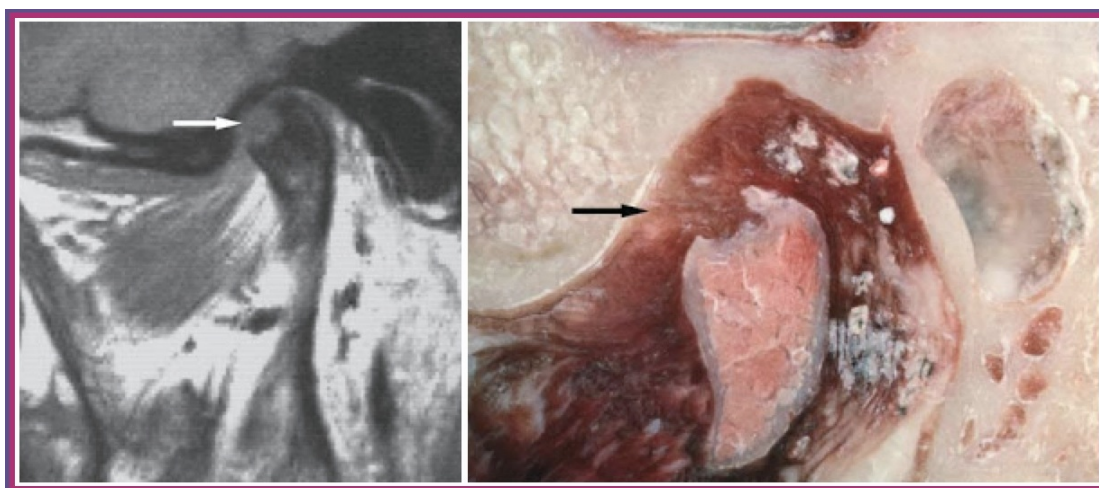


ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΟΝΟΥ

«Η ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΣΤΗΝ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ»

ΚΑΛΟΥΜΕΝΟΥ Ι. ΒΑΡΒΑΡΑ-ΓΕΩΡΓΙΑ



ΑΘΗΝΑ 2015

Επιβλέπων Καθηγητής για την εκπόνηση της Μεταπτυχιακής
Διπλωματικής Εργασίας: κ. Δρούκας Βύρων.

Τριμελής Επιτροπή για την αξιολόγηση της Μεταπτυχιακής
Διπλωματικής Εργασίας:

1. Τζάκης Μιχαήλ
2. Τζιούφας Αθανάσιος
3. Ψάρρας Βασίλειος

Με όλο το σεβασμό και την εκτίμηση που ένιωθα από παιδί για τη Σχολή και ιδιαίτερα το Τμήμα της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού, στο οποίο και ανήκει το μεταπτυχιακό το οποίο με πολλή αγάπη επέλεξα, νιώθω την ανάγκη να αφιερώσω την διπλωματική αυτή μελέτη στην μνήμη του πατέρα μου, **Καλούμενου Ιωάννη**, η αγάπη του οποίου για το αντικείμενο τον οδήγησε στην ανάγκη για εκ βάθους μελέτη και τον έκανε να αναζητήσει γνώση κι εμπειρία στο εξωτερικό (αφού τότε ακόμα στην Ελλάδα δεν υπήρχαν ειδικοί επί του θέματος), με μεγάλες προσωπικές θυσίες, σε ηλικία 37 ετών, κι ενώ ήταν ήδη παντρεμένος, με δυο παιδιά. Η παρουσία, οι προσπάθειες και το επιστημονικό του έργο υπήρξαν θεμελιώδεις για το αντικείμενο της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού και αυτός είναι ένας λόγος που με έκανε πάντα να νιώθω ευθύνη απέναντι στο Τμήμα και βαθειά συγκίνηση που ξεκινώντας το μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, έγινα κι εγώ κομμάτι της ιστορίας του Τμήματος του οποίου ο πατέρας μου υπήρξε ιδρυτικό μέλος. Θυμάμαι πάντα την αφιέρωση που μου είχε κάνει στο λεύκωμα των παιδικών μου χρόνων: "Βλέπεις μόνο ό,τι ξέρεις", μου έγραψε, "γί'αυτό μάθε, μάθε, μάθε."

Ευχαριστώ, μπαμπά.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία εκπονήθηκε σε συνεργασία με την πανεπιστημιακή κλινική της Παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου.

Με την ολοκλήρωση της εργασίας θεωρώ χρέος μου να εκφράσω τις ολόθερμες ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν στην πραγματοποίησή της.

