلة فروة الرأس وعضلات الرقبة، وكذلك عضلات المضغ، ومن المحتمل أن تتشابه في أعراضها مع أعراض ألم الألياف العضلي (fibromylgia) التي تصيب مجموعة من العضلات المتباعدة. وتسيطر هذه الحالة على المرضى الشباب كما يظهر ذلك من إحصائيات المستشفيات، وتعد النساء أكثر عرضة من الرجال، وتتميز هذه الحالة بألم العضلات وخصوصاً بعد أي مجهود عضلي، وفي أحوال كثيرة تزداد المعاناة في فترة الصباح، وقد تتطور هذه الحالة إلى الأسوأ بدرجات مختلفة مع مرور الوقت. أما نقاط إثارة الألم (trigger point) فتتركز على كل عضلة على حدة،

وأحياناً على جميع العضلات. وبما أن هذه الحالة تظهر أحياناً بصورة حادة وسريعة، فإن فتحة الفم التلقائية تتراجع إلى عدة مليمترات دون مقدمات، إذ قد لا تزيد فتحة الفم بين القواطع بأكثر من ١٥ ملم، ومع ذلك فيمكن فتح الفم لمسافة أكبر بواسطة الشد اليدوي بالأصابع. وقد يصاحب فتح الفم نوع من التردد من قبل المريض، وقد تبدو حركة الفك متأرجحة. إن هذه الحالة تمتد أحياناً على مدى أسابيع أو سنوات عدة إلا أنها مع ذلك ذاتية الشفاء، وقد تستمر بعض الحالات لفترات طويلة دون معرفة الأسباب، وهناك عدد من العوامل التي قد ترتبط بهذه الحالة :

- العادات الفموية السيئة، مثل العض بقوة وسحل الأسنان، وقضم الأظافر والأقلام ومضغ الجلد.
- الاجهاد والاضطرابات النفسية، والأمراض العصبية.

- سوء الإطباق.
- الإصابات الجسدية.
- أمراض مفصل الفك الصدغي والعمود الفقري.
- الحالات الالتهابية الأخرى.

وبالتأكيد، فإن أيّاً من هذه العوامل تقريباً ذو أهمية بالغة في الحالات الفردية، ولكن لا ينفرد عامل واحد على الأقل بالظهور باستمرار في جميع الحالات، بل إن ظهور هذه العوامل ليس بالضرورة دلالة على الإصابة بعسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم. إن هذا التناقض يثير بعض الغموض على الدور الذي تسببه هذه العوامل، أو على أقل تقدير على رجاحة التصنيف التشخيصي المستخدم، ولربما كشفت عن بعض الجوانب الحساسة التي لم يتحقق إدراكها بعد.

يجعل من فاعليتها العلاجية بعد ذلك أمراً غير مضمون، ولذلك يتحتم إيقاف استخدامها بعد هذه الفترة مباشرة.



الشكل (١، ١٦). دعامة سفلية لينة مصنوعة من الفينيل.

وتتعدد التصميمات التي تستخدم في علاج عسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم، ولا يهدف هذا الكتاب إلى شرح كل منها، ولعل أجهزة إعادة توازن الإطباق (occlusally balanced appliance) أو جبيرة التثبيت الإكريلية الصلبة (stabilization splint) أحدها، وتصنع هذه الجبائر لتلائم السطوح الإطباقية العلوية والسفلية عندما يكون الفك في الوضع المترجع، وتكون الأسنان متباعدة عن بعضها قليلاً، وتثبت هذه الجبائر إلى الأسنان السفلية بواسطة مشابك معدنية (clasp) أو بماسك كروية (ball cleat)، وينصح باستخدامها طوال اليوم على الرغم من تضائل الدلائل التي تشير إلى تضاعف فاعليتها بأكثر مما يتحقق من إبقاء هذه الأجهزة أثناء النوم. ولعل العلاج الطبيعي بمختلف أنواعه ذو فعالية في تخفيف الألم وتحسين الحركة إلا أن ارتفاع تكلفته المادية وضرورة الحاجة للزيارات المتكررة تجعله غير مناسب في أغلب الأحيان.

الصفات الأساسية لعسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم

- ارتباطها بألم العضلات.
- تقييد حركة الفك أحياناً.
- عدم تأثر الحركة الانتقالية الطبيعية للمفصل.
- ارتباطها بأوقات محددة من النهار.
- ارتباطها المحتمل بالقلق والضغط النفسية وبعض العادات الفموية.
- حدوثها في كلتا ناحيتي الوجه.

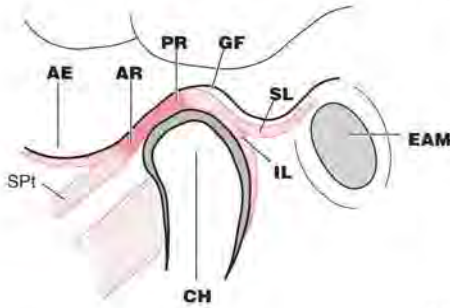
العلاج

تتخذ المعالجة الناجحة على ما يبدو أشكالاً عديدة، وفي الغالب ينصح المريض باتباع عدد من الإجراءات التحفظية كإبقاء العضلات مثلاً دافئة وتجنب المضغ بقوة، وتخفيف الألم بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)، إضافة إلى أخذ الحيلة والابتعاد عن العادات السيئة طوال اليوم، وقد يتطلب العلاج أحياناً استخدام دعامة مصنوعة من الفينيل اللين (الشكل ١، ١٦) إلا أن بعض الممارسين يشككون في دورها العلاجي لكونها قد تزيد من تفاقم طحن الأسنان غير الإرادي (bruxism). ومع ذلك فقد يكون استخدام الدعامة خياراً جيداً مع بعض المرضى، إضافة إلى انخفاض تكلفتها المادية وسهولة تحضيرها، حيث لا تتطلب أكثر من طبعة واحدة للفك السفلي. وينصح المؤلف باستخدام هذا الجهاز خلال فترة النوم فقط لمدة لا تزيد عن ٦ أسابيع، وذلك لصعوبة تعديل تطابقها بإحكام مع سطوح الأسنان الإطباقية. إن استخدامها المتواصل على مدى ٢٤ ساعة يزيد من احتمال تحرك الأسنان العشوائي، إضافة إلى أن فشلها في تحقيق أي تطور إيجابي في الأسابيع الستة الأولى

الحركة في الحيز العلوي من المفصل (upper joint space) بالحركة الانتقالية بينما تدعى الحركة في الحيز السفلي بالحركة المفصليّة (hinge movement)، وتمثل الأخيرة القدر الأكبر من حركة المفصل المبكرة بينما تمثل الحركة الانتقالية الجزء الأكبر من الحركة المتأخرة.



