

TIK in prenešana bolečina iz obolelih čeljustnih sklepov v trapezasto mišico (m. trapezius). Primer reševanja težkega stanja v stomatoprotetični praksi.

Primer **RZ**

Potek dela: od januarja 2007 do junija 2008

Anamneza

K nam je prišel gospod R.Z., star 58 let, zdrav, po habitusu normalen. V zadnjem času je bil izpostavljen ekstremnemu stresu.

Kot razlog prihoda navaja bolečine v čeljustnih sklepih in mišicah, ki občasno postanejo skoraj neznosne, poleg tega ima glavobole ter zobne in obzobne težave. Moti ga tudi boleča in omejena gibljivost spodnje čeljusti pri govoru in prehranjevanju. Govori skozi stisnjene zobe. Motijo ga razmajani, obrabljeni zobje in krvavitve iz sluznice. Moti ga tudi slab zadah iz ust. Opaža **tike**, nehotene, ritmične premike glave naprej – nazaj. To je tudi zmotilo družino in druge.

Status

Pacientu je bilo opaziti izčrpanost, nezadovoljstvo ter splošno iritabilnost, kljub temu pa je izražal zaupanje in željo po sodelovanju.

Vsi zobje so bili paradontalno prizadeti, majavosti 1. do 3. stopnje. Grizne ploskve zob so bile abradirane v dentin z znaki erozije. Nekateri zobje so se premaknili iz svojega položaja, mestoma je bilo prisotno tesno stanje, mestoma diasteme. Nekateri zobje (12, 22, 46) so bili boleči na poklep. Hipertrofija žvečnih mišic (masetrov) je bila precej opazna.

Palpatorna občutljivost je bila prisotna obojestransko v predelu sklepov, žvekalnih mišic in mišic zatilja, vratu in trapezov.

RTG status

Analiza rentgenske slike kaže na paradontalno bolezen vseh zob, bolj napredovalo v zgornji čeljusti z izgubo paradontalne kosti. Ima periapikalne radiolucence ob obeh zgornjih drugih sekalcih, spodnjem desnem prvem sekalcu in spodnjem desnem molarju. Oba čeljustna sklepa sta prizadeta, glavice sklepa so tesno v poncvi, sklepna špranja je zožana.

Funkcionalni status: začetni **trismus**, napete in hipertrofirane žvekalke, **odpiranje ust** je omejeno (le za 1cm), je boleče, z deviacijo sp. čeljusti v desno; **glavo obrača** težko, boleče. Prisoten je **tik**, nehoteno, simetrično, pogosto premikanje glave nazaj - naprej.



Slika 1: Rentgen pred protetično terapijo



Slika2: Rentgen po protetični terapiji.

Diagnoza

Pacient je **bruksist** z okvaro obeh čeljustnih sklepov, desnega bolj; ima parodontalno bolezen na vseh zobeh; prisotni parodontalno-periapikalni vnetni procesi ob 12, 22, 41, 46 (brezupna prognoza); abrazijo zob 1.-3. stopnje; nevromišična prizadetost in bolečine v čeljustnih

sklepih, vratu (zakrčene in boleče žvekalne mišice), okvara žvečne funkcije in estetike zob, **tik** - ritmični, močni gibi naprej-nazaj; **glavoboli** v sencah in zadnjem delu lobanje.

Načrt in izvedba terapije

Mrežno planiranje delovnih procesov terapije

Pri tako kompleksnem primeru zdravljenja, kjer je poleg konzervativne, endodontske, parodontalne, kirurške, ortodontske in protetične oskrbe je potrebno tudi vzporedno in takojšnje zdravljenje mioartropatskih simptomov. Nujno je skrbno mrežno planiranje dela. Delo, zaporedje aktivnosti do končnega cilja, je potrebno časovno razporediti, da ne bi prišlo do poslabšanja mioartropatskih simptomov, celo ponovnega nastanka trizmusa.

Pacientu smo najprej razložili, kaj bomo delali in okvirno koliko časa (celotna terapija naj bi trajala več kot eno leto).

Zaradi omejenega bolečega odprtja ust cca. 10 mm, smo morali najprej izvesti **manualno terapijo**, da je pacient lahko brez bolečin držal odprta usta vsaj nekaj časa.

Manualna terapija je obsegala:

1. **Trakcijo (vlek) spodnje čeljusti** smo naredili s posebnim prijemom in nato še dali dve papirnate rolce na zadnje zobe da na njiju ugrizne. S tem smo vrnili sklep v prvobiten položaj za 3 mm višje, da se diskus vrne v svoj položaj brez strahu. Papirnate rolce smo pustili v ustih med zobmi ves čas nadaljevanja manualne terapije.
2. **akupresura mišičnih vreten in živčnih iztopišč** smo izvedli s krožnimi pritiski in utiranjem predvsem točk, ki so bile tople, ekcitrane, predvsem na mišicah žvekalkah;
3. **manualna masaža**, ki smo jo delali z močnimi pritiski in odrivi od čela, arkad, od nosa pod očmi, pod nosom, od sredine brade na stran z obema rokama. Potem smo masirali zatilje od zgoraj proti trapeziusu in njega, zatem vrat in vratne mišice proti pazuhi.
4. Lahko **limfno drenažo, tako, da povdarimo drsne pritiske in odrive** nad limfnimi vodi in bezgavkami na licu, vratu, zatilju, pod pazuho, ob prsnem košu do cisterne Chyli pod žličko.

Stanje se je izboljšalo, bolečine so se zmanjšale, vendar je pacient je neboleče odpiral le za dva prsta in to s strahom. Zaporedno je pacient trikrat prosil na manualno terapijo. Vsakokrat smo pacientu vmes opravili nekaj stomatoloških posegov.

Predprotetična terapija

Pacientu smo izdelali študijske modele in jih z obraznim lokom umavčili v artikulator. Naredili smo konstrukcijski ugriz s katerim smo določili optimalni trodimenzionalen položaj spodnje čeljusti v odnosu na zgornjo čeljust. Na zgornjem in spodnjem modelu smo v artikulatorju naredili voščeno modelacijo zob tako, da smo zobem povrnili naravno anatomijo, uredili optimalno okluzijsko ravnino do zobeh 6 in 7 levo zgoraj. Na ta dva zoba smo naredili artikulacijsko ploščico iz akrilata v višini voščene modelacije v artikulatorju.. To ploščico smo uporabili pri izdelavi zgornjega provizorija.

Preko alginatnega odtisa mokrega modela z voščeno modelacijo in artikulacijsko ploščico na 26 in 27 smo po opravljeni parodontalni terapiji pacientu na 9 prepariranih zobeh v zgornji čeljusti izdelali začasni mostiček – 12 členski provizorij.

Začasni mostiček smo naredili tako, da smo najprej oba zgornja stranska sekalca, namenjena za ekstrakcijo, odrezali v nivoju dlesni, da ne bi pri izdelavi provizorija prišla plastika v ekstrakcijsko rano. Potem smo fiksirali artikulacijsko ploščico na desna zg. molarja. Za tem smo odtis voščene modelacije napolnili s tekočim akrilatom, in previdno vnesli odtis z akrilatom v usta na obrušene zobe. Odtis z akrilatom smo držali v ustih do želatinaste stopnje strjevanja. Ko smo vzeli odtis iz ust, je provizorični mostiček v enem kosu (9 prevlek in 3 členi) ostal v ustih na zobeh. Okluzalna površina je bila še želatinasta, nepopolno strjena. Pacient je ugriznil vanjo, medtem ko sta zoba šest 26 in sedem 27 levo zgoraj z artikulacijsko ploščico vzdrževala zaželeno višino ugriza. S tem je dodatno oblikovana okluzalna ploskev provizorija. Previdno smo vzeli provizorij iz ust in pustili da se strdi do konca. S svinčnikom smo označili gingivalne robove prevlek in robove okluzalnih površin, katerih se ne dotikamo pri nadaljni obdelavi provizorija. Provizoriju smo naredili še nekaj manjših korekcij, da smo ga optimalno prilagodili na zobe in v novo okluzijo, 3 mm višjo od prejšnje okluzije. Provizorij smo zagladili, dodali glazuro in jo strdili v polimerizacijski komori. Vmes smo ekstrahirali oba stranska zgornja sekalca, očistili rano od granulacij in jo zašili. Provizorij smo cementirali z začasnim cementom.

Pacientu smo med delom v zg. čeljusti omogočili premore in smo mu pred tem naredili manualno terapijo, da je zdržal to dolgo in zahtevno sejo.

Naslednji dan smo po istem sistemu kot zgoraj naredili odtis voščene modelacije spodaj. Demontirali smo spodnji sprednji mostiček, odrezali spodnjo desno enko namenjeno ekstrakciji v višini sluznice, obrusili desno in levo dvojko ter levo trojko spodaj levo. Vsi zobje so bili pred tem parodontalno oskrbljeni. Odtis smo napolnili s tekočim akrilatom. Ko se je začel strjevati, smo dali odtis v usta na spodnjo čeljust. Ko je prešel akrilat v želatinasto fazo, smo vzeli odtis ven, provizorij pa je ostal v ustih. Pacient je ugriznil v provizorij, da je dodatno oblikoval grizne ploskve. Provizorij smo pravočasno vzeli iz ust, označili gingivalne robove prevlek in robove okluzalnih površin. Po obdelavi in probi provizorija v ustih smo ga glazirali in dali v polimerizacijsko komoro. Vmes smo izpulili desno enko, očistili rano in jo zašili. Provizorij smo provizorično cementirali.

Čez nekaj dni je pacient prišel zaradi hudih bolečin na spodnji desni šestici. Zob smo trepanirali in dali zdravilo za 14 dni. Tudi na tem zobu smo naredili provizorij ter ga provizorično cementirali. Zob smo dalj časa zdravili, polnili in plombirali.

Pacient si je delal manualno terapijo tudi sam doma po naših navodilih in prikazu.

Po dveh tednih je prišel pacient v dobri kondiciji na prvo kontrolo po vstavitvi obeh provizorijev in dvigu griza ter manualni terapiji. V tem času uspešno je rešil tudi svoj emocionalno izredno stresno situacijo. S hvaležnostjo in razumevanjem je sprejel našo terapijo. Ni več imel TIKa, ne bolečin v sklepih in mišicah. Usta je odprl brez težav in brez deviacije do normalnega odprtja, za 3 prste. Očistili in zgladili smo obrušene zobe ter provizorični mostiček zgoraj in spodaj in ju nazaj provizorično cementirali.

Vmes smo nadomestili okluzijsko ploščico na zgornjih levih molarjih držala višino ugriza pri končni protetični izdelavi s kompozitnimi onlayi,

V nadaljnjih mesecih smo nadzorovali bruksistično stanje, parodontalno zdravljenje, higieno, smo naredili nekaj zalivk in endodontsko obravnavo, da je bil pacient pripravljen na končno protetično oskrbo.

Protetična terapija

Po enem letu pacient je bil zadovoljen s provizorično izvedbo reševanja njegovega težkega stanja. Usta je odprl normalno (3 prste), simetrično, brez bolečin in brez strahu. Zelo si je želel končno izvedbo. Bil je srečen, ker se mu ni ponovilo trizmatično stanje, tik in glavobol pa so izginili. Dočakali smo zdravo parodontalno stanje za odtis za kovinskoporcelansko konstrukcijo. Delo smo zaključili najprej spodaj. Po zaključenem endodontskem zdravljenju smo naredili kompozitne dograditve v novi okluzijski višini ter pet-členski frontalni kovinsko-porcelanski mostiček in solo prevleko na pozdravljeno desno sp. šestico.

Nato smo se lotili končne izvedbe zgoraj. Naredili smo odtise in registrat z obraznim lokom. Zobotehnik je naredil grizno šablono s katero smo določili trodimenzionalni položaj sp. čeljusti, medčeljustni odnos, središnico in linijo smeha za izdelavo kovinskoporcelanskega 12-členskega mostička. Pri določanju višine griza nam je pomagal provizorij. Čez nekaj dni je sledila proba ogrodja, čez teden dni pa proba porcelana. Nato smo cementirali 12 členski kovinsko porcelanski mostiček v zgornji čeljusti. Naredili smo tudi na zgornji šestici in sedmici porcelanski plombi v novi okluzijski višini. Pacient je šel od nas zelo srečen in zadovoljen. Usta je odpiral normalno. Tika ni imel več.

Zaključek

V okvirih celovitega zdravljenja pacienta je bil uporabljen tudi **psihološki pristop pacientu**. Stanje hudega stresa, kateremu je bil pacient izpostavljen pred nastopom teh hudih simptomov, se je izboljšalo. Pacientu smo omogočili dovolj časa za vmesni počitek, z njim smo se pogovarjali in vzpostavil se je močan občutek medsebojnega zaupanja, ki je pomemben del uspeha terapije. Poleg tega smo večkrat izvedli manualno terapijo in tudi naučili pacienta nekaterih tehnik, da jih je lahko izvajal po potrebi doma. To nam je omogočilo, da smo v začetni akutni fazi lahko začeli z delom in omogočili zmanjšanje bolečinskih simptomov in krča žvečalk. Spoznal in uporabljal je tudi **tehniko avtogenega treninga**. Srečna okoliščina je bila tudi, da se je emocionalni stres, kateremu je bil pacient izpostavljen in je bil vzrok bruksizma in bruksističnega razdejanja v ustih uspešno razrešil. Kadar je pacient med delom začutil bolečine ali napetost v sklepih in mišicah, je prosil za pavze in manualno terapijo. Vse skupaj je prispevalo, da je bil pacient na koncu estetsko in funkcionalno primerno oskrbljen.

Dodaten komentar k terapiji: Mrežno planiranje

Pri tako kompleksnem primeru zdravljenja, kjer je poleg konzervativne, endodontske, parodontalne, kirurške in protetične oskrbe potrebno tudi vzporedno in takojšnje zdravljenje

mioartropatskih simptomov, je nujno skrbno mrežno planiranje dela. Delo je potrebno časovno razporediti, da ne bi prišlo do poslabšanja mioartropatskih simptomov, celo trizmusa.