

VALUTAZIONE OGGETTIVA E TEST DIAGNOSTICI NEI DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

Daniele Manfredini

Professore a c., Dipartimento di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università di Padova

*Pubblicato su Tagete – Archives of Legal Medicine and Dentistry n.4, 2007

Con il termine disordini temporomandibolari (DTM) si indica un eterogeneo e complesso gruppo di patologie del sistema stomatognatico che si manifestano con quadri algici e/o disfunzionali a carico dell'articolazione temporomandibolare (ATM), dei muscoli masticatori e delle strutture ad essi correlate.

Negli ultimi anni la comunità scientifica internazionale ha mostrato un crescente interesse nei confronti di tali patologie, rendendole oggetto di numerose indagini epidemiologiche volte a determinare la prevalenza di segni e sintomi di tali disordini, quali ad esempio le algie articolari e muscolari ed i rumori articolari (click, scroscio, etc.), nelle varie etnie.

Secondo le più recenti stime, la prevalenza dei DTM nella popolazione generale varia addirittura tra il 12 ed il 60% nei diversi studi, i cui dati sono presumibilmente molto influenzati dalla metodologia di campionamento e dai criteri diagnostici adottati.

Nell'ambito di tale contesto molto confuso, è comunque possibile affermare che la prevalenza dei segni (alterazioni oggettive, rilevate dal medico) oscilla tra il 33 e l'86%, e quella dei sintomi (fenomeni soggettivi che accompagnano la malattia, avvertiti dal paziente) tra il 16 ed il 59%.

Inoltre, secondo i dati forniti dall'American Academy of Orofacial Pain (AAOP) il 75% della popolazione degli Stati Uniti presenta o ha presentato segni e/o sintomi di DTM.

La letteratura evidenzia inoltre una differente prevalenza di tali disordini in relazione al sesso, con una forte rappresentanza femminile (rapporto femmine:maschi circa 4:1), ed alla fascia d'età presa in considerazione, con una più frequente insorgenza della patologia nell'età compresa tra i 25 ed i 40 anni (fino a decrescere al 2-4% tra quelli in età senile). La maggior suscettibilità delle donne nei confronti dei DTM è stata associata a diversi possibili fattori, tra i quali una maggiore sensibilità allo stress ed una maggior sensibilità verso la richiesta di prestazioni e/o cure professionistiche. Tuttavia, l'evidenza di una prevalenza maggiore dei DTM nelle donne durante il periodo fertile ha condotto gli studiosi ad ipotizzare l'esistenza di un coinvolgimento ormonale, ed in particolare degli ormoni estrogenici.

Per quanto riguarda la diffusione di tali condizioni in Italia, un recente studio multicentrico italiano condotto presso le Università di Pisa e Pavia ha invece valutato la prevalenza delle varie forme di DTM all'interno di un campione di pazienti afferenti a cliniche specialistiche per la richiesta di trattamento. Tale studio ha concluso che il 50.2% dei pazienti soddisfa i criteri per l'appartenenza al Gruppo I dei RDC/TMD (un sistema classificativo standardizzato che verrà discusso in seguito e che rappresenta l'indiscusso standard di riferimento tassonomico-classificativo a livello internazionale), il 38.6% per il gruppo II e che il 11.2% rientra nel gruppo III. Tali risultati, confermati anche da un successivo e più ampio lavoro condotto sulla popolazione di pazienti dell'Università di Pisa, suggeriscono che il dolore muscolare ed i disordini di tipo infiammatorio-degenerativo rappresentano le più frequenti cause della richiesta di un consulto specialistico in Italia.

A fronte dei risultati descritti nei diversi studi epidemiologici bisogna considerare che la presenza di segni e sintomi non richiede necessariamente l'intervento terapeutico, tanto che solamente il 5% della popolazione necessita di trattamento per la presenza di una sintomatologia riconducibile ad un DTM, nonostante una percentuale doppia (10%) richieda un consulto specialistico.

Tali osservazioni supportano l'evidenza che i DTM siano generalmente autolimitanti e che la progressione verso forme croniche od invalidanti sia un'evenienza non comune.

Nonostante la natura benigna e non "life-threatening" di tali patologie, il numero di contenziosi medico-legali è in aumento negli ultimi anni, sia per quanto riguarda la richiesta di risarcimento per lesioni da traumi che per quelle di natura iatrogena.