(أ)



(ب)

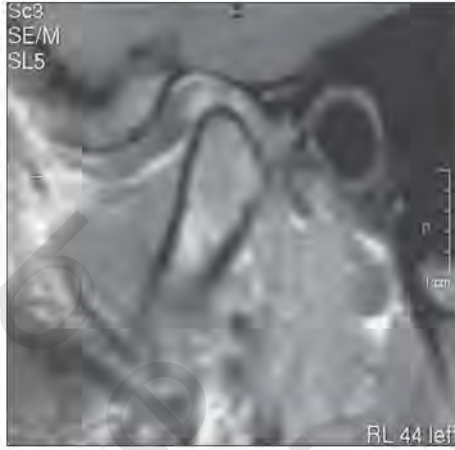
الشكل (٢، ١٦). (أ) صورة بالرنين المغناطيسي توضح العلاقة بين لقمة الفك والقرص في وضع الفم المغلق. (ب) رسم توضيحي لهذه العلاقة: AE = الشاخنة المفصليّة، AR = الحافة الأمامية للقرص، PR = الحافة الخلفية للقرص، GF = الحفرة القحفية، SL = الصفيحة العلوية للأربطة الخلفية، EAM = الصفيحة السميّة الظاهر، IL = الصفيحة السفلية للأربطة الخلفية، CH = رأس اللقمة، SPT = العضلة الجناحية العلوية.

أما وصف مضادات الإكتئاب فقد أظهرت نجاحاً كبيراً مع بعض المرضى على الرغم من إدعاء البعض أن تأثير هذه العقاقير يقتصر على تعديل الإحساس بالألم مركزياً وليس فقط في تأثيره المطلق كمضاد للاكتئاب، ويتوفر العديد من هذه المضادات، ولعل منها عقار أميتريبتلين (amitriptyline)، ودوثييين (dothiepin)، وفلوكسيتين (fluoxetine)، وباروكسيتين (paroxetine). وعلى الرغم من هذا، فإن من الحكمة علاج الأسباب المرضية الواضحة لآلام الوجه كالتهاب التواج المرتبط بالرحى الثالثة وتأثيره على العضلات المجاورة، وتعديل الحشوات السنية المرتفعة، والحذر من المعالجات متعذرة الانعكاس (irreversible treatment)، وخصوصاً إذا كانت الأسباب لا ترتبط بوضوح بالحالة المرضية بحسب وقت حدوثها ومدة بقائها. إن ظهور علامات مشتركة وواضحة للكآبة والاضطرابات النفسية يستدعي طلب مساعدة الاختصاصي النفسي أو الطبيب النفساني دون تأخير، ومن الأجدر أن يتم هذا عن طريق الطبيب الممارس العام.

انزياح القرص الرودود

التشخيص

يشير العديد من كتب التشريح إلى أن القرص في المفصل الفكّي الصدغي يقع فوق اللقمة الفكّيّة متقدماً بعض الشيء إلى الأمام عندما تكون الأسنان في وضع الإطباق، وتمتد حوافه فوق اللقمة من الناحية الأمامية والخلفية (الشكل ٢، ١٦). وتنسجم حركة القرص مع حركة لقمة الفك عندما يفتح الفم فتتزلق إلى الأمام وإلى الأسفل على طول الشاخنة المفصليّة (articular eminence)، وتبقى علاقة حواف القرص الأمامية والخلفية مع اللقمة الفكّيّة في وضع لا يتغير (الشكل ٣، ١٦)، وتدعى هذه



(أ)

انزياح القرص إلى الأمام



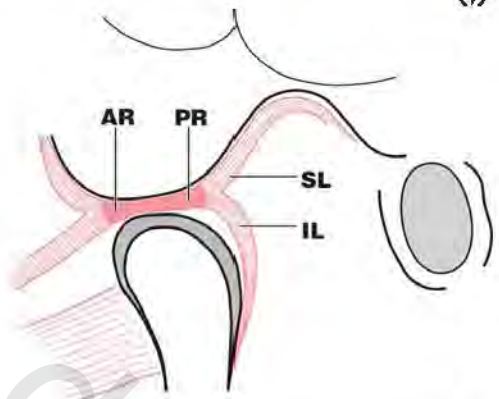
(ب)

الشكل (١٦, ٤). (أ) صورة بالرنين المغناطيسي لقرص مزاح في وضع الفم المغلق. (ب) رسم توضيحي.

وتعود علاقة القرص المزاح مع لقمة الفك إلى وضعها الطبيعي حالما يفتح الفم (الشكل ١٦, ٥) حيث يتحرك القرص إلى الخلف، وتحرك لقمة الفك إلى الأمام بشكل متتابع، ومع حدوث الحركة المفاجئة تسمع الفرقعة، إلا أن هذا لا يمنع بقاء العلاقة الطبيعية بين لقمة الفك والقرص منسجمة. إن انزياح القرص الردود كظاهرة مرتبطة بفرقة مفصل الفكي الصدغي تظهر بوضوح من خلال تشريح الجثث، ومن خلال دراسة صور المفصل الشعاعية، والتصوير بالرنين المغناطيسي.



(أ)



(ب)

الشكل (١٦, ٣). (أ) صورة بالرنين المغناطيسي توضح العلاقة الطبيعية بين القرص ولقمة المفصل في وضع الفم المفتوح. (ب) رسم توضيحي لهذه العلاقة مع الاختصارات المعروفة في الشكل (١٦, ٢).

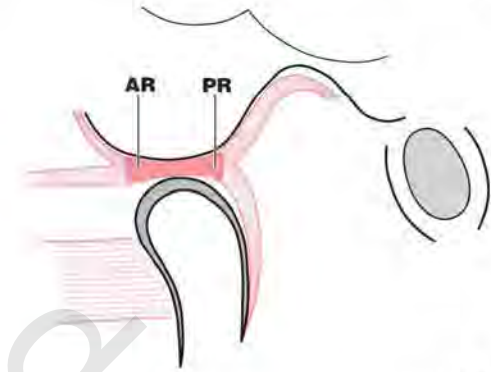
ومن الملفت للنظر أن غالبية فرقة المفصل الصدغي ترتبط بانزياح القرص، إذ إن القرص لا يستقر في مكانه في معظم الأشخاص الذين يعانون من فرقة المفصل حتى وإن كانت الأسنان متطابقة، حيث تبدو الحافة الخلفية من القرص أمام لقمة الفك ويستقر القرص إما إلى الأمام (anteriorly displaced) وإما إلى الناحية الأمامية الداخلية (anteriomediately displaced) (الشكل ١٦, ٤).

