

Klassifikation af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter

Dansk Selskab for Bidfunktionslæres Kvalitetsudviklingsgruppe har udarbejdet følgende *state of art*-klassifikation af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og tilhørende symptomer

Merete Bakke, Kirsten Andersen, Ulla Bernth, Eigild Møller, Lone Nyhuus, Erling Nørgaard, Bjarne Roed-Petersen, Niels M. Thorsen og Anders Vilmann

Der er i dag et øget ønske om at kunne kvalitetsvurdere nye såvel som veletablerede behandlinger. Dette gælder også effekten af bidfunktionsbehandling. Ligesom ved anden tandlægelig behandling er forudsætningen imidlertid at der er foretaget korrekt diagnostik og behandling. Da både diagnostik og behandlingsovervejelser kan være komplicerede, har man andre steder i Norden valgt at gøre bidfunktion til et speciale, og USA er langt på vej i samme retning.

Dansk Selskab for Bidfunktionslæres kvalitetsudviklingsarbejde har i de sidste par år været koncentreret om diagnoseklassifikationer og standardisering af behandlingsmetoder, og Selskabets medlemmer har på årsmøderne afprøvet principperne ud fra patienteksempler. I kvalitetsudviklingen indgår også standardisering af journaler samt behandlingsevaluering. Denne og en efterfølgende artikel giver tandlæger i bredere kredse kendskab til den aktuelle *state of art* i Danmark.

Temporomandibulære funktionsforstyrrelser eller dysfunktioner (eng. *temporomandibular disorders (TMD)*) er en samlet betegnelse for en række afvigende eller patologiske tilstande i tyggemuskler og kæbeled samt dertil relaterede strukturer. Betegnelsen omfatter også almene lidelser i muskel-, skelet- og nervesystem, der kan ramme bevægeapparatet generelt og derfor også tyggeapparatet. En af de hyppigste grunde til funktionsforstyrrelserne er fysisk overbelastning med smerter førende til hvad der generelt betegnes som bevægeapparatsbesvær. Det er denne del af funktionsforstyrrelserne, som nærværende artikel omhandler.

Temporomandibulære funktionsforstyrrelser anses for at

være den væsentligste årsag til ikke-odontogene smerter i den orofaciale region (1). Et hyppigt symptom er smerte lokaliseret til tyggemuskler samt øre- og kæbeledsregion. Smerten vil sædvanligvis forværres ved tygning og andre kæbefunktioner der indebærer belastning af tyggeapparatet. Tilbagevendende hovedpine er også mere hyppig i denne patientgruppe, nemlig godt 75%, sammenlignet med omtrent 20% for befolkningen som helhed (2). Ud over smerter i ansigt og hoved har patienter med sådanne lidelser typisk funktionsbesvær i form af indskrænkede, uregelmæssige eller asymmetriske kæbebevægelser, ligesom der kan forekomme knæk- og knaselyde fra kæbeledet. Omkring 5% har temporomandibulære funktionsforstyrrelser i en sådan grad at der er behov for behandling. Hvis de enkelte kliniske fund tages hver for sig og uden overvejelser vedr. behandlingsbehovet, vil de i epidemiologiske undersøgelser findes i væsentligt større omfang (2). Mht. kæbeledsbesvær alene viser befolkningsundersøgelser i Danmark at omkring 3% af den danske voksenbefolkning har dette i behandlingskrævende grad (3). Patienterne med kæbeledsbesvær opfatter almindeligvis deres helbred som dårligere end personer uden sådant besvær. Ud over funktionsforstyrrelserne har de også hyppigt andre former for muskel- og ledbesvær, samtidig med at de i hverdagen føler sig stressede og sjældent friske nok til at gøre hvad de har lyst til (3).

Psykiske faktorer er et væsentligt element hos patienter med belastningslidelser i tyggeapparatet, ligesom det er tilfældet for lignende tilstande i andre muskler og led. Forklaringen ligger bl.a. i disse lidelsers meget langvarige forløb, idet kroniske eller vedvarende smerter ofte ledsages af psyki-

ske reaktioner. Denne psykiske overbygning kan være så dominerende at forholdet mellem den smertegivende tilstand og ledsagende begrænsninger i patientens dagligdag synes ude af proportioner. Den kan også vise sig ved et misforhold mellem beskrivelsen af smerternes omfang og patientens almindelige fremtoning (2).