- Θερμά ευχαριστώ τον διευθυντή της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Αναπληρωτή Καθηγητή κο Μιχαήλ Τζάκη για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράστασή του.
- Τον ομότιμο Καθηγητή της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Καθηγητή κο Βύρων Δρούκα, τόσο για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου αναθέτοντάς μου την έρευνα αυτή, όσο και για την βοήθειά του καθόλη την πορεία της έρευνας.
- Τον διευθυντή της κλινικής της Παθολογικής Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Καθηγητή κο Αθανάσιο Γ. Τζιούφα που ευγενώς παραχώρησε το πρωτογενές υλικό της κλινικής του για την παρούσα έρευνα.
- Τον Λέκτορα της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κο Βασίλειο Ψάρρα, για την κατανόηση και την συμπαράστασή του.
- Ευχαριστώ επίσης τον επίκουρο καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κο Δημήτριο Πικάζη και την επιμελήτρια της πανεπιστημιακής κλινικής της Παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου ρευματολόγο κα Λουκία Κουτσογεωργοπούλου, για την υποστήριξή τους.
- Την προϊσταμένη των εξωτερικών ιατρείων της κλινικής της Παθολογικής Φυσιολογίας για τη βοήθειά της ως προς την ροή των ασθενών.

- Τον στατιστικολόγο κο Γ. Συμιγιάννη για την γενναιόδωρη προσφορά του χρόνου και των γνώσεών του προς την οργάνωση του υλικού της έρευνάς μου.
- Το σύζυγό μου, Μάνθο Καρασταμάτη που στήριξε την προσπάθεια και δέχτηκε τις θυσίες που ακολούθησαν την απόφασή μου να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα που ολοκληρώνεται με τη συγγραφή της παρούσης διπλωματικής εργασίας.
- Την κόρη μου, Μαρία Καρασταμάτη που μωράκι ενός έτους, στερήθηκε ώρες παιχνιδιού με τη μαμά της, ώσπου να ολοκληρώσω τη συγγραφή της διπλωματικής αυτής μελέτης.
- Την μητέρα μου, Μαρία Καλουμένου, τόσο για την προτροπή της να ξεκινήσω το μεταπτυχιακό αυτό, όσο και για την υποστήριξη και τη βοήθειά της κατά τη διάρκεια των ετών που διάρκεσε η φοίτησή μου.
- Τις Μαρία Καλουμένου και Παναγιώτα Καρασταμάτη, μητέρα & πεθερά μου αντίστοιχα, που απασχόλησαν εναλλάξ επί συνεχόμενες ημέρες δημιουργικά την μικρή μου, ώστε να έχω την ελευθερία να αφοσιωθώ στην συγγραφή της παρούσης διπλωματικής εργασίας.

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ (με αλφαβητική σειρά)

ΑΣ	Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
δδ	Διάρθριος δίσκος
ΚΓΔ	Κροταφογναθική διάρθρωση
ΚΡΓΔ	Κρανιογναθικές διαταραχές
ΡΑ	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
ΣΣ	Στοματογναθικό Σύστημα
ΧΝΑ	Χρόνια νεανική αρθρίτιδα
ΨΑ	Ψωριασική αρθρίτιδα
TMD	Temporomandibular Disfunction
TMJ	TemporoMandibular Joint
RDC-TMD	Research Diagnostic Criteria (for) Temporomandibular Disfunction

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Επιβλέπων καθηγητής και τριμελής επιτροπή	1
Αφιέρωση	3
Ευχαριστίες	5
Συντμήσεις	7
Πίνακας περιεχομένων	9
Περίληψη	11
Περίληψη στα Αγγλικά	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
α. Αυτοάνοσα Νοσήματα	17
β. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	20
γ. Γενικά περί λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος	27
δ. Η σχέση των λειτουργικών διαταραχών με τα αυτοάνοσα νοσήματα	31
ε. Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην κροταφογναθική διάρθρωση και η σχέση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με τις κρανιογναθικές διαταραχές	35
στ. Ποιά ήταν τα ερεθίσματα που οδήγησαν στην εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	43
2. ΣΚΟΠΟΣ	43
3. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	43
α. Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού ασθενών	44
β. Σταδια έρευνας	44
γ. Συνοδά έντυπα	46
δ. Στατιστική μεθοδολογία	47
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - Γενικές πληροφορίες	47
5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	49