بعض الحالات تكون بالكاد مسموعة، ولا تتسبب في أي مشاكل إلا أنها أحياناً تكون محسوسة بقدر عالٍ، وحتى من قبل الآخرين؛ لتسبب بذلك درجة من الضيق والألم، وقد تعيق المريض من فتح فمه أو إغلاقه، وكما هو الحال مع المفصل الفكي فإن من المحتمل حدوث الفرقعة في المفاصل التي لا تحتوي على أقراص كمفاصل الأصابع مثلاً، حيث ينتج هذا عن تصادم الأسطح مع بعضها.

وعلى الرغم من تعذر تحديد مسببات انزياح القرص بشكل قطعي إلا أنه يعتقد أنها مرتبطة بخلل ما في الإطباق أو مرتبطة بالعادات الوظيفية السيئة وكذلك الحركة المفرطة لأطراف المفصل. وتختلف درجة المعاناة في أنماطها مع مرور الوقت لتظهر المشكلة في أي مرحلة من العمر، وقد تكون بداياتها في مرحلة الطفولة حتى وإن لم يلجأ للمساعدة الطبية إلا في الثلاثينات أو الأربعينيات من العمر. وتعد الصور الشعاعية الاعتيادية عديمة الفائدة في تحديد موقع القرص، ويلجأ دائماً إلى تصوير المفصل، أو إلى تنظيره، أو فحصه بالرنين المغناطيسي، وفي معظم الحالات يمكن الوصول للتشخيص بشكل مرضٍ على أساس الفحص السريري.



(١)



(ب)

الشكل (٥، ١٦). (١) صورة بالرنين المغناطيسي توضح عودة القرص المزاح عند فتح الفم للمريض في الشكل (٤، ١٦). (ب) رسم توضيحي.

الصفات السريرية الرئيسة لانزياح القرص الردود

- فرقعة المفصل الفكي الصدغي عند فتح الفم أو إغلاقه أو مع الاثنين معاً.
- ارتباطه بعسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم أحياناً.
- عدم الشعور بالألم أحياناً.
- احتمال القدرة على فتح الفم بشكل طبيعي.
- انحراف الفك عند فتح الفم إلى جهة الفرقعة قبل سماعها ثم غياب الانحراف فيما بعد.

تسمع فرقعة المفصل غالباً بهدوء عند إقفال الفم ويمكن أحياناً عدم إدراكها من قبل المريض وكذلك الطبيب، وتكون في العادة أقل حدة من تلك التي تسمع عند فتح الفم إلا أنها تكون واضحة في بعض الحالات بالدرجة نفسها سواء مع الإغلاق أو مع فتح الفم. وتسمى الفرقعة التي تحدث في نفس الوقت من إغلاق الفم وفتحها بالفرقعة التبادلية (reciprocal click). وقد يكون هناك اختلافات متباينة في فرقعة المفصل، ففي

العلاج

يجب بعلاج اضطرابات انزياح القرص الكثير من الجدل، حيث يرى قلة من الممارسين الحاجة الماسة لعلاج المرضى الذين يعانون من ألم المفصل، وهناك آراء أخرى تختلف على ماهية الطرق المطلوبة لعلاج الفرقعة عديمة الألم. ولقد ثبت أن للعلاج التحفظي أحياناً دوراً فعالاً في تخفيف المعاناة المرتبطة بانزياح القرص الردود. فاستخدام أجهزة إعادة التوضع في الشكل (١٦، ٦) (anterior repositioning appliance) المشابهة لجبيرة التثبيت الأكريلية التي سبقت الإشارة إليها، والتي تصنع لتلائم الأسطح الإطباقية عندما يكون الفك متقدماً والأسنان متباعدة نوعاً ما ناجحة دون شك، وذلك عن طريق تقديم الفك السفلي إلى مستوى يسبق حدوث الفرقعة. ومع ذلك، فإن هذا الجهاز لا يعد ذا فعالية مع الفرقعة التي تظهر متأخرة بالتزامن مع اكتمال فتح الفم. وبما أنه ينصح باستخدام هذا الجهاز طوال ٢٤ ساعة كل يوم ولمدة شهرين فقد يتسبب في إعاقة الكلام ويزيد من صعوبة الأكل، ويسبب أحياناً نخر الأسنان؛ ولذلك يتحتم تنظيفه بعد كل وجبة وكذلك الأسنان. وربما تتمثل المشكلة الرئيسة مع هذا الجهاز في إيجاد الأسلوب المناسب للإقلاع عن استخدامه بعد انقضاء فترة العلاج، والتي قد تمتد من أسابيع إلى شهور. ويجب التنويه إلى أن محاولة إصلاح سوء الإطباق الناتج عن المعالجة سواء كان ذلك بتقويم الأسنان أو بالطرق التحفظية الحديثة لإصلاح الأسنان يجب أن تقاوم، وذلك لثبوت حركة الأسنان، وتشكل العظم إلى سابق عهده بعد العلاج.

وتبدو مشكلة معظم المرضى الذين يعانون من انزياح القرص وفرقعة المفصل أكثر تعقيداً، حيث يعاني

الكثير منهم من عسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم إما بمفرده وإما بمصاحبة فرقعة المفصل المؤلم، وقد تسمع الفرقعة بدرجة أكثر وضوحاً مع ازدياد توتر العضلات، حينها يصعب على المريض تجاهل المشكلة، ويبدو على إثر ذلك انزياح القرص أكثر إيلاًماً. ولذلك يستحسن في بداية الأمر علاج الحالة على أنها مشكلة عضلية وعلى أن يعاد تقييم الحالة فيما بعد، علماً أن الضرر الناتج من التهاب المفصل المصاحب لانزياح القرص قد يمتد إلى العضلات المجاورة. وتظل فرقعة المفصل في أعداد قلة من المرضى هي سبب ضائقتهم سواء كان ذلك بسبب الألم أو الضجيج أو الصعوبة المطلقة في تحاشي حدوث الفرقعة أثناء القيام بالوظائف اليومية، وقد يعاني بعض المرضى من الالتصاقات داخل المحفظة (intra-articular adhesion)، الأمر الذي يستوجب اللجوء إلى الحلول الجراحية، وخصوصاً للمرضى الذين يعانون من مشاكل حركية (انظر الفصل ١٧). وبما أن الجراحة علاج متعذر الانعكاس (التصويب) فإنه يتحتم تحديد حالة القرص بالتصوير الشعاعي والوقوف على سبب المشكلة، حتى يمكن التأكد من صحة العلاج، ويطمئن المريض للخيار العلاجي الجراحي.