I musklerne akkumuleres belastningerne over lang tid, og det er uvist om de nuværende behandlingsformer kan føre til en egentlig helbredelse af langvarigt muskelbesvær. Om belastningslidelserne i kæbeledet er det endvidere klart at selvom der er muligheder for spontan remission af generne, kan nedbrydnings-, remodelerings- og ombygningsprocesser stå på i årevis (4). På denne baggrund må behandling primært sigte på reduktion af smerter og funktionsbesvær snarere end fuldstændig helbredelse, og den funktionelle revalidering kan være acceptabel trods væsentlige morfologiske ændringer.

Reduceret kæbemobilitet og lokal smerte udløst under og efter gabning og tygning kan uden vanskelighed relateres til funktionen. Hvilesmerter fra tyggemusler og kæbeled blander imidlertid funktionsforstyrrelserne sammen med et heterogent kompleks af lidelser der har hovedpine og ansigtsmerter som fællestræk. Disse forhold kan ofte medføre vanskelig diagnostik og usikkerhed om valg af behandlingsmetoder og deres prognose. De åbner dermed mulighed for både over- og underbehandling (5). Derfor har Dansk Selskab for Bidfunktionslære (DSB), med medlemmer fra alle grene af tandplejen, som det første trin i sit kvalitetsudviklingsarbejde taget initiativ til diagnoseklassifikationer og standardisering af behandlingsmetoder på dansk grund. Gennem såkaldte referenceprogrammer med systematisk beskrivelse af de elementer der bør indgå i diagnostik og behandling, er målet at undgå fejl eller mangler, for dermed at sikre at disse ydelser rent faktisk lever op til det opnåelige eller tilsigtede. Med udgangspunkt i internationalt vedtagne klassifikationer (6-8) og retningslinjer i nyere lærebøger (9-12) bringer vi hermed den aktuelle *state of art* i Danmark for diagnoseklassifikationer. I en kommende artikel beskrives behandling af TMD.

Klassifikationer

Allerede i 1988 udarbejdede International Headache Society klassifikationer for hovedpine og ansigtssmerter, den såkaldte IHS-klassifikation (13). Også det amerikanske bidfunktionsselskab (American Academy of Craniomandibular Disorders, nu American Academy of Orofacial Pain) har arbejdet med klassifikationer fra begyndelsen af 1980'erne (14). I 1990 udgav dette selskab i bogform retningslinjer for diagnostik og behandling inden for området (15), retningslinjer der senere er blevet revideret og udvidet i 1993 og 1996 (2, 16). The

American Academy of Orofacial Pain har udarbejdet sine klassifikationer som en udbygning af IHS-klassifikationen (13). Efter den nylige inklusion i Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) »International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)« (6), benævnt »Guide for headaches« (ICD-NA(7)) er de overordnede IHS-klassifikationer imidlertid blevet ændret.

Dansk Selskab for Bidfunktionslæres klassifikationer er overordnet baseret på WHO's klassifikationer (6-7), som anvendes internationalt inden for odontologien (ICD-DA (8)). I WHO's nye manual for epidemiologiske registreringer inden for det tandlægelige område, »Oral health surveys. Basic methods« (17), er registrering af TMD også blevet inkluderet.

Har patienten mere end én diagnose, skal de anføres i en rækkefølge svarende til den betydning som patienten tillægger dem (7). De latinske diagnosebetegnelser som vi almindeligvis anvender i Danmark (4, 18), er ikke med i WHO's betegnelser, heller ikke underinddelingerne af temporomandibulær ledsygdom. For at undgå tvivl om oprindelsen af diagnoser og klassifikationer er der henvisning til WHO's koder, ICD-10 (6), ICD-NA (7) og ICD-DA (8), og hvor klassifikationskriterierne helt eller delvist er udarbejdet af Dansk Selskab for Bidfunktionslære, er de tillige mærket med DSB.

Hovedpine

Under sygdomme i nervesystemet i WHO's (ICD-NA) klassifikation (7) er *hovedpine af spændingstypen med relation til perikranielle muskler*, herunder tyggemusler, opdelt i to grupper, *den episodiske* og *den kroniske*. Ser man imidlertid på ved hvilke af disse hovedpiner bidfunktionel behandling må anses for at have den bedste prognose, er det primært den episodiske. Nyere forskning tyder nemlig på at perifere mekanismer og nociceptiv smerte ligger til grund for den episodiske hovedpine, hvorimod centrale mekanismer i form af sensibilisering svarende til den trigeminale nucleus caudalis og de spinale baghorn anses for at have størst betydning for den kroniske (fx 19). Gentagne nociceptive smerter fra perikranielle, myofasciale væv antages således at inducere og vedligeholde den centrale sensibilisering således at følsomheden for smerter øges, hvorved ikke blot smertestimuli, men også uskadelige påvirkninger kan opfattes som smerte.