5α. Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων	49
5β. Συσχέτιση αποτελεσμάτων	90
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	121
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	144
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	150
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	160
9.1: Αποδοχή για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας από την κλινική της Παθολογικής Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ	160
9.2: Έντυπο συναίνεσης ασθενούς (consent form)	161
9.3: RDC-TMD, Ιστορικό και κλινική εξέταση (επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά)	165
9.4: Ειδικό ερωτηματολόγιο	174

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαπίστωση ότι η γενική θεραπεία που λαμβάνουν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) δεν είναι εξίσου αποτελεσματική στην κροταφογναθική διάρθρωση (ΚΓΔ) όσο και η ανάγκη αποτελεσματικότερης ανακούφισης των ασθενών αυτών, γέννησε την ιδέα ενός ερωτηματολογίου ικανού να βοηθήσει τους ειδικούς ρευματολόγους να εντοπίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα περιστατικά που χρήζουν θεραπείας πέραν αυτής που λαμβάνουν για την αντιμετώπιση της γενικής νόσου.

Στην έρευνα αξιολογήθηκαν, πέρα από το ερωτηματολόγιο, η συχνότητα δυσλειτουργίας του ΣΣ σε ασθενείς με ΡΑ, σε ποιο σημείο της πορείας της συστηματικής νόσου (ΡΑ) εμφανίζεται η δυσλειτουργία του ΣΣ, αν οι ασθενείς νιώθουν πως η θεραπεία τους καλύπτει εξίσου στην ΚΓΔ όπως στις υπόλοιπες αρθρώσεις και τέλος αν οι ασθενείς έχουν απευθυνθεί σε ειδικό για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας και με τι αποτέλεσμα.

Στην έρευνα πήραν μέρος ασθενείς με ΡΑ (χωρίς συνοσηρότητα με άλλο αυτοάνοσο νόσημα) οι οποίοι προσήλθαν με τυχαία ροή στην Πανεπιστημιακή Κλινική Παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, στο διάστημα που εκπονήθηκε η έρευνα. Τη συναίνεσή τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, ακολούθησαν αρχικά οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο το οποίο καταρτίστηκε ειδικά για τη μελέτη αυτή, και στη συνέχεια η εξέταση και αξιολόγηση των ασθενών σύμφωνα με το πρωτόκολλο και τη μέθοδο ρουτίνας που ακολουθούν η Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ και τα διεθνή κριτήρια RDC-TMD. Τα στοιχεία που συνελέγησαν, συγκρίθηκαν με σκοπό να αξιολογηθεί το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τα RDC-TMD κριτήρια, ένα 68% των ασθενών παρουσίασε ΚΡΓΔ.

Σε ό,τι αφορά στις ερωτήσεις του ειδικού ερωτηματολογίου, θετική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση δυσλειτουργίας βρέθηκαν να έχουν 4 από αυτές και μάλιστα η αξιοπιστία (εσωτερική συνοχή) των τεσσάρων αυτών πιθανών διαγνωστικών ερωτήσεων βρέθηκε ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha=0.68$). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων αυτών έδειχναν πως ο μέσος όρος της έντασης του πόνου αλλά και ο χειρότερος πόνος το τελευταίο τρίμηνο σε πρόσωπο/γνάθο ήταν μηδενικός (καθόλου πόνος) και πως υπήρχαν ξηροστομία και πόνος ή ευαισθησία σε αρθρώσεις εκτός της ΚΓΔ.

Αντιθέτως, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάγνωση δυσλειτουργίας, για 8 ερωτήσεις οι οποίες έδειχναν ύπαρξη πόνου στους κροτάφους και μπροστά από το αυτί, καθόλου πόνο αυτή τη στιγμή σε πρόσωπο/γνάθο, σοβαρό πόνος ως τον χειρότερο πόνο του τελευταίου τριμήνου σε πρόσωπο/γνάθο, ύπαρξη πόνου/ευαισθησίας/θερμότητας στην ΚΓΔ, πρωϊνό μούδιασμα σε πρόσωπο/γνάθο, ιστορικό αδυναμίας πλήρους κατάσπασης και ιστορικό τραυματισμού σε πρόσωπο/γνάθο.

Για τις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν βρέθηκε συσχέτιση και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Λέξεις-κλειδιά: Ρευματοειδής αρθρίτιδα, δυσλειτουργία στοματογναθικού συστήματος, πόνος, ερωτηματολόγιο, RDC-TMD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ – ABSTRACT

Both bibliography and clinic experience tend to show that Rheumatoid Arthritis (RA) patients under therapy, exhibit better results in the rest of their joints than they do in their temporomandibular joint (TMJ). The need to clarify this finding, and to treat patients as efficiently as possible, formed the idea of a specifically formatted questionnaire, to be used by rheumatologists and dentists and assist them in distinguishing RA patients who may require specialised care, delivered by a gnathologist.