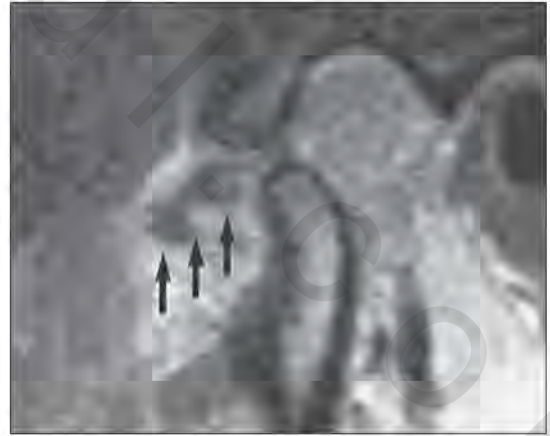


الشكل (١٦، ٦). جبيرة إعادة التوضع الأمامي مثبتة عن طريق مشابك كروية على الضواحك السفلية.

انزياح القرص غير الردود (القفل المغلق)

التشخيص

قد لا يشعر غالبية الأفراد الذين يعانون من الأصوات المفصالية بالتغيرات المرضية، والتي قد تمتد على مدى عقود من الزمن، إلا أنه يتوقع أن تتطور حالاتهم إلى أيٍّ من المآكين التاليين؛ وهي إما أن تقلص فتحة الفم ببطء دون الشعور بالألم على مدى أشهر أو سنوات حتى يصبح الإقفال المغلق (closed lock) متكرراً ومستمراً لفترات طويلة وليتتهي بعد ذلك باستحالة فتح الفم بعد سماع الفرقعة، وإما أن ينتهي ألم فرقعة المفصل الذي قد يمتد على مدى أسابيع أو سنين عدة بإقفال الفم المفاجئ، وفي كلتا الحالتين يبقى القرص مزاحاً إلى الأمام دون رد (displacement without reduction) على الرغم من محاولات المريض الجادة في فتح الفم (الشكل ١٦، ٧).



الشكل (١٦، ٧). صورة بالرنين المغناطيسي لقرص مزاح غير ردود في وضع الفم المفتوح وتشير الأسهم باللون الأسود إلى القرص.

وعند اعتبار القفل المغلق تشخيصاً محتملاً لنزوح القرص غير الردود، فإنه يجب الحذر من أن يكون إغلاق

الفم نتيجة لأسباب عضلية لا غير، حيث تقدر فتحة الفم في حالات القفل المغلق بحوالي ٢٠ - ٣٠ ملم، علماً أن الحركة المحورية في الحيز السفلي للمفصل لا تسمح بفتح الفم بأكثر من ٢٠ ملم. وتبقى الفصوص السريرية دون منازع قادرة على تحديد ما إذا كانت فتحة الفم تتحسن بالمط السليبي أم لا، حيث يغلب أن يعود ازدياد فتحة الفم ببطء وعلى استحياء إلى أسباب عضلية، وقد يكشف الفحص عن تراجع الحركة الجانبية والتبازية وليس فتح الفم، وتعتبر هذه أحد أساليب استقصاء تراجع الحركة الانتقالية في المفصل. ويعد التصوير بالرنين المغناطيسي حجر الزاوية في تحديد موقع القرص وفي عملية التشخيص، وبالأخص في حالة انزياح القرص غير الردود.

الصفات السريرية الرئيسة لانزياح القرص غير الردود

- تراجع فتحة الفم بشكل كبير.
- إشارة التاريخ المرضي إلى الشكوى من فرقعة المفصل في الماضي.
- الشعور بالألم الشديد عند محاولة فتح الفم.
- تراجع الحركة الانتقالية للمفصل بشكل كبير.

العلاج

لا يعد العلاج التحفظي للقفل المغلق الحقيقي ذا فائدة تذكر سواء في إعادة القرص إلى مكانه أو إلى تحسين حركة الفك، علماً أن بعضاً من الذين يعانون من انزياح القرص الأمامي غير الردود لا يشعرون بالألم، ويمكنهم المحافظة على حركة الفك السفلي الطبيعية، ويقدر أن حوالي ٥٠٪ ممن يعانون من القفل المغلق يتعافون من الألم وفرقعة المفصل، ويعودون إلى حياتهم الطبيعية في نهاية الأمر، وقد تختفي الأعراض من

وتوصف من قبل المرضى غالباً بالسحل أو الحزيز، وقد تظهر المشكلة خلال أسابيع قليلة، وقد لا يشير التاريخ المرضي إلى أي شكوى مسبقة من اضطراب المفصل الفكي الصدغي. وتشير الدلائل إلى أن فقدان الأرحاء المتعدد يرتبط بنشوء هذه الحالة على الرغم أن فقدان الأسنان ظاهرة شائعة الانتشار بينما لا تعدو هذه الحالة إلا أن تكون نادرة، ومع ذلك فإن فقدان الأسنان لا يعد السبب الوحيد لأمراض المفصل التكنسية ولكنه ربما يلعب دوراً مهماً في زيادة القابلية لهذا المرض.

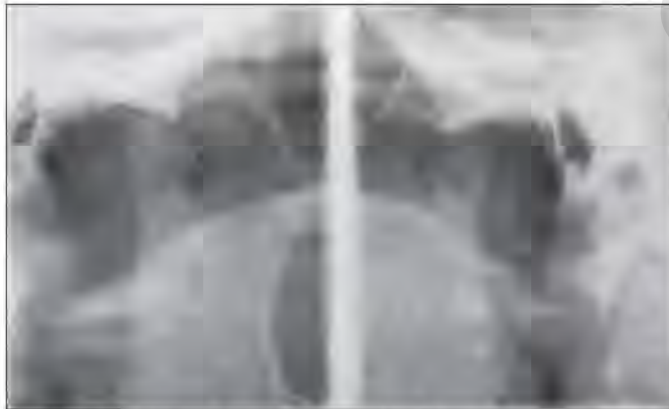
تساهم الصور الشعاعية في تأكيد تشخيص اضطرابات المفصل الفكي الصدغي، حيث يمكن ملاحظة علامات التآكل وظهور النابتة العظمية (osteophyte) ومهامز الجر (traction spurs) المصاحب للالتهابات الحادة (الشكل ٨، ١٦)، بالإضافة إلى عدم انتظام سطح اللقمة في مرحلة انحسار المرض، ويعرف هذا الاضطراب في الوقت الراهن بتأريخه الطبيعي المميز، حيث يبدأ بمرحلة الالتهاب التآكلية المؤلمة، والتي قد تستمر لمدة ٣ أشهر يتبعها بعد ذلك مرحلة الاستقرار المتميزة بتعافي الأسطح العظمية وعودة نعومتها مرة أخرى.

آخرين على مدى فترات من الزمن، ومع هذا يستحيل التنبؤ بمآل أي من هذه الحالات، ويصعب تحديد الفترة الزمنية اللازمة للشفاء بمنظور علمي، وقد يتطلب تخفيف المعاناة من الأعراض الشديدة لدى بعض المرضى التدخل الجراحي (انظر الفصل ١٧).

أمراض المفصل التكنسية

التشخيص

تشابه أمراض المفصل التكنسية (degenerative joint disease) بشكل كبير مع التهاب المفصل الضموري (osteoarthritis) الذي تصاب به سائر المفاصل، وتشاهد أمراض المفصل التكنسية عموماً في منتصف العمر، وتتميز بالآلام المفصالية الحادة وخصوصاً عند الحركة، ويسبب جس لقمة المفصل من الخارج أو من داخل الأذن درجة من الألم والمعاناة، وقد تتراجع حركة الفك وبالأخص الحركة الانتقالية، ولا تتعدى غالباً فتحة القم ما بين القواطع بأكثر من ٢٠ ملم، وقد تقل عن ذلك بكثير. وتتميز هذه الحالة بصدور أصوات على شكل حزيز أو قلقل أو فرقة مع حركة المفصل،



الشكل (٨، ١٦). صورة شعاعية لمفصل مصاب بالأمراض التكنسية، وتظهر كلتا لقمتي المفصل مسطحتين وبسطوح غير منتظمة، ويبدو تآكل اللقمة المركزي النشط في الجانب الأيمن.

والتهاب المفصل التفاعلي (reactive arthritis)، ومرض النقرس (gout)، والذئبة الحمامية المجموعية، والتهاب المفصل في الصدفية (psoriatic arthritis)، فتشاهد جميعها في المفصل الفكي الصدغي، ولها القدرة على إحداث أضرار دائمة لسطح المفصل مع فقدان اللقمة لارتفاعها (الشكل ٩، ١٦). ويتميز التهاب المفصل التفاعلي خصوصاً بارتباطه بحدوث التصاقات في المفصل الفكي. ويندرج علاج المفصل الفكي الصدغي في هذه الحالات كجزء من المعالجة الشاملة لكل المفاصل المصابة، ويعد من ضمن مسؤوليات اختصاصي الأمراض الرئوية، وينصح دائماً بتقليل الأحمال على هذه المفاصل قدر الإمكان، وقد لا يستغنى عن المداخلة الجراحية أحياناً لمفصل الفك الصدغي.



الشكل (٩، ١٦). صورة شعاعية لمفصل تظهر التلف الناتج عن التهاب الفقار المقسط، وتشير الأسهم البيضاء، إلى ثلمة الفك السفلي، والأسهم السوداء إلى ماتبقى من حواف اللقمة.

الصفات السريرية الرئيسة لأمراض المفصل التنكسية

- الشعور بالألم في مركز المفصل.
- الشعور بالألم عند جس المفصل.
- سماع فرقعة المفصل.
- تراجع فتحة الفم.
- تراجع الحركة الانتقالية للمفصل.
- ظهور العلامات الشعاعية للالتهاب كتآكل المفصل، ومهامز الجر، وعلامات إعادة التشكل.

العلاج

يهدف العلاج أساساً إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من الراحة حين بلوغ مرحلة الاستقرار الطبيعي (natural resolution) وذلك بإعطاء مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (NSAIDs) والتأكد من تحقيق أكبر قدر من الدعم الإطباقي. ويمكن أن يستغرق هذا الأسلوب شهوراً طويلة، ومع ذلك فقد لا يجد بعض المرضى أي تحسن في درجة آلامهم، ولذلك ينصحون باللجوء إلى بزل المفصل وإجراء الغسيل إضافة إلى حقن مركبات الستيروئيدات داخل المحفظة أو الخضوع للجراحة، ومن الأفضل أن يقوم بهذه الإجراءات من لديهم الخبرة في عمليات المفصل الفكي الصدغي.

اعتلال المفاصل المجموعي

يصاب المفصل الفكي الصدغي أحياناً بمجموعة واسعة من اعتلال المفاصل (arthropathies)، ولعل التهاب المفصل الروماتويدي أكثرها قساوة وضرراً في المرضى اليافعين، ولحسن الحظ، فإنه ليس كذلك في المرضى البالغين. أما التهاب الفقار المقسط (ankylosing spondylitis)،

الآلم العصبي الوجهي غير النمطي وأسباب

الآلام الأخرى غير سننية المنشأ

تعرض الاضطرابات المتبقية في هذا الفصل من هذا الكتاب لأهميتها عند الشروع في التشخيص التفريقي، وكذلك لإيضاح ما يمكن أن يقوم به طبيب الأسنان في هذا المجال.

الآلم العصبي الوجهي غير النمطي

استخدم مصطلح الآلم العصبي الوجهي غير النمطي (atypical facial pain) في الأصل كحاوية لتستوعب حالات الآلام غير النمطية التي يتعذر تشخيصها بعد مراجعة وإقصاء كل الأسباب المحتملة، وعرف هذا الوصف فيما بعد للحالات المؤلمة التي يشترك في وصفها مجموعة من المرضى وتشابه في أنماطها، ولها صفات مشتركة تجعلها تبدو كوحدة واحدة.

يرتبط نشوء الآلم في هذه الحالات غالباً بأحد أساليب علاج الأسنان، ويمكن من خلال مراجعة التاريخ الطبي الاستدلال على معاناة المريض من آلم سابق كان هو الدافع الرئيس للبحث عن العلاج. وتتميز هذه الآلام باستمرارها على الرغم من كل المحاولات العلاجية للأسنان بما في ذلك علاج التسوس، وعلاج لب السن، وأحياناً قلع الأسنان وحتى مع التخدير الموضعي. ويعتقد المؤلف أن تشخيص التهاب السنخ الجاف عادة بعد قلع الأسنان يتناقض مع حقيقة تباطؤ الشفاء لاسيما أن فحص الجرح سريرياً يعجز دائماً عن كشف ما يؤكد التشخيص. وعلى الرغم من ذلك، فقد يشعر المريض بنوع من التحسن، وتراجع في حدة الآلم إلا أنه لا يعدو بعد ذلك إلا ويعود مجدداً في المكان نفسه أو على مقربة منه ليوحي للمريض أن السن الذي تم

علاجه هو السن الخطأ، وأن هناك حاجة ما لعمل آخر. ومع ذلك، فإن جميع المعالجات الموضعية للأسنان لا تتيح أي فرصة لتخفيف المعاناة، وليس من المستغرب أن يبدو المريض محبطاً من عدم جدوى علاج طبيب الأسنان، وقد يلجأ إلى زيارة أطباء عدة طلباً لفرج يندر وجوده.

يتميز الآلم العصبي الوجهي غير النمطي بكونه ألماً مزمناً يستمر لسنوات عدة، ويمكن أن تنقضي السنة الأولى قبل الوصول إلى تشخيص بعينه، ولكنه يختلف في طبيعته وفي حدته، ويوصف عادة على أنه آلم مستمر، وربما يكون حاداً، وموجعاً، ونابضاً ولا يستجيب للمسكنات الاعتيادية. ويبدو ارتباطه بالعوامل الطبيعية المسببة عادة للآلم (allodynia) قوياً جداً، ولكن لا تظهر مع ذلك أي من علامات الالتهاب، أو الإفرازات الغريبة، ويمكن للآلم الانتقال من جهة إلى أخرى، ولكنه في الغالب يبقى في نفس الجانب. أما معدل الإصابة في النساء فيرتفع عن مثيلاته في الرجال، ويغلب على تشخيص معظم الحالات في أواخر الأربعينات أو الخمسينات من العمر، وهناك علاقة قوية بين هذه الحالة والإصابة بالقلق أو الكآبة على الرغم من انعدام أي دلائل منطقية على أن الاضطرابات النفسية أحد الأسباب. ولكن هناك مؤشرات واضحة تدل على أن الكثير من هؤلاء المرضى يعانون من اضطرابات جسدية (somatisation) وبذلك يمكن أن يكون الآلم نتاجاً لعوامل نفسية، حيث يعتقد أن المرونة العصبونية (neuronal plasticity) تلعب دوراً في تطور واستمرار هذه الحالة. ويبقى السؤال الذي لا يعرف له إجابة: لماذا هؤلاء الأشخاص أكثر عرضة للإصابة

من غيرهم؟ ومع هذا الغموض تتلاشى الفحوص المثالية للتشخيص، ويكتفى بإقصاء المسببات الموضعية الأخرى للألم. ولذا يجب على الطبيب الممارس الإمعان في البحث عن الآلام التي لا تتلاءم مع الأمراض الموضعية، وكذلك حقيقة غياب الاستجابة للمعالجات التي تمت الإشارة إليها فيما سبق.

الصفات السريرية الرئيسة للألم العصبي الوجهي غير النمطي

- عدم ارتباط الألم بأي من أمراض الأسنان الحالية.
- استمرار الألم وغياب الاستجابة لعلاج الأسنان.
- عدم تطابق الألم مع المشاكل العصبية الشائعة مثل الألم العصبي والشقيقة.
- تعدد زيارات الطبيب لعلاج الأسنان، والذي ينتهي غالباً بقلع الأسنان.
- تشابه أعراضه مع التهاب السنخ الجاف.
- ميل الألم للانتقال من موقعه الأساسي خلال فترة أشهر أو سنوات.

علاج الألم العصبي الوجهي غير النمطي

يعالج الألم العصبي غير النمطي بالمسكنات الاعتيادية ومضادات الاكتئاب، وأحياناً بالإحالة إلى الاختصاصي النفسي أو الطبيب النفسي، وكذلك باستخدام الإثارة الكهربائية للأعصاب عن طريق الجلد (transectaneous electrical nerve stimulation-TENS)، أو بأي من الأساليب الأخرى المستخدمة لعلاج الألم. ويجب الحذر عند التخطيط للعلاج بألا يعطى المريض الانطباع بأن معاناته ضرب من الخيال، وأنها

لا ترقى أن تكون حقيقية، وأن طبيب الأسنان لا يريد سوى التخلص من هذا المريض المزعج. إن حقيقة الأمر أن هؤلاء المرضى يعانون من آلام واقعية؛ ولذلك يستحقون قدراً كبيراً من الاهتمام والمتابعة الشاملة، ومع كل هذا يجب عدم المبالغة إلى حد الإفراط في العناية، فمن الممكن مع تعدد المحاولات العلاجية الفاشلة في علاج المشاكل السنية أن ينتهي المريض إلى اعتقاد خاطئ بأن مشكلته لا محالة تتعلق بالأسنان لا غير، وأن طبيب الأسنان عاجز عن تحقيق الشفاء.

وتتلخص الإستراتيجية الصحيحة في علاج الألم العصبي الوجهي غير النمطي في التالي:

- التعرف على المشكلة في وقت مبكر قدر الإمكان.
- علاج أي من الأسباب الموضعية للألم.
- تجنب المعالجة غير القابلة للتصويب.
- إبلاغ المريض بالتشخيص، وبمدى تحسن حالته الصحية.
- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي المطلوب.
- مراعاة ملاءمة أي علاج يقدم للأسنان مع الواقع وظروف المريض الخاصة.
- تحويل المريض إلى الاختصاصي في فترة مبكرة.
- الاستنتاجات الاحصائية أو القواعد الثلاث
- المساعدة في تشخيص وعلاج الألم الوجهي المزمن:
- ١- الألم الذي يستمر لأكثر من سنة ولا يستجيب للعلاج رغم المحاولات الجادة في التشخيص والمعالجة الموضعية الفورية.
- ٢- تردد المريض على الاختصاصيين بسبب الألم الأقل فرصة للشفاء بعد علاج الأسنان.
- ٣- فشل قلع الأسنان المطمورة في الجهة المصابة بالألم الوجهي في تخفيف الألم.

(surgical resection) للأعصاب المحيطة في مناطق انتشار الألم، وكذلك المعالجة بالتبريد (cryosurgery) إلا أن شعبية هذه الأساليب العلاجية قد تراجعت مؤخراً نظراً لتضاءل فترة الشفاء، والتي لا تتعدى في أفضل الأحوال مدة سنة إلى سنتين، إضافة إلى تسببها في نشوء خدر قد يعاني منه المريض بقدر معاناته من الألم. ولعل تعريض آفات عقدة الثلاثي التوائم للموجات المترددة (radiofrequency) أو بتر جذع العصب الثلاثي التوائم خلف الحفرة القحفية ذو فائدة في علاج الحالات المتقدمة، والحالات المقاومة للعلاج الدوائي.

وبما أن ألم العصب الثلاثي التوائم يصيب كبار السن بشكل خاص، فإنه يتعين تحويل المرضى الذين تقل أعمارهم عن ٥٠ سنة عند تشخيص حالتهم إلى طبيب الجهاز العصبي بأسرع وقت من أجل استبعاد الاضطرابات الأخرى المشابهة في الأعراض مثل داء التصلب المتعدد (multiple sclerosis) والأورام داخل القحف (intracranial neoplasms).

الشقيقة والصداع العنقودي

يسبب الصداع الشقيقة (migraine) أكثر مما يسببه الألم الوجهي، وكذلك الصداع العنقودي (cluster headache). ويرتبط النوع التقليدي من الشقيقة بالغثيان واضطراب الرؤية وبدرجة أقل برهاب الضوء (photophobia) وتدعى الحالات الأكثر انتشاراً بالشقيقة الشائعة (common migraine) ويتميز هذا النوع بالصداع الدوري (periodic headache) وغياب الأعراض الأخرى. وبما أنه يعتقد أنها تنشأ نتيجة خلل وعائي، فإنها تستجيب بشكل جيد للعلاج الوقائي بمجموعة تربتان (triptans)، مثل مضادات مستقبلات هيدروكسي تربتامين (5HT1)، وقد يستفيد كذلك الكثير من المرضى

وربما تبدو هذه الاستنتاجات ساذجة إلى درجة ما ولكنها في حقيقة الأمر تساهم بشكل جيد في منع الممارس الغافل من السقوط في وحل العلاج الفاشل، وبالتالي تمنح فرجة من الوقت لتأجيل المعالجة من أجل اقتناص الفرصة الأفضل لبلوغ الشفاء. ولذلك يتحتم تفريق الألم العصبي الوجهي غير النمطي بكل دقة من الأمراض العصبية والآلام الوجهية ذات الأسباب المركزية.

ألم العصب الثلاثي التوائم

يشعر المريض بألم العصب الثلاثي التوائم (trigeminal neuralgia) إما في الفك العلوي أو الفك السفلي وعلى الأغلب في جهة واحدة، ويتميز الألم بكونه حاداً وشديداً وله صفة الصعق الكهربائي، أو ألم وخز الإبر، ويحدث عادة في شكل نوبات قصيرة ومتعددة عند لمس أو إثارة الجلد أو الغشاء المخاطي، وحتى إن كان اللمس لطيفاً وهادئاً. وتسمى هذه المناطق بمنطقة الإثارة، وقد لا تتأثر هذه المناطق بالجلس العنيف، وبذلك تفشل عملية إثارة الألم، وقد يشعر المريض بوجع ما بعد النوبة مباشرة إلا أن الأكثر شيوعاً الشعور بالراحة بين النوبات المتكررة.

يعالج ألم العصب الثلاثي التوائم بمضادات الاختلاج (anticonvulsants)، ويعتبر عقار كربامازيبين (carbamazepine) الخيار الأول، علماً أن عقاري فينيتوين (phenytoin) وفالبروات الصوديوم (sodium valproate) قد استخدمتا فيما مضى بنجاح. ومن وجهة نظر المؤلف، فإن من الأفضل على المدى البعيد علاج هذه الحالة من قبل طبيب الجهاز العصبي، علماً أن لطبيب الأسنان الحرية المطلقة في علاج هذه الحالة إذا ما قام بالمتابعة والتقييم الشامل لمدى فاعلية العلاج. ولقد كان هناك إقبال واسع النطاق للاستئصال الجراحي

الشبكية إلى احتمال فقدان البصر؛ ولذلك يعد التدخل العلاجي المبكر بإعطاء مركبات الكورتيزون ذا فعالية بالغة في الوقاية من هذه المضاعفات، وتأتي أهمية دور طبيب الأسنان في التعرف على هذه الحالة في وقت مبكر ومن ثم تحويلها بأسرع ما يمكن إلى الطبيب المختص.

الآلم المتحول

ينشأ الآلم الوجهي أحياناً من مواقع بعيدة تعرف بالآلم المتحول (referred pain)، ولعل المثال التقليدي المشار إليه في الكتب الطبية هو آلم الذبحة الصدرية (angina pectoris)، والذي يشعر به المريض في الجبهة اليسرى من الفك السفلي بالإضافة إلى الأماكن المعروفة الأخرى كمنتصف الصدر والكتف الأيسر وحتى الناحية الداخلية للعضد الأيسر. ويذكر المؤلف حالة مريض كان يبحث عن قلع الرحى السفلية اليسرى للتخلص من الآلم، علماً أن سبب آلمه هو استرواح الصدر التلقائي (spontaneous pneumothorax) في الجهة ذاتها. ولذلك، فإن آلم الفك قد يكون مصدره بعيداً، كأن يكون من البلعوم، أو الأذن، أو الرقبة. ومع أن الإسهاب في تفصيل كل الأسباب المحتملة للآلم الوجهي غير سنية المنشأ خارج نطاق هذا الكتاب إلا أنه يتحتم على أطباء الأسنان إدراك كل الاحتمالات المسببة للآلم الفكي، والتي قد لا تكون بالضرورة في المناطق التي اعتادوا القيام بفحصها، وبذلك يتوجب عليهم ممارسة أقصى درجات الحيلة والحذر عند مواجهة أي صعوبات في التشخيص.

من مسكنات الآلم البسيطة. وتندرج أهمية دور طبيب الأسنان مع هذه الحالة في التفريق ما بين الشقيقة والآلم العصبي الوجهي غير النمطي، وخصوصاً إذا كانت الحالة الأخيرة تسبب الصداع نظراً لتأثيرها على عضلة الصدغ والعضلة القذالية الجبهية (occipitofrontalis muscle). وهناك دلائل على أن الشقيقة تستجيب للعلاج بالأجهزة الإطباقية (occlusal appliance) إلا أن دور طب الأسنان في هذا المجال لا يزال مثيراً للجدل. وعلى الرغم من تشابه أعراض الصداع العنقودي مع الشقيقة إلا أن الأول يصيب الرأس والوجه، ويتزامن أحياناً مع توهج الجلد، واحتقان وزيادة سوائل الأنف.

الالتهاب الشرياني ذو الخلايا العملاقة

يعتبر الالتهاب الشرياني ذو الخلايا العملاقة (giant-cell arteritis) إحدى الحالات النادرة للآلم الحاد في منطقة الوجه، ويعد التشخيص المبكر سبباً مهماً في شفاء المريض، وتنحصر الإصابة فقط في كبار السن، وتتميز بآلم شديد ذي منشأ التهابي يتمركز بأسوأ ما يكون على الشريان المصاب. وعلى الرغم من أن الالتهاب الوعائي (vasculitis) يظهر مبكراً في مناطق الرأس والرقبة إلا أنه يعد أحد الاضطرابات المجموعية، ويمكن تأكيد الإصابة من خلال الفحص النسيجي، حيث يبدو الشريان الصدغي السطحي (superficial temporal artery) المصاب أكثر اتساعاً وتصلباً. وتتعاظم خطورة هذا المرض مع إغفال العلاج حيث يؤدي انسداد الشرايين

قراءات إضافية

Feinmann C., Harris M. (1984b) Psychogenic facial pain. Part 2: management and prognosis. *British Dental Journal* 156: 205-208.

Feinmann C., Harris M. (1984a) Psychogenic facial pain. Part 1: the clinical presentation. *British Dental Journal* 156: 165-168.

of the temporomandibular disorder pain dysfunction syndrome: the relationship of mental disorders to presentation. *British Dental Journal* 182: 255–260.

Nitzan D. W., Samson B., Better H. (1997) Long-term outcome of arthrocentesis for sudden onset, persistent, severe closed lock of the temporomandibular joint. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 55: 151–157.

Okeson J. P. (1989) *Management of temporomandibular disorders and occlusion*, 4th edn. Mosby, St Louis, MO.

Okeson J. P., Bell W. E. (eds.) (1995) *Bell's orofacial pain*, 5th edn. Quintessence, Chicago, IL.

Sarnat B. G., Laskin D. M. (1992) *The temporomandibular joint. A biological basis for clinical practice*, 4th edn. Saunders, Philadelphia, PA.

Schnurr R. F., Brooke R. I. (1992) Atypical odontalgia: update and comment on long-term follow-up. *Oral Surgery* 73: 445–448.

Seligman D. A., Pullinger A. G. (1991) The role of functional occlusal relationships in temporomandibular disorders: a review. *Journal of Craniomandibular Disorders* 5: 265–279.

Westling L. (1992) Temporomandibular joint dysfunction and systemic joint laxity. *Swedish Dental Journal Supplement* 81: 1–79.

Gray R. J. M., Davies S. J., Quayle A. A. (1995) *Temporomandibular disorders: a clinical approach*. British Dental Journal, London.

Hall E. H., Terezhalmay G. T., Pelleu G. B. (1986) A set of descriptors for the diagnosis of dental pain syndromes. *Oral Surgery* 61: 153–157.

Harrison S. D. (2002) Atypical facial pain and atypical odontalgia. In: Zakrewska J. M., Harrison S. D. (eds.) *Assessment and management of orofacial pain*. Pain Research and Clinical Management, Vol 14. Elsevier, Amsterdam, Netherlands, pp. 255–266.

Helkimo M. (1976) Epidemiological surveys of the masticatory system. In: Melcher A. H., Zarb G. A. (eds.) *Oral Sciences Reviews No 7 Temporomandibular joint function and dysfunction III*. Munksgaard, Copenhagen, Denmark, 7: 54–69.

Kurita K., Westesson P-L., Yuasa H., Toyama M., Machida J., Ogi N. (1998) Natural course of untreated symptomatic temporomandibular joint disk displacement without reduction. *Journal of Dental Research* 77: 361–365.

McNeill C. (ed.) (1993) *Temporomandibular Disorders. Guidelines for classification, assessment and management*. Quintessence, Chicago, IL.

Morris S., Benjamin S., Gray R. J. M., Bennett D. (1997) Physical, psychiatric and social characteristics

التقييم الذاتي

٥- ما الأهمية التشخيصية لحيز المفصل الفكي الصدغي المرتبط بآلم المفصل وبترجع شديد في حركة المفصل؟

٦- تشتكي مريضة منذ شهرين من ألم شديد ثنائي الجانب أمام صوان الأذن ووجع على العضلة الماضغة والعضلة الجناحية الوحشية، ولا تزيد فتحة الفم ما بين القواطع عن ٢٨ ملم، وليس هناك دلالة على أي من أمراض الأسنان الموضعية، ويشير التاريخ الطبي كذلك إلى أن المريضة تعاني من عادة طحن

١- اذكر أربع صفات للآلم العضلي تستطيع على ضوءها تمييزه من الآلم سني المنشأ.

٢- اذكر صفتين تميزان الآلم الناشئ من التهاب المفصل الفكي الصدغي من الآلم العضلي.

٣- ما الطريقة المتاحة لتمييز تقلص فتحة الفم المرتبطة بعسر الوظيفة الفموية الوجهية المؤلم من تلك المرتبطة بانزياح القرص غير الردود.

٤- متى يجب اعتبار الجراحة الحل المثالي لاضطرابات انزياح القرص؟

- الأسنان بشكل مستمر نظراً لظروف العمل المرهقة،
وتستيقظ غالباً كل صباح على ألم شديد. ما هي النصيحة
الواجب تقديمها، وما هي خيارات العلاج المتوفرة؟
- ٧- ما المؤشرات التي تنذر باحتمال الإصابة
بالألم العصبي الوجهي غير النمطي من التاريخ المرضي
والفحص السريري؟
- ٨- ما أوجه الاختلاف بين ألم العصب الثلاثي
التوائم والألم العصبي الوجهي غير النمطي؟
- ٩- ماهو دور تشخيص الألم العصبي الوجهي
غير النمطي في تعديل وتحويل خطط علاج الأسنان.
الإجابة في الملحق ب.