Diagnosen *hovedpine af spændingstypen* bygger overvejende på patientens sygehistorie med indsamling af specifikke anamnesticke oplysninger efter et veldefineret sæt af kriterier (7). Herved er det en forudsætning for at kunne stille diagnosen: hovedpine af spændingstypen relateret til perikranielle muskler at der ikke må være anamnesticke oplysninger eller undersøgelsesfund, der tyder på andre årsager til hovedpinen. Dette kan fx være hovedtraumer (kronisk posttrauma-

tisk hovedpine G44.3), medicin (medicinrelateret hovedpine G44.4), hjerte-kar-lidelser, intrakranielle lidelser, sinusitis (G44.8) eller neuralgier (G50-53). Er der mindste mistanke om ovenstående eller andre former for hovedpine, eller hvis tilstanden ikke er helt typisk, må der sikres lægelig, evt. neurologisk undersøgelse. Der kan dog være tale om en hovedpine af spændingstypen, selvom en af ovenstående lidelser er til stede, men så må der ikke være en tidsmæssig sammenhæng mellem lidelsen og hovedpinens debut. Det samme gælder hovedpine relateret til temporomandibulær ledsygdom (kæbeledsbesvær; G44.846/KO7.6) og hovedpine med udgangspunkt i andre odontologiske lidelser, fx en pericoronitis ved en delvis frembrudt tredjemolar i underkæben (7). Endvidere kan patienten have kombinationer af flere hovedpinetyper, fx hovedpine af spændingstypen og migræne (migræne uden eller med aura; G43.0, G43.1).

Den episodiske hovedpine af spændingstypen beskrives som gentagne hovedpineanfald, der varer minutter til dage (7). Smerten er typisk pressende og strammende i kvalitet og af let, dvs. hæmmer ikke arbejde eller andre aktiviteter, eller moderat intensitet, dvs. hæmmer, men forhindrer ikke arbejde eller andre aktiviteter, men ikke *svær*, dvs. forhindrer arbejde eller andre aktiviteter. Den episodiske hovedpine af spæn-

dingstypen er endvidere oftest bilateral, og den forværres ikke i forbindelse med rutinemæssig fysisk aktivitet. Fotofobi eller fonofobi, dvs. lys- og lydfølsomhed, kan være til stede, men ikke kvalme. De diagnostiske kriterier er som anført i nedenstående ramme (ovenstående differentialdiagnostiske forudsætninger ikke medtaget, men indgår både i den episodiske og i den kroniske form).

Rent praktisk vil tandlægen kunne efterprøve det næstsidste kriterium med muskelømheden ved en standardiseret, unilaterale, manuel palpation med et fast tryk med to fingre og en graduering af patientresponsen, fx ud fra en internationalt anerkendt skala fra 0 til 3, hvor 0 = ingen synlig reaktion sammen med verbal afvisning af ubehag/ømheden, 1 = ingen synlig reaktion sammen med verbal angivelse af ubehag eller let smerte/ømheden, 2 = ingen eller ændret ansigtsudtryk som tegn på ubehag sammen med verbal angivelse af moderat smerte/ømheden, 3 = tydelige ansigtstrækninger/grimasser eller undvigereflekser sammen med verbal angivelse af stærk ømheden/smerten (20). For rimeligt at kunne antage at hovedpinen kan stamme fra tyggemusklene, bør der mindst være ømhedsgrad 2 i to af de fire store underkæbelukkemusler (m. temporalis anterior og m. masseter superficialis bilateralt).

Kun ved involvering af tyggemusklene kan en bidfunktio-

Episodisk hovedpine af spændingstypen relateret til perikranielle muskler (ICD-NA G44.20)

Cephalalgia myogenica

- A. Mindst 10 tidligere hovedpineanfald der opfylder kriterierne B-D. Antal dage med hovedpine mindre end 180 per år og mindre end 15 per måned
- B. Hovedpine varende fra 30 min. til 7 dage
- C. Mindst to af følgende karakteristika:
 1. Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter
 2. Let eller moderat smerteintensitet
 3. Bilateral lokalisation
 4. Ingen forværring ved at gå op ad trapper eller lignende rutinemæssig fysisk aktivitet
- D. Begge følgende karakteristika:
 1. Hverken kvalme eller opkastning
 2. Ikke samtidig forekomst af fotofobi og fonofobi
- E. Mindst ét af følgende karakteristika:
 1. Øget ømheden af perikranielle muskler ved manuel palpation eller ved brug af trykalgometer
 2. Øget EMG-niveau i perikranielle muskler i hvile eller under fysiologiske test

Kronisk hovedpine af spændingstypen relateret til perikranielle muskler (ICD-NA G44.22)

Cephalalgia myogenica chronica

- A. I gennemsnit hovedpine mindst 15 dage per måned i mindst 6 mdr. eller 180 dage per år, der opfylder kriterierne B-D
- B. Mindst to af følgende karakteristika:
 1. Pressende/strammende (ikke pulserende) karakter
 2. Let eller moderat smerteintensitet
 3. Bilateral lokalisation
 4. Ingen forværring ved at gå op ad trapper eller lignende rutinemæssig fysisk aktivitet
- C. Begge følgende karakteristika:
 1. Ingen opkastning
 2. Ikke mere end ét af følgende: kvalme, fotofobi eller fonofobi
- D. Mindst ét af følgende karakteristika:
 1. Øget ømheden af perikranielle muskler ved manuel palpation eller ved brug af trykalgometer
 2. Øget EMG-niveau i perikranielle muskler i hvile eller under fysiologiske test

nel behandling anbefales, og prognosen for en sådan behandling vil sædvanligvis forringes hvis muskelømheden er generelt udbredt i de perikranielle muskler og skulderåget og ikke overvejende forekommer i tyggemusklerne.

Den kroniske hovedpine af spændingstypen beskrives som en hovedpine, der har været til stede mindst 15 dage per måned i mindst seks mdr. (7). Hovedpinen er sædvanligvis pressende og strammende i kvalitet, let eller moderat i intensitet, bilateral og forværres ikke ved rutinemæssig fysisk aktivitet. Kvalme, fotofobi og fonofobi kan være til stede. Involvering af perikranielle muskler, herunder tyggemusklerne, forudsætter som ved den episodiske form at der er konstateret øget muskelømheden ved manuel palpation og/eller øget EMG-niveau.

For den artrogene hovedpine, dvs. en hovedpine der stråler ud fra kæbeledet, relateret til samtidigt kæbeledsbesvær med god tidsmæssig sammenhæng mellem hovedpinedebuten og besværet, og hvor der ikke er tale om hovedpine af spændingstypen eller andre differentialdiagnoser, er kriterierne som følger:

Hovedpine relateret til kæbeledsbesvær
(ICD-NA G44.846/K07.6)

Cephalalgia arthrogenerica

A. Hovedpine med mindst to af følgende karakteristika:

1. Kæbesmerter provokeret ved kæbebevægelser og/eller hårdt sammenbid
2. Nedsat kæbemobilitet
3. Kæbeledslyde ved kæbebevægelser
4. Kapselømheden ved kæbeledet

B. Afgivelser ved radiologisk eller skintigrafisk undersøgelse

C. Let til moderat smerte lokaliseret til kæbeledet og/eller udstrålende fra kæbeledet

Mht. kæbesmerter under funktion kan de undersøges ved at lade patienten udføre maksimale gabe- og sidebevægelser med kæben og ved en belastningsprøve med hårdt bid på en bidepind i molarregionen i ca. tre sek. Kæbemobilitet måles som den største afstand mellem incisiverne ved gabning i to på hinanden følgende forsøg tillagt størrelsen af den vertikale overlappning af fronttænderne eller fratrukket størrelsen af et eventuelt anteriort åbent bid (normalværdier for voksne: 40-60 mm). Kæbeledslydene registreres enten direkte eller vha. stetoskop over kæbeledet under gabe-lukke-bevægelser. Kapselømheden kan undersøges ved unilaterale, manuel

palpation præaurikulært svarende til den laterale kondylpol med let åben mund, og her må ligesom ved muskelpalpationen kræves mindst 2 på en skala fra 0 til 3 (20). Radiologisk undersøgelse af kæbeledet kan omfatte standardoptagelser i form af transkranielle, transmaksillære, transorbitale og transfaryngeale optagelser. Som screening kan anvendes et panoramaradiogram, der kan vise grove afvigelser i ledhovedernes overfladestruktur, men egentlig diagnostik af ossøse forandringer indebærer ovennævnte standardoptagelser eller tomografi af kæbeledet (2,4). Knogleskintigrafi kan give en uspecifik information om igangværende processer i de ossøse ledstrukturer endnu før de bliver synlige på standardoptagelserne.

Kæbeledsbesvær

Følger man WHO's klassifikationer for temporomandibulær ledsygdom (6,8) er de ikke særlig specifikke, men der findes dog inddelinger der svarer til almindeligt anvendte diagnoser i ind- og udland, dels under sygdomme svarende til fordøjelsessystemet (K07.60 *Temporomandibular joint-pain-dysfunction*; K07.61 *Clicking (snapping) jaws*, K07.62 *Recurrent dislocation and subluxation of temporomandibular joint*, K07.63 *Pain in temporomandibular joint, not elsewhere classified*), dels under sygdomme i det muskuloskeletale system og i bindevævet (M19.0X *Primary arthrosis of temporomandibular joint*). Man skal imidlertid ikke forvente at der er en WHO-klassifikation for hver af de kendte diagnoser, ligesom de diagnostiske kriterier

Kapselømheden af kæbeledet (DSB; ICD-DA K07.63)

Periarthritis art. temp.-mand.

A. Ømheden (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet

B. Mindst ét af følgende karakteristika:

1. Funktionssmerter fra kæbeledet ved maksimale bevægelser
2. Ubehag/smerter fra kæbeledet ved maksimal passiv gabning eller kæbeledsbelastning
3. Hvilesmerter foran øret

C. Mindst ét af følgende karakteristika:

1. Jagende/borende (ikke pressende/strammende) smertekarakter
2. Let eller moderat smerteintensitet

D. Begge følgende karakteristika:

1. Ingen ledlyde
2. Radiologisk hverken nedsat translation af ledhoved under gabning eller knogleforandringer

heller ikke er medtaget i disse klassifikationer. Der findes derimod klassifikationer vedr. generelle ledlidelser, infektioner og traumefølger i kæbeledet, men disse ligger uden for denne artikels rammer.

Kapselømheden (eng. *capsulitis*, med eller uden *arthralgia*) af kæbeledet omfatter en tilstand der primært er relateret til inflammatoriske reaktioner i kæbeledets bløddel uden infektioner eller manifestationer af egentlige ledsygdomme.

Palpationen af kæbeledet udføres som beskrevet ovenfor under den artrogene hovedpine, men kan suppleres med palpation dorsalt gennem meatus acusticus externus. Med kæbesmerter under funktion menes smertereaktion, når patienten udfører maksimale sidebevægelser og maksimal aktiv gabebevægelse. Til undersøgelse af smertereaktionen ved maksimal passiv gabning forsøger undersøgeren at presse patientens kæber fra hinanden mest muligt ud over hvad patienten selv kan ved aktiv gabning. Til vurdering af translation af ledhovederne anvendes typisk transkranielle eller tomografiske røntgenoptagelser i okklusion og under maksimal gabning, og til knogleforandringer kæbeledsoptagelser, som nævnt i form af transmaksillære, transorbitale, transaryngeale optagelser eller tomografiske optagelser.

Anteriore eller anteromediale discus-displaceringer i kæbeledet udgør den almindeligste form for kæbeledsbesvær med kæbeledsknæk og -låsninger. De opdeles i 1) *discus-displaceringer med delvis normalisering* af discus-kondyl-relationen og knæklyde (eng. *disc displacement with reduction/disc displacement*

with reduction, with episodic non-reduction/intermittant locking) og 2) permanente *discus-displaceringer uden normalisering* (eng. *disc displacement without reduction/closed lock*). Discus-displaceringer med delvis normalisering og især discus-displaceringer uden normalisering kan progrediere til kæbeledsartrose (2,4,21).

Ved *reciprokt knæk* forstås et knæk ved både gabe- og lukkebevægelse. Typisk fremkommer det ved samme eller større interincisal afstand under gabning end ved lukning, og det elimineres ofte når gabningen udføres protruderet. Mht. de øvrige specifikationer er de beskrevet ovenfor. I flere udenlandske klassifikationer (2,12) indgår også MR- (magnet-resonans-) skanning som billeddiagnostisk dokumentation af dis-

Anterior/anteromedial discus-displacering i kæbeledet med delvis normalisering (DSB; ICD-DA K07.60/7.61)

Subluxatio disci ad ant. art. temp.-mand.

- A. Reciprokt knæk fra kæbeledet i mindst to ud af tre forsøg *eller*
Knæk i kæbeledet både ved gabe-lukke-bevægelse og ved sidebevægelse/protrusion i mindst to ud af tre forsøg
- B. Radiologisk hverken nedsat translation af ledhoved under gabning eller knogleforandringer
- C. Mindst to af følgende karakteristika:
 1. Funktionssmerter (smertejag) ved ledlyd
 2. Bevægelsesopbremsning eller intermitterende selvreponerende fiksationer med halvåben mund under gabebevægelse
 3. Ingen nedsat gabebevne
 4. Ømheden (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet

Akut anterior/anteromedial discus-displacering i kæbeledet uden normalisering (DSB; ICD-DA K07.60)

Dislocatio disci ad ant. art. temp.-mand. acuta

- A. Pludseligt opstået nedsat gabebevne (<35 mm) inden for de sidste fire mdr.
- B. Radiologisk nedsat translation af ledhoved under gabning, men ingen knogleforandringer
- C. Mindst to af følgende karakteristika:
 1. Ingen ledlyd, men knæk tidligere der forsvandt med den pludseligt nedsatte gabebevne
 2. Smerte ved forsøg på at forcere gabebevnen
 3. Ømheden (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet
- D. Mindst ét af følgende karakteristika:
 1. Deviation til den afficerede side ved gabning
 2. Nedsat kontralateral sidebevægelse (<7 mm)

Kronisk anterior/anteromedial discus-displacering i kæbeledet uden normalisering (DSB; ICD-DA M10.0X)

Dislocatio disci ad ant. art. temp.-mand. chronica

- A. Pludseligt opstået nedsat gabebevne for mindst fire mdr. siden
- B. Mindst to af følgende karakteristika:
 1. Ingen ledlyd, men knæk tidligere der forsvandt med den pludseligt nedsatte gabebevne
 2. Gradvis øgning af gabebevnen siden debut
 3. Radiologisk nedsat translation af ledhoved under gabning, men ingen knogleforandringer
 4. Ømheds- eller stivhedsfornemmelse i kæbeledet

Aktiv kæbeledsartrose (DSB; ICD-DA M19.0X)
Arthrosis art. temp.-mand. incipiens eller *Arthrosis art. temp.-mand. acuta*

- A. Hvile- og funktionssmerter fra kæbeledet
- B. Ømhed (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet
- C. Mindst tre af følgende karakteristika:
 - 1. Jagende/borende (ikke pressende/strammende) smertekarakter
 - 2. Moderat eller svær smerteintensitet
 - 3. Nedsat gabeevne (<40 mm)
 - 4. Knæk tidligere
 - 5. Krepitation
 - 6. Radiologiske knogleforandringer (erosion)
 - 7. Ledsagende tyggemuskelømheden
- D. Ingen ledsagende okklusionsændringer hos voksne

Helende kæbeledsartrose (DSB; ICD-DA M19.0X)
Arthrosis art. temp.-mand.

- A. Funktionssmerter fra kæbeledet
- B. Mindst tre af følgende karakteristika:
 - 1. Jagende/borende (ikke pressende/strammende) smertekarakter
 - 2. Moderat smerteintensitet
 - 3. Ømhed (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet
 - 4. Krepitation
 - 5. Ledsagende tyggemuskelømheden
- C. Begge følgende karakteristika:
 - 1. Tidligere også hvilesmerter
 - 2. Radiologiske knogleforandringer (erosion og sklerosering)
- D. Ingen ledsagende okklusionsændringer hos voksne

Helet kæbeledsartrose
(DSB; ICD-DA M19.0X, evt. K07.65)
Arthrosis art. temp.-mand. vetus

- A. Radiologiske knogleforandringer (affladning og/eller sklerosering)
- B. Mindst ét af følgende karakteristika:
 - 1. Tidligere hvile- og funktionssmerter
 - 2. Krepitation
 - 3. Ledsagende tyggemuskelømheden

cus' placering. Beskedne ressourcer og standarden i det danske sundhedsvæsen indebærer desværre at det for nærværende ikke er muligt at inkludere dette kriterium.

Sidebevægelse af underkæben måles som underkæbens maksimale sideforskydning i forhold til overkæbemidlinjen ved maksimalt sideudslag.

Har den permanente discus-displacering varet mere end fire mdr., er der tale om en kronisk tilstand.

Kæbeledsartrosen hører til de degenerative ledlidelser med strukturelle forandringer i de ossøse ledkomponenter (eng. *osteoarthrosis* eller *osteoarthritis*), men er i kæbeledet en selvbeholdende proces. Den opdeles i tre faser: en *aktiv*, meget smertevoldende fase, en *helende* med færre symptomer og en *helet*, inaktiv fase med få eller ingen restsymptomer (4,9,21). Differentialdiagnostiske muligheder som infektiøse og generelle ledlidelser må være udelukket.

Diagnosen *arthrosis art. temp.-mand.* stilles hvis der er sikre radiologiske tegn på artroseudvikling. Opfylder tilstanden ovenstående kriterier, men uden de radiologiske fund anføres *incipiens* efter diagnosen.

Kæbeledslidelser karakteriseret ved *intermitterende displaceringer af ledhovedet i forhold til tuberculum articulare* kan enten forekomme som *fiksationer ved høj gabning*, bl.a. ved ledhypermobilitet (eng. også *joint subluxation/partial dislocation/laxity*) eller som *habituelle ledluksationer* (eng. også *spontaneous dislocation/open lock*).

Selvreponerende fiksering i kæbeledet ved høj gabning (DSB; ICD-DA K07.62, evt. ICD-10 M35.7)

Subluxatio art. temp.-mand.

- A. Selvreponerende fikseringer ved høj gabning i mindst to af tre forsøg
- B. Radiologisk øget translation af ledhoved under gabning
- C. Mindst to af følgende karakteristika:
 - 1. Øget gabeevne (>60 mm)
 - 2. Moderate eller svære smertejag når fiksering skal løsnes
 - 3. Generel ledhypermobilitet
 - 4. Ømhed (mindst grad 2) ved palpation lateralt og evt. dorsalt af kæbeledet
 - 5. Moderate hvilesmerter

Generel ledmobilitet kan vurderes på en pointskala fra 0 til 9 (22), hvor 4 points og derover indikerer generel hypermobilitet hos unge og yngre voksne, hvorimod grænsen hos ældre er lavere, nemlig 3 point. Point gives samlet efter under-

søgelse af hånd- og ekstremitetsled på følgende måde: passiv dorsoflektion af én eller begge lillefingre $>90^\circ$ (1-2 point), passiv apposition af én eller begge tommelfingre til undersiden af underarmen (1-2 point), hyperekstension af albuerne $>10^\circ$ (1-2 point), hyperekstension af knæene $>10^\circ$ (1-2 point), og foroverbøjning af overkroppen med strakte knæ og håndfladerne i gulvet (1 point).

Tilbagevendende kæbeledsluksation
(DSB; ICD-DA K07.62)

Luxatio art. temp.-mand. habitualis

- A. Tilbagevendende fiksationer ved høj gabning uden mulig reponering ved egen hjælp
- B. Radiologisk placering af kondyl langt foran tuberculum articulare's mest kaudale punkt
- C. Svær smerte ved luksation og moderat eftersmerte

Tyggemuskelbesvær

Besvær i tyggemusklene bliver i de fleste af de udenlandske klassifikationer (2,9-10,12,14-16) delt op efter en række formodede årsager (eng. *myalgia, protective co-contraction/splinting/trismus, local muscle soreness/myalgia, myofascial pain/regional myalgia, myospasm*). De nævnte tilstande er vanskelige at adskille fra hinanden klinisk og behandlingsmæssigt, og enkelte

Myoser i tyggemusklene og dertil relaterede ansigts-smerter (DSB; ICD M79.1X)

Myoses mm. masticatoriorum/dolores faciei myogenici

- A. Antal dage med ansigtssmerter større end 120 per år
- B. Smerteanfald varende fra 30 min. til hele dage
- C. Mindst fire af følgende karakteristika:
 1. Pressende/strammende (ikke-pulserende) karakter
 2. Let eller moderat smerteintensitet
 3. Stivheds- eller træthedsfornemmelse i ansigt og kinder
 4. Ledsagende hovedpine af spændingstypen
 5. Moderat nedsat gabeevne (35-40 mm)
 6. Forværring efter langvarig tyggemuskelfunktion
 7. Ingen forværring ved foroverbøjning af hovedet
- D. Ét af følgende karakteristika:
 1. Ømhed (mindst grad 2) ved palpation af tyggemuskulatur svarende til smertelokalisationen
 2. Smertereduktion større end 50% ved blokade med lokalanalgesi i ømme punkter i musklerne

forekommer desuden meget sjældent. Derfor har Selskabet valgt indtil videre at benytte fællesbetegnelsen myose.

Muskelømheden afprøves som beskrevet under hovedpine af spændingstypen. Til muskelblokader injiceres lokalanalgetika med lav koncentration og uden vasokonstriktor (fx 0,5 ml 0,5% bupivakain), efter at der er foretaget huddesinfektion og aspiration. Reduktionen i smerteintensiteten kan vurderes på visuelle analogskalaer (VAS (23)). På en 100 mm-skala fra ingen til værst tænkelig smerte angiver patienten med et kryds sin aktuelle smerte før blokaden, som sammenlignes med en ny VAS-registrering ca. 10 min. efter blokaden.

Mht. behandlingerne af ovenstående lidelser vil nærværende artikel blive fulgt op med en oversigt omfattende behandling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter i et følgende nummer af *Tandlægebladet*.

Professor, overlæge, dr.med. *Jes Olesen*, Neuromedicinsk Afdeling, Amtssygehuset i Glostrup, takkes for gennemlæsning af manuskriptet.

Litteratur

1. Okeson JP. Bell's Orofacial Pains. 5. ed. Chicago: Quintessence; 1995.
2. Okeson JP, editor. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 1996.
3. Bakke M, Kjølner M. Kæbeledsbesvær – forekomst i den danske voksebefolkning. *Tandlægernes Tidsskr* 1993; 8: 36-42.
4. Møller E, Bakke M, Rasmussen OC. Bidfunktionslære. København: Odontologisk Boghandels Forlag; 1985.
5. Kofod T, Hansen HJ. Alternativ behandling af spændingshovedpine og kæbeledsdisfunktion i tandlægepraksis. En spørgeskemaundersøgelse blandt tandlæger i DTF's 5. kreds (Århus Amt). *Tandlægebladet* 1998; 102: 2-8.
6. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). Vol. 1, 10th ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. ICD-10 Guide for headaches. Guide to the classification, diagnosis and assessment of headaches in accordance with the Tenth revision of the international classification of diseases and related health problems and its application to neurology (ICD-NA). *Cephalalgia* 1997; 17 (Suppl 19).
8. Application of the international classification of diseases to dentistry and stomatology (ICD-DA). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1995.
9. Bush FM, Dolwick MF. The temporomandibular joint and related orofacial disorders. Philadelphia: Lippincott; 1995
10. Pertes RA, Gross SG, editors. Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain. Chicago: Quintessence; 1995.
11. Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. Temporomandibular

- disorders and related pain conditions. Progress in pain research and management. Seattle: IASP Press; 1995.
12. Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl NM, editors. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993.
 13. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7).
 14. McNeill C. Craniomandibular (TMJ) disorders – state of the art, Part II: Accepted diagnosis and treatment modalities. J Prosthet Dent 1983; 43: 393-7.
 15. McNeill C, editor. Craniomandibular disorders. Guidelines for evaluation, diagnosis, and management. American Academy of Craniomandibular Disorders. Chicago: Quintessence; 1990.
 16. McNeill C, editor. Temporomandibular disorders: Guidelines for classification, assessment, and management. American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 1993.
 17. Oral health surveys. Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
 18. Dabelsteen E, Petersen JK, Sewerin I. Odontologisk diagnoseliste. Dansk Tandlægeforenings Håndbog 1, afsnit I.5.10. Juni 1996.
 19. Bendtsen L, Olesen J. Pathophysiological mechanisms in tension-type headache. Tandlægebladet 1998; 102: 19-20.
 20. Langemark M, Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. A blind controlled study. Cephalalgia 1987; 7: 249-55.
 21. Rasmussen OC. Temporomandibular arthropathy: clinical, radiologic, end therapeutic aspects with emphasis on diagnosis. Int J Oral Surg 1983; 12: 365-97.
 22. Beighton P, Solomon L, Solkolne CL. Articular mobility in an African population. Ann Rheum Dis 1973; 20: 36-45.
 23. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976; 2: 175-84.

Forfattere

Merete Bakke, lektor, dr. et lic.odont., *Eigild Møller*, professor emeritus, specialtandlæge, dr.odont., og *Anders Vilmann*, afdelingstandlæge, ph.d.

Afdeling for Bidfunktionslære og Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Kirsten Andersen, tandlæge, og *Niels M. Thorsen*, tandlæge almen praksis i København

Ulla Bernth, afdelingstandlæge
Den Kommunale Tandpleje i Århus

Lone Nyhuus, afdelingstandlæge
Afdeling for Protetik og Bidfunktionslære, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Erling Nørgaard, tandlæge
almen praksis i Århus

Bjarne Roed-Petersen, specialtandlæge, overtandlæge
Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Centralsygehuset i Slagelse

Bliv medlem af Dansk Selskab for Bidfunktionslære

Dansk Selskab for Bidfunktionslære består af omkring 150 tandlæger fra alle grene af odontologien. Selskabet har til formål at udbrede kendskabet til og fremme udviklingen af bidfunktionslære i bred odontologisk, biologisk og social sammenhæng. Der afholdes mindst ét årligt internatmøde (års møde). Det årlige kontingent er 250 kr.

Henvendelse til sekretær Ulla Bernth, Den Kommunale Tandpleje, Høgevej 25, 8210 Århus V, tlf. 86 16 20 67.