

(التشخيص السريري لإضطرابات المفصل الفكي الصدغي)

الجزء الثاني

الأستاذ الدكتور مازن زيناتي

رئيس قسم جراحة الفم و الوجه و الفكين

الجامعة السورية الخاصة
SYRIAN PRIVATE UNIVERSITY

ثالثاً - خلوع المفصل الفكي الصدغي :

- في الحالات الطبيعية تتراوح فتحة الفم بين ٤٠ - ٦٠ ملم حيث ينزلق المركب القرصي - اللقي على الحافة الخلفية للحدبة المفصالية ، وعند نهاية الفتح تصل اللقمة إلى مستوى ذروة الحدبة المفصالية أو إلى الأمام قليلاً ويفصل بينها القرص المفصلي .
- أما في حالات خلوع المفصل الفكي فتحدث زيادة في حركة اللقمة والقرص (فرط حركة) مما يؤدي إلى حالة الخلع أو تحت الخلع للمفصل الفكي .

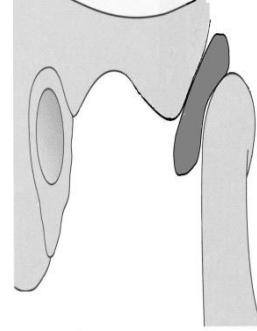
للخلع عدة أسباب :

- ١ - وجود حدبة مفصالية مسطحة ذات منحدر خلفي قصير وتجويف مفصلي ضحل (okeson) .
- ٢ - ارتخاء في المحفظة والأربطة المفصالية (okeson) .
- ٣ - عدم انسجام في وظيفة العضلات الماضغة (sadako) .
- ٤ - الرضوض الخارجية على المفصل والفك السفلي (kaplan) .

أ - تحت الخلع (فرط الحركة) : Subluxation (hypermobility)

- ضحل مع حدبة مفصالية مسطحة ذات منحدر خلفي قصير ومنحدر أمامي طويل ومسطح ويترافق مع ارتخاء في الأربطة المفصالية والمحفظة مما يؤدي إلى انزلاق اللقمة إلى خارج التجويف المفصلي لتصل إلى الأمام من الحدبة المفصالية كما ينزلق القرص إلى الخلف من اللقمة ليتم فصل مع حافتها الخلفية عند نهاية الفتح (okeson, Kaplan) وسريراً يشعر المريض بخروج المفصل من مكانه عند كل فتحة فم واسعة وتترافق مع صعوبة في الإغلاق ، ولدى مراقبة القطب الوحشي لللقمة عند الفتح نلاحظ أن اللقمة تقفز للخارج عند نهاية الفتح تاركة خلفها فراغاً كتجويف صغير أمام الأذن

وعند بداية الإغلاق يحدث انحراف مفاجئ للفك السفلي ثم يعود للخط المتوسط عند متابعة الإغلاق .



أعراضه:

- ١ - صفة الفرقعة : تحدث عند بداية الإغلاق فقط بعد الفتح الواسع .
- ٢ - صوت الفرقعة : بسيط أو متوسط الشدة .
- ٣ - تكرار الفرقعة : أحياناً بعد الفتح الواسع (تتأوب) .
- ٤ - حركة الفك السفلي : عند بداية الإغلاق يحدث انحراف مفاجئ للفك السفلي ثم يعود للخط المتوسط أما الفتح فتكون حركة الفك السفلي طبيعية .
- ٥ - حركة اللقمة : فرط حركة حيث تخرج من التجويف المفصلي عند الفتح ثم تعود إليه عند الإغلاق .
- ٦ - الألم : لا يوجد وأحياناً يحدث ألم خفيف أو انزعاج عند تكرار الفتح عدة مرات .
- ٧ - المضغ : طبيعي ثنائي الجانب .
- ٨ - مقدار فتحة الفم : طبيعية (٤٠ - ٦٠ ملم) .
- وقد ذكر okeson أن حالة تحت الخلع للمفصل الفكي تعتبر ظاهرة طبيعية لدى بعض الأشخاص وليست ظاهرة مرضية وذلك عندما تكون غير مترافقة مع الألم أو سوء الوظيفة .

ب - الخلع الكامل (Dislocation)

■ عند الفتح الواسع تخرج اللقمة والقرص المفصلي مع عدم قدرتها على العودة إلى وضعية الإغلاق فيبقى الفم مفتوحاً وتسمى هذه الحالة بالقفل المفتوح (Opened Lock) .

■ حيث يتوضع القرص إلى الأمام من اللقمة عند نهاية الفتح وتتوضع اللقمة إلى الأمام من الحذبة المفصالية وتتمفصل اللقمة مع الرباط الخلفي للقرص ، وعندئذ يحدث انضغاط للرباط الخلفي بين اللقمة وذروة الحذبة مما يمنع القرص من الرجوع للوضع الطبيعي فيبقى القرص إلى الأمام من اللقمة والحذبة وتترافق هذه الحالة مع الألم وتشنج شديد في العضلات الرافعة والخافضة للفك السفلي .

■ غالباً يحدث الخلع الكامل نتيجة رض خارجي على المفصل الفكي .

■ أعراضه :

■ ١ - صفة الفرقعة : لا يوجد (تظهر فرقعة عند رد خلع المفصل) .

■ ٢ - حركة الفك السفلي : حركة واسعة للفك السفلي مع عدم القدرة على الإغلاق ويبقى الفم مفتوحاً .

■ ٣ - حركة اللقمة : عند بداية الفتح تكون طبيعية .

■ وعند نهاية الفتح تخرج اللقمة والقرص من التجويف المفصلي ويحدث حالة خلع كامل للمركب القرصي اللقمي ويبقى الفم مفتوحاً (حالة القفل المفتوح (Opened lock) .

■ ٤ - الألم : يظهر الألم في معظم الحالات وقد يكون شديداً ويصاب المريض بالذعر والخوف لعدم قدرته على الإغلاق .

■ ٥ - مقدار فتحة الفم : واسعة (فتحة قصوى) .

■ ملاحظة :

■ أحياناً تترافق حالات تحت الخلع والخلع الكامل للقمة في وضعية الفتح مع انزياح جزئي أو ردود للقرص المفصلي في وضعية الإغلاق .

رابعاً - التصاق المفصل الفكي (Adhesion) :

الالتصاق له نوعين :

■ التصاق عظمي

■ التصاق ليفي .

أ - الالتصاق العظمي :

■ غالباً يكون تالياً لرض خارجي على المفصل أدى لحدوث كسر في اللقمة ونزف داخل المحفظة المفصالية تترافق مع تحدد في فتحة الفم وفي حال إهمال المعالجة ومع مرور الوقت يحدث تعظم ضمن المفصل تلتصق اللقمة مع التجويف المفصلي وتزول المسافة المفصالية .

أعراضه :

■ تحدد حركة الفتح بشكل كامل أي المريض لا يستطيع فتح الفم ولا يستطيع إجراء الحركات الجانبية والأمامية. وغالباً يكون الالتصاق العظمي وحيد الجانب وفي هذه الحالة يستطيع المريض فتح الفم بشكل بسيط جداً أي عدة ملليمترات فقط (٢ - ٣ ملم) بسبب وجود المفصل الثاني غير المصاب .

■ أفضل نوع للتصوير المفصلي في هذه الحالات هو الطبقي المحوري وفي حالات الالتصاق العظمي يعتبر التصوير الشعاعي أساسياً في التشخيص .

■ شعاعياً يلاحظ غياب المسافة المفصالية بشكل كامل ونشاهد اتصال العظم بين اللقمة والتجويف المفصلي .

ب - الالتصاق الليفي :

■ يحدث نتيجة رض خارجي على المفصل تترافق مع تثبيت للفكين لفترة طويلة مما يؤدي إلى حدوث شبكة من الألياف تربط بين القرص المفصلي والسطوح العظمية المفصالية .

و في التصنيف أيضا ويكون التصاق القرص المفصلي إما التصاق علوي أو التصاق سفلي .

١ - الالتصاق العلوي :

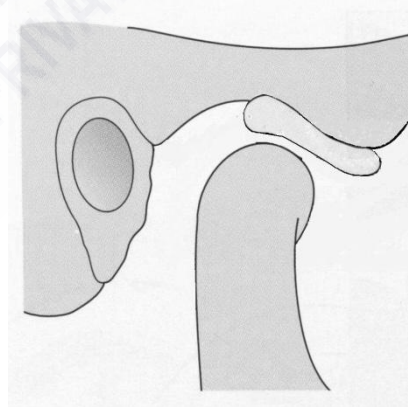
■ يتم بين السطح للقرص المفصلي مع الحافة الخلفية للحدبة المفصليّة أي في القسم العلوي من المفصل الفكي . وقد يلتصق القرص وهو بحالة توضع طبيعي ضمن التجويف العظمي أو يلتصق وهو بحالة انزياح أمامي أو انزياح أمامي جانبي (أنسي) .

أعراضه :

■ ١ - تحدث فرقعة عند الفتح والإغلاق وتتميز هذه الفرقعة بأنها تحدث بنفس الوقت من فتحة الفم سواءً عند الفتح والإغلاق وغالباً يكون صوت الفرقعة واضحاً ومسموعاً ويكون صوت الفرقعة أصماً (يشبه صوت فتح زجاجة المشروبات الغازية) .

■ ٢ - حركة الفك السفلي غالباً تترافق مع انحراف الفك السفلي .

■ ٣ - الألم : غالباً لا يوجد ألم وأحياناً يلاحظ ألم أو شعور الانزياح عن الفتح والإغلاق .



٢ - الالتصاق السفلي :

■ يتم الالتصاق السفلي للقرص المفصلي بين السطح السفلي للقرص مع الحافة الأمامية والعلوية للكمة المفصلية .

أعراضه :

■ ١ - لا يوجد فرقة .

■ ٢ - حركة الفك السفلي : تغيب الحركة الدورانية للكمة وتبقى الحركة الانزلاقية عند الفتح وبالتالي يلاحظ أن الفك السفلي يقفز عند بداية الفتح (Jumping) .

■ ٣ - الألم : لا يوجد .

خامساً - الفرقة المفصلية :

■ يوجد عدة أسباب للفرقة المفصلية كما أنّ طرق معالجتها مختلفة فمنها لا يحتاج إلى علاج ومنها لا فائدة من العلاج ومنها معالجتها تسبب مشاكل أخرى . لذلك يجب أن تشخص الفرقة جيداً مع السبب الناجمة عنه .

■ عملياً للفرقة المفصلية خمسة أنواع و هي :

١- فرقة Farrar :

■ تم شرحها سابقاً وهي تبدأ بالتدريج بعد التوضع الأمامي الأنسي للقرص نسبة للكمة وتحدث الفرقة في منتصف الفتح وعند الإغلاق تحمل اللكمة القرص وتحصل الفرقة مرة أخرى عند نهاية الإغلاق فالفرقة المزدوجة في مكانين مختلفين مميزتين أساسيتين لهذه الفرقة .

٢- فرقة خلع اللكمة الردود :

■ وهي لا تحصل بشكل دائم وتتناسب مع تمطط الأربطة الشديدة وتتميز بكون اللكمة تغير اتجاهها بسرعة بعد تجاوز الحدة المفصلية كما أنها تتميز بأنها تحصل في نهاية حركة الفتح بعد التثاؤب مثلاً ومن السهل تشخيصها لأنه من الممكن رؤية مكان اللكمة السابق من تحت الجلد والذي يظهر كإنخماص بسيط والفرقة لا تغير من مكانها مع الزمن بينما فرقة القرص تغير مكانها

٣- فرقة الرباط الوحشي :

■ عندما يوجد مثلاً عضة معكوسة أحادية الجانب فإنه يحدث انزياح بالفك السفلي فلقمة تتجه نحو الداخل وأخرى نحو الخارج واللقمة المتجهة نحو الخارج تحتك مع الرباط الوحشي فيتليف الرباط ويتكثف كرد فعل وتبني اللقمة بارزة عظمية دفاعاً عنها فيتشكل وتر وعود ممكن خلال احتكاكها مع بعضها حدوث صوت فرقعة .

■ فرقعة الرباط الوحشي أيضاً لا تغير من مكانها لأن الرباط لا يتغير موقعه واللقمة تصطدم به بنفس الموضع وهي متوسطة تقريباً بالفتح والإغلاق .

٤- فرقعة التصاق القرص المفصلي :

■ وهي تنتج عن الرضوض ونشاهدها عند الأطفال والشباب .

■ من النادر في عمر ١٥ سنة أن نشاهد أنواع أخرى من الفرقعة غير هذه لأن الأذية المفصالية تحتاج فترة زمنية طويلة لكي تحدث .

■ عند تعرض المريض لضربة على المنطقة الذقنية تنتقل القوى إلى منطقة اللقم الفكية فإذا كانت الضربة قوية يحدث كسر في اللقم أما الضربة المتوسطة التي لا تحدث كسر في اللقمة تتفرغ في منطقة المفصل وتجتازه لمنطقة الرباط المزدوج وتخرقه فإما أن يثقب الرباط أو أن يتمزق عن ارتكازاته .

■ من المعلوم أن المنطقة فوق وتحت القرصية تحوي سائل زليلي وهي مفصولة عن بعضها وعن الوسادة خلف القرصية وعند حدوث الأذية تمتلئ الوسادة بالدم وتنفث هذه الحجرة على بعضها نتيجة لتمزق الألياف الرباطية فيعبر الدم إلى فوق وتحت القرص كما أن القرص نتيجة الأذية يتعرض للاهتراء ويصبح سطحه خشن ويمكن أن يغير وضعه للأمام قليلاً .

■ بسبب خشونة سطح القرص والدم النازف يلتصق القرص بالجوف العنابي ويصبح ثابت كأنه حجرة بالطريق الذي تسلكه اللقمة .

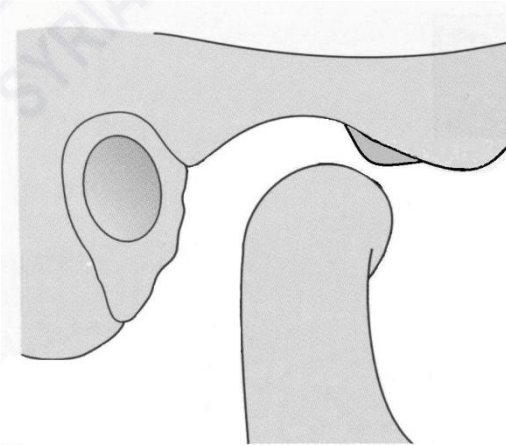
■ أحياناً يحدث بنتيجة هذا الرض التصاق للقمة وأحياناً تليف بالمنطقة والأكثر حدوثاً هو التصاق القرص لأن الأطفال بهذا العمر يكون المفصل غير نامي لديهم تماماً إذ يوجد مسافة بين اللقمة والجوف العنابي كبيرة نسبياً وارتباط اللقمة ضعيف لذلك لا يحصل التصاق بالمفصل

■ عند مرضى التصاق القرص لا تحدث الفرقعة مباشرة وقد يطول الأمر لعدة سنوات لأن التصاق القرص يحتاج لفترة زمنية أولاً ولأن المسافة بين اللقمة والجوف العنابي تكون واسعة بسبب عدم اكتمال نمو اللقمة بهذا العمر فتستطيع اللقمة المرور من تحت القرص الملتصق على الجوف العنابي وبعد عدة سنوات وعندما تأخذ اللقمة وضعها الطبيعي بعد اكتمال نموها وتصغر المسافة المفصلية تبدأ الفرقعة بالظهور وقد ينسى المريض أنه تعرض لرض من القديم وينكر تعرضه لأي رض ولكن بإمعان النظر أحياناً على ذقن المريض نلاحظ وجود ندبة خلفها الرض القديم الذي تسبب بحدوث الأذية

٥- فرقعة النتوء الغضروفي :

■ وهو نتوء غضروفي ناتج عن الجوف العنابي تشخيصه ومعالجته تماماً كما في التصاق القرص ويتميز بكونه أصغر من القرص وهو ينجم عن رض من زاوية الفك نحو الأعلى وهو مثل ندبة ناجمة عن أذى الجوف العنابي وهؤلاء المرضى يقولون أن الفرقعة لا تظهر دائماً وأحياناً تظهر عند الصباح فقط .

■ لا يكون صوت الفرقعة الناجمة عن النتوء الغضروفي كما هو عند التصاق القرص لأن القرص كبير وفرصة مرور اللقمة والارتطام به أكبر من فرصتها مع الناتئ الغضروفي الصغير فيمكن للقمة أن تنحرف يمينه أو يساره أو تحته وتحصل الفرقعة فقط عندما تمر بملامسته .



أصوات الفرقعة المفصلية :

■ صوت فرقعة الرباط الوحشي لا تختلف كثيراً عن الفرقعة الاعتيادية والفرقة الوحيدة التي تختلف عن أصوات الفرقعة الأخرى هي فرقعة التصاق القرص حيث تكون الفرقعة ذات صوت عالي مع رنة كمن ينقر على الحديد وجميع أنواع الفرقعة تحتاج لتركيز حتى سماعها أما فرقعة التصاق القرص فتسمع من مكان بعيد وتشبه فتح علبة مياه غازية .

إن ترتيب حدوث ونسب أنواع الفرقعة يكون بالشكل التالي :

■ انزلاق القرص الأمامي : ٤٠-٧٠ % .

■ فرقعة التصاق القرص : ١٥ % وهو يزداد نتيجة ازدياد الحوادث ثم يأتي انخلاع اللقمة وبعدها الرباط الوحشي .

■ أخيراً فرقعة النتوء الغضروفي : نادرة جداً ولا تبلغ أكثر من ٤ % .

وفي النهاية لا بد من التذكير بأنّ تشخيص مشاكل المفصل واضطراباته ليست من السهولة بمكان و هي تحتاج إلى الإلمام بكل الجوانب التشريحية و تحتاج إلى مخيلة دقيقة لفهم آليات الحدوث و التي بناء عليها تتوقف المعالجة الصحيحة

الأستاذ الدكتور مازن زيناتي

رئيس قسم جراحة الفم و الوجه و الفكين