In virtù di tale considerazione, è fondamentale l'applicazione degli attuali standard di riferimento diagnostici e terapeutici in sede di valutazione medico legale.

Per quanto riguarda gli aspetti diagnostico-classificativi, nel corso degli anni sono stati proposti numerosi sistemi classificativi ed altrettante definizioni: basti pensare a termini quali "sindrome algico-disfunzionale", "sindrome dolorosa da disfunzione miofasciale", "mioartropatia dell'atm", "disturbo oclusomandibolare", "disturbi ocluso-mandibolari"; ad oggi il termine più utilizzato dalla comunità scientifica internazionale è quello di "disordini temporomandibolari". Attualmente, gli standard di riferimento per una corretta classificazione dei DTM sono rappresentati dalla classificazione proposta dall'American Academy of Orofacial Pain (AAOP) nel 1996 per quanto riguarda l'applicabilità clinica e dai Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) proposti da Dworkin e Leresche nel 1992 per quanto riguarda l'applicabilità in ambiti di ricerca.

Entrambi i sistemi classificativi si basano su criteri diagnostici clinici e non su considerazioni eziologiche. Tale approccio è conseguenza delle difficoltà di comprensione della patogenesi di molti segni e sintomi di disfunzione masticatoria. La ricerca di un unico fattore eziologico risulta talvolta laboriosa e poco soddisfacente, anche a causa della complessità del sistema masticatorio, soggetto a numerose interferenze strutturali e funzionali, e la comunità scientifica concorda attualmente nel ricondurre lo sviluppo dei DTM ad un'eziopatogenesi multifattoriale, alla quale concorrono diversi fattori, tra i quali i principali sono i seguenti: psichico, oclusale, parafunzionale, traumatico, ormonale, posturale, neuromuscolare.

I disordini temporomandibolari sono suddivisibili in due gruppi (le forme articolari e quelle muscolari, spesso presenti in forma mista) e, sebbene vi siano alcune differenze tra il sistema classificativo dell'AAOP e quello degli RDC/TMD, la diagnosi per entrambe le forme è primariamente clinica.

Il sintomo cardine dei DTM è il dolore, che è il motivo per cui la stragrande maggioranza dei pazienti richiede un consulto specialistico e la cui gestione deve essere l'obiettivo cardine di ogni forma di trattamento.

In quest'ottica, l'identificazione della localizzazione del dolore ed una sua definizione quali-quantitativa debbono essere l'obiettivo primario anche in sede diagnostica. La diagnosi di dolore temporomandibolare, sia nel caso di patologia articolare che muscolare, deve essere basata su un accurato esame clinico condotto secondo le suddette linee guida della letteratura internazionale, che forniscono elementi sufficienti per un esame clinico standardizzato e non-operatore dipendente attraverso una dettagliata descrizione delle principali manovre cliniche diagnostiche (palpazione articolare e muscolare, esame del range e delle caratteristiche dei movimenti mandibolari, auscultazione articolare). In sede diagnostica, è utile altresì valutare il dolore attraverso test validati a livello internazionale (es. McGill Pain Questionnaire) e determinare l'impatto che la sintomatologia algica ha sulla qualità della vita del paziente mediante appositi questionari (es. Oral Health Impact Profile).

Per quanto riguarda eventuali approfondimenti diagnostici strumentali, essi possono essere suddivisi in base alle loro finalità di indagine.

Nel caso di patologie articolari è utile il ricorso a tecniche di imaging. Tra di esse, la risonanza magnetica (RM) rappresenta lo standard di riferimento per la valutazione dei tessuti molli (disco articolare, fluidi, zona retrodiscale) e la tomografia computerizzata (TC) è la tecnica di elezione per i tessuti duri (superfici ossee). La TC riveste indispensabile utilità in sede di pianificazione pre-chirurgica, mentre la RM può trovare impiego come tecnica di imaging di ausilio alla diagnosi clinica nei casi non-chirurgici.

In particolare, il parametro clinico “dolore articolare” è risultato avere un elevato livello di concordanza con la diagnosi RM di versamento articolare, confermando la validità della RM in sede di integrazione dell’esame clinico.

Contrariamente a quanto accade nel caso del dolore articolare, non esistono indagini strumentali in grado di fornire affidabili correlati strumentali al dolore muscolare. Ciò significa che, alla luce delle attuali conoscenze, esami quali l’elettromiografia e la chinesigrafia hanno poco o nullo valore in sede diagnostica.

In conclusione, alcune linee guida possono essere ricavate grazie ad un approccio “evidence-based” nei confronti dei vari aspetti eziopatogenetici, diagnostici e terapeutici, anche se quest’ultimo aspetto non è stato trattato nel presente lavoro. Per quanto riguarda i primi, è ormai unanimemente riconosciuta la multifattorialità eziopatogenetica dei disordini temporomandibolari, nell’ambito della quale numerosi fattori sistemici e locali giocano un ruolo differente nei diversi individui e nelle diverse forme di patologia. La diagnosi delle varie forme di DTM è primariamente clinica e deve essere eseguita secondo criteri standardizzati a livello internazionale, quali i Research Diagnostic Criteria for TMD, in modo da consentire una maggior possibilità di comunicazione interoperatore anche in un campo così complesso ed in continua evoluzione, ed avvalendosi della sola risonanza magnetica come eventuale esame di approfondimento (o della tomografia computerizzata in caso di pianificazione pre-chirurgica).

BIBLIOGRAFIA

Baba K, Tsukiyama Y, Clark GT. Reliability, validity and utility of various occlusal measurement methods and techniques. J Prosthet Dent 2000; 83: 83-9. Dworkin SF, Leresche L. Research and diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord Fac Oral Pain 1992; 6: 301-55.

Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, Leresche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II scales: Depression, Non-specific Physical Symptoms, and Graded Chronic Pain. J Orofac Pain 2002; 16: 207-20.

Goldstein B. Medical legal considerations in temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88: 395-9.

Greene C. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. J Orofac Pain 2001; 15: 93-105.

Landi N, Manfredini D, Tognini F, Romagnoli M, Bosco M. Association of occlusal features with rdc/tmd diagnosis of muscle disorders: a multiple regression approach. *J Prosthet Dent* 2004; 92: 190-5.

Landi N, Lombardi I, Manfredini D, Casarosa E, Biondi K, Bosco M. Do sexual hormones play a role in the multifactorial etiopathogenesis of temporomandibular disorders? *Gynaecology Endocrinology* 2005; 20: 99-103.

Manfredini D, Landi N, Bandettini di Poggio A, Dell'Osso L, Bosco M. A critical review on the importance of psychological factors in temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol* 2003; 52: 321-30.

Manfredini D, Tognini F, Zampa V, Bosco M. Predictive value of clinical findings for temporomandibular joint effusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96: 521-6.

Manfredini D, Cantini E, Romagnoli M, Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) diagnoses. *Cranio* 2003; 21: 279-85.

Manfredini D, Bandettini di Poggio A, Cantini E, Dell'Osso L, Bosco M. Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 933-40.

Manfredini D, Romagnoli M, Cantini E, Bosco M. Efficacy of tizanidine hydrochloride in the treatment of myofascial face pain. *Minerva Med* 2004; 95: 165-71.

Manfredini D, Segù M, Bertacci A, Binotti G, Bosco M. Diagnosis of temporomandibular disorders according to RDC/TMD Axis I findings. A multicenter Italian study. *Minerva Stomatol* 2004; 53: 429-38.

Manfredini D, Chiappe G, Bosco M. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Axis I diagnoses in an Italian patients population. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 551-8.

Manfredini D, Bucci MB, Guarda Nardini L. The diagnostic process for temporomandibular disorders. *Stomatologija* (in press).

Mohl ND. Reliability and validity of diagnostic modalities for temporomandibular disorders. *Adv Dent Res* 1993; 7: 113-9.

Orsini MG, Kuboki T, Terada S, Matsuka Y, Yatani H, Yamashita A. Clinical predictability of temporomandibular joint disc displacement. *J Dent Res* 1999; 78: 650-60.

Pullinger A, Seligman D. Quantification and validation of predictive values of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analysis. *J Prosthet Dent* 2000; 83: 66-75.

Stohler C, Zarb G. On the management of temporomandibular disorders: a plea for low-tech, high-prudence therapeutic approach. J Orofac Pain 1999; 13: 255-61.

Yatani H, Suzuki K, Kuboki T, Matsuka Y, Maekawa K, Yamashita A. The validity of clinical examination for diagnosing anterior disk displacement without reduction. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85: 654-60.