DISORDINE TEMPORO-MANDIBOLARE :COS'E' E COME SI MANIFESTA

Benvenuti in questo nuovo articolo dedicato al vastissimo mondo della fisioterapia. Oggi vi parlerò di un problema diffuso, poco conosciuto , i cui risvolti nella vita quotidiana sono però notevoli: stiamo parlando del DISORDINE TEMPORO -MANDIBOLARE.

Questa "sindorme" ha una vastissima prevalenza nella popolazione, basti pensare che secondo alcuni recenti studi dell'American Accademy of Orolfacial Pain ,esso affligge circa 35 milioni di persone negli Stati Uniti, più della fibromialgia (1,5 milioni), più del diabete (23 milioni).

Quando parliamo di disordine temporo-mandibolare non ci riferiamo solo ed esclusivamente a problemi dell'articolazione , masticatori o deglutitori, ma soprattutto a MAL DI TESTA, a dolore retro-orbitale, a dolore al collo, a ronzii, dunque a sintomi cranio-cervico-mandibolari.

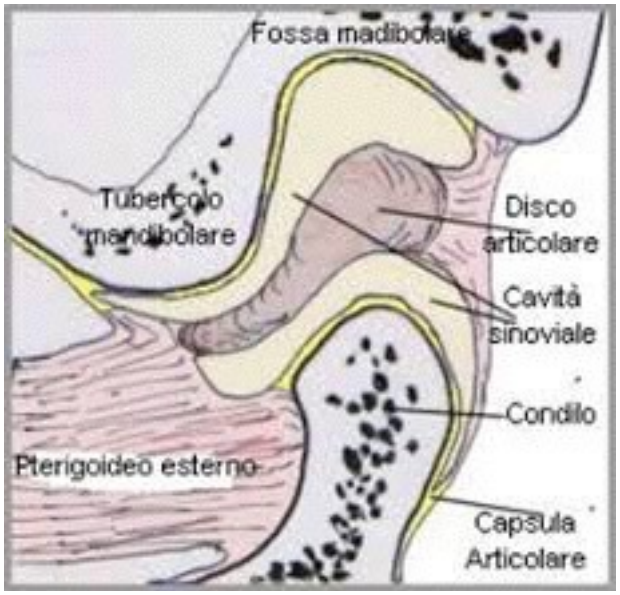
Ma allora? Come si individua un disordine temporo-mandibolare?

Secondo l'American Academy Orolfacial Pain basta rispondere positivamente ad una di queste 5 domande:

1) Hai mai avuto dolore a livello della mandibola o dell'orecchio?
2) Negli ultimi trenta giorni, hai sentito rumori chiudendo ed aprendo la bocca?
3) Negli ultimi trenta giorni hai mai avuto mal di testa?
4) Sei mai rimasta bloccata a bocca chiusa?
5) Sei mai rimasta bloccata a bocca aperta?

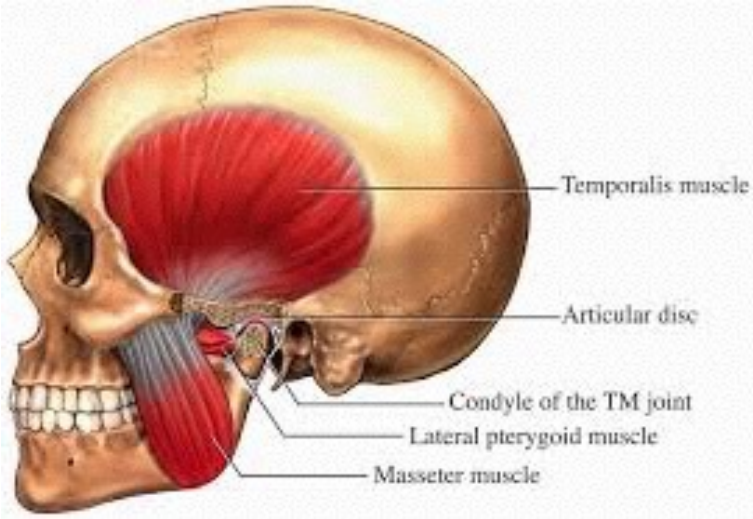
Basta un si ,dunque ,per ipotizzare un disordine temporo-mandibolare e accertarlo in seguito attraverso una valutazione fisioterapica.

Poiché questo problema può manifestarsi con diversi sintomi, è facile pensare che saranno molte le strutture coinvolte.



La mandibola è l'unico osso doppio di tutto il corpo, l'unico osso con un'articolazione "bicondiloidea", ognuna costituita dalla fossa del temporale e da un condilo mandibolare.
I due segmenti articolari sono divisi da un disco fibrocatilagineo;questo disco o menisco divide l'articolazione in una doppia articolazione; temporo- discale e disco-mandibolare.

Il compito del disco è quello di STABILIZZARE L'ARTICOLAZIONE e di RENDERE CONGRUE LE SUPERFICI ARTICOLARI.



Ovviamente l'articolazione è anche sostenuta e stabilizzata da molte strutture legamentose ed anche ampiamente vascolarizzata nella sua porzione posteriore ,oltre che innervata da terminazioni nervose provenienti dal nervo TRIGEMINO.

L'apparato maggiormente visibile, vero e proprio motore dell'articolazione è quello muscolare. Analizziamone brevemente le sue componenti.

Il muscolo più voluminoso è il *massetere*, muscolo serratore, che insieme allo *pterigoideo mediale* forma una coppia muscolare molto potente.

Il muscolo temporale eleva invece la mandibola e la stabilizza in massima apertura.

Gli pterigoidei laterali protrudono (movimento in avanti della mandibola) la mandibola, mentre gli ioidei, facendo punto fisso sull'osso ioide, deprimono la la mandibola e consentono l'apertura della bocca.
L'equilibrio e la stabilità di questo complesso apparato muscolo-legamentoso è alla base dei corretti movimenti dell'articolazione temporo -mandibolare.

Quando esso verrà meno, per motivi traumatici, degenerativi, disfunzionali, o semplicemente perché si è dei forti bruxatori, all'interno dell'articolazione si possono instaurare dei "deragment" o anche definiti "incordinazioni condilo discali"; esse comprendono:

- DISLOCAZIONE DEL DISCO CON RIDUZIONE, una situazione nella quale il disco, durante i movimenti di apertura, viene ricatturato dal condilo e lo fa attraverso un fenomeno sonoro, un CLICK.

- DISLOCAZIONE DEL DISCO SENZA RIDUZIONE, situazione in cui il condilo non riesce a ricatturare il disco, poiché in posizione molto avanzata.

- LUSSAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE, perdita dei rapporti articolari fra condilo e cavità glenoidea.

Nel primo link che segue, possiamo vedere un normale rapporto articolare tra il disco e l'articolazione ed una apertura corretta, nel secondo un disco anteriorizzato con una presenza di un movimento alterato e possibile click articolare.

1) https://www.youtube.com/watch?v=Nmg3xl13TY0

2) https://www.youtube.com/watch?v=upbs7Hm9tRQ

Qual è dunque l'approccio migliore per queste tre situazioni disfunzionali?

Le linee guida internazionali suggeriscono di evitare l'ortodonzia e la chirurgia maxillo facciale come prima opzione terapeutica; l'occlusione non è un key factor, NON E' ATTORNO ALL'OCCLUSIONE CHE RUOTA UN DISORDINE

TEMPORO MANDIBOLARE, MOLTO PIU' PESO HANNO, IN ORDINE, FATTORI PSICOEMOTIVI, POSTURALI E TRAUMATICI.

La fisioterapia, nello specifico la terapia manuale, è consigliata nel 90% dei casi ed è considerato uno dei migliori approcci conservativi.

Ma come un fisioterapista che abbia perizia in terapia manuale può intervenire in situazioni del genere?

Tutto parte da una buona osservazione del paziente; una volta escluse " red flag", condizioni che necessitano un approfondimento diagnostico e medico, si osservano linea pupillare, piano occlusale, presenza di vertigini, acufeni, cervicalgia e mal di testa.

Viene valutata inoltre l'apertura della bocca ed i movimenti dell'articolazione, la presenza di click o di rumori ed inoltre la presenza di dolori nell'articolazione tempora-mandibolare stessa.

Quali sono i target di una corretta riabilitazione?

1) LA RIDUZIONE DEL DOLORE
2) IL RIPRISTINO DEI MOVIMENTI CORRETTI DELL'ARTICOLAZIONE
3) IL RINFORZO DELLA PROPRIOCEZIONE DELL' ARTICOLAZIONE

Nello specifico, l'intervento del fisioterapista è basato su 4 componenti:

1) TECNICHE ARTICOLARI

Attraverso dei glide (scivolamenti) si cerca di rilassare la capsula in sofferenza e di ripristinare i movimenti di rotazione, traslazione anteriore e di traslazione laterale.

2) TECNICHE DI RELEASE MUSCOLARE

Il rilascio della muscolatura del massetere, dei temporali, degli pterigoidei è fondamentale per ripristinare la corretta lunghezza muscolare e per rilassare tale muscolatura contratta. Spesso in essa possono insorgere delle aree chiamate " trigger point" in cui il muscolo è particolarmente contratto; tali aree, se stimolate attraverso una digito pressione, possono risultare molto algiche o proiettare il dolore lontano dalla zona di stimolazione (tempie, occhio, nuca, denti).

3) TECNICHE MANIPOLATIVE SU TRATTO CERVICALE ALTO E CRANIO

La mandibola ha un'importante connessione con il tratto cervicale alto (C0-C1-C2), la posizione del cranio tende ad influenzare l'apertura massima della bocca, inoltre la mandibola è innervata da rami del trigemino, gli stessi nuclei del trigemino si trovano a livello del tratto cervicale basso.

Sappiamo come il trattamento del tratto cervicale basso sia indispesabile nel trattamento del mal di testa di origine cervicogenico, dunque un trattamento temporo mandibolare non può essere distinto da un trattamento cervicale.

Si pensa infatti che una disfunzione temporo-mandibolare sia alla base dell'insorgenza dell'emicrania, condizione di mal di testa primario per il quale non è conosciuta ancora una causa.

4) TECNICHE DI EDUCAZIONE E COUNSELING

Spiegare qual è il problema è il primo passo per tranquillizzare queste pazienti, dato che il disordine tempore mandibolare colpisce prevalentemente le ragazze, è il primo passo per sensibilizzarle e metterle al centro della riabilitazione; inoltre, si è visto, che dare degli esercizi e delle corrette condotte comportamentali è importante al fine di mantenere un buon risultato ottenuto tramite la riabilitazione.

A cura del Dottor Adriano Rabiolo Fisioterapista.