In addition to the aforementioned questionnaire, during this research the following was also assessed: the frequency of Temporomandibular Disorders (TMD) in RA patients, whether or not they chose to seek specialized help for it, how far into the disease duration TMD appeared, and whether patients felt their treatment was equally effective to their TMJ as to other joints.

The patients who took part in this research were RA patients randomly coming to the University's Pathophysiology Clinic of Laiko General Hospital during the clinic's normal working hours. Once they signed the consent form, they answered the questionnaire put together for this research, and then were examined and assessed according to the protocol of both the international research criteria RDC-TMD and the Orofacial Management Clinic of Athens' University Dental School. Data gathered were evaluated so that the questionnaire could be assessed and validated.

The findings were as follows: Twenty-five patients (68%) were diagnosed with TMD, according to the RDC-TMD criteria.

According to the results, 12 questions were found to have statistical significance. Of these:

- ✓ 4 questions can be used for a future questionnaire, as they were found to be significantly positively cross-correlated with a TMD diagnosis. Those 4 possible diagnostic questions had satisfactory credibility as they scored a Cronbach's alpha 0.68. In those questions the patients stated that there was no pain in their face/jaw (both as the mean, and as the worst pain during the last 3 months), that they felt pain and/or sensitivity in other joints besides TMJ, and that they had a dry mouth.
- ✓ 8 questions probably cannot be used in future questionnaire as they were found to be significantly negatively cross-correlated with an RCD-TMD dysfunction diagnosis. Those questions could be further researched.
- ✓ The rest of the questions could not be cross-correlated and need to be further researched.

Key words: Rheumatoid arthritis, temporomandibular dysfunction, pain, questionnaire, RDC-TMD.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι χρόνιες παθήσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την φυσική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση των ασθενών κι αυτές με τη σειρά τους να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει τον πόνο, παγιδεύοντας τον σε ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο του είναι δύσκολο να ξεφύγει.

Είναι δύσκολο να κατανοήσει κάποιος υγιής το τι σημαίνει να ζει κανείς με χρόνια πόνο. Θα μπορούσε όμως να παρομοιαστεί με μια κατάσταση εξορίας, όπου ο ασθενής νιώθει το ίδιο του το σώμα ξένο και την καθημερινότητά του συγκλονιστικά αλλαγμένη, σα να ζει τη ζωή κάποιου άλλου, και να περνά τις μέρες του νοσταλγώντας την παλιά του ζωή. Το να μπορέσει κανείς να ανακουφίσει αυτούς τους ασθενείς από την κατάστασή αυτή του χρόνιου πόνου θα ήταν σα να τους επιτρεπόταν η επιστροφή στη ζωή τους, στο σώμα τους (όπως το ήξεραν μια ζωή) και στην καθημερινότητά τους.

Ως οδοντίατροι εξειδικευμένοι στην Αντιμετώπιση Στοματοπροσωπικού Πόνου ερχόμαστε πολύ συχνά σε επαφή με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο – συχνά τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά έτσι ώστε οι ασθενείς να υποθέτουν πως είναι «φυσιολογικά» και πως δεν μπορούν να απαλλαγούν από αυτά.

Μεταξύ αυτών των ασθενών είναι και ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι οποίοι κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου τους υπέστησαν προσβολή της ΚΓΔ από τη νόσο. Στην πλειονότητά τους οι ασθενείς αυτοί είναι μέσης ηλικίας και άνω και θεωρούν τα συμπτώματά τους συνεπακόλουθα της ηλικίας τους, με αποτέλεσμα

να μην αναζητούν βοήθεια για την αντιμετώπισή τους. Κάποιες μάλιστα φορές οι ασθενείς δεν έχουν καν αναζητήσει τη βοήθεια ειδικού ρευματολόγου, και είναι ευθύνη των οδοντιάτρων (και ειδικά των εξειδικευμένων στην αντιμετώπιση του στοματοπροσωπικού πόνου) να αναγνωρίσουν την πιθανότητα ο ασθενής να πάσχει από αυτοάνοσο νόσημα και να τον παραπέμψουν στον ρευματολόγο για περαιτέρω διερεύνηση. Είναι βέβαια γεγονός πως συχνά η διάγνωση των αυτοάνοσων νοσημάτων απαιτεί χρόνο, ειδικά κατά το αρχικό στάδιο, καθώς τα συμπτώματα προστίθενται σταδιακά και είναι δυνατόν με ένα νέο σύμπτωμα, ακόμα και να τροποποιήσουμε τη διάγνωση. Όπως άλλωστε είπε κι ο φιλόσοφος Σαίρεν Κίρκεγκωρ (Søren Kierkegaard), μπορεί να καταλάβει κανείς τη ζωή μόνο προς τα πίσω, αλλά πρέπει να τη ζήσει προς τα μπροστά. Αυτό ισχύει και για πολλές παθήσεις.

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αποκαλύπτει πως συνήθως οι ασθενείς που έχουν προσβεβλημένη την ΚΓΔ από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, δεν ανακουφίζονται από τη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος (ΚΡΓΔ) που προκύπτει, παρά το ότι υποβάλλονται σε θεραπεία για τη γενική αυτοάνοση νόσο. Αυτή η υποψία, σε συνδυασμό με την ανάγκη μας να μπορέσουμε να ανακουφίσουμε όσο πιο νωρίς και όσο πιο αποτελεσματικά μπορούμε τους ασθενείς αυτούς, δημιούργησε την ιδέα να δημιουργηθεί ένα ερωτηματολόγιο που να μπορεί να βοηθήσει τους ρευματολόγους που αντιμετωπίζουν ασθενείς με ΡΑ να εντοπίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια αυτά τα περιστατικά που χρειάζονται θεραπείας πέραν της παραδοσιακής γενικής θεραπείας.

Αυτή ήταν και η ιδέα πάνω στην οποία χτίστηκε η έρευνα αυτή, με σκοπό πάντα την έγκαιρη και αποτελεσματικότερη επέμβαση των συναδέλφων για την ανακούφιση και πρόληψη των

συμπτωμάτων καθώς και για την καλύτερη λειτουργικότητα του Στοματογναθικού Συστήματος.

A. ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος ανοσία, ιστορικά, αναφέρεται στην προστασία του οργανισμού από τις λοιμώδεις νόσους. Ανοσολογία είναι η επιστήμη που μελετά την ανοσία, σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο μετά την έκθεση του οργανισμού σε ξένες ουσίες. Τα κύτταρα και τα μόρια που είναι υπεύθυνα για την ανοσία απαρτίζουν το ανοσολογικό σύστημα, ενώ οι απαντήσεις του ανοσολογικού συστήματος στις ξένες ουσίες, αποτελούν την «ανοσολογική απόκριση».¹

Το ανοσολογικό σύστημα είναι ένα πολύπλοκο σύνολο οργάνων, κυττάρων και μορίων, που συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να προστατέψουν τον οργανισμό από επιβλαβείς παράγοντες, όπως είναι τα μικρόβια, οι ιοί, οι μύκητες και τα παράσιτα. Η λειτουργία αυτή λοιπόν ονομάζεται ανοσία και ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1910, για να δηλώσει την προστασία του οργανισμού από τα λοιμώδη νοσήματα. Αργότερα, έγινε αντιληπτό ότι οι μηχανισμοί αφορούν όχι μόνο στους λοιμογόνους παράγοντες, αλλά και σε μη λοιμογόνους, όπως είναι οι νεοπλασίες (όγκοι), οι μεταμοσχευμένοι ιστοί (όπου μπορούν να προκαλέσουν απόρριψη του μοσχεύματος), αλλά και σε ιστούς του ίδιου του οργανισμού (φαινόμενο που, υπό ορισμένες συνθήκες, οδηγεί στην εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων)². Δηλαδή είναι δυνατόν, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, να προκαλέσουν ιστική βλάβη.

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές ο σύγχρονος ορισμός της ανοσίας είναι η ικανότητα του οργανισμού να αντιδρά σε διάφορες

ξένες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων μικροβίων και μακρομορίων όπως πχ πρωτεϊνών, πολυσακχαριτών, κ.α., χωρίς αυτό να συνιστά υποχρεωτικά φυσιολογική ή παθολογική εξεργασία.¹ Αυτοανοσία ονομάζεται η αντίδραση αυτοδραστικών B- και T- λεμφοκυττάρων κατά των ιστών του ίδιου οργανισμού. Με άλλα λόγια, τα κύτταρα αυτά έχουν χάσει την «ανοχή» τους προς τα αντιγόνα του ίδιου του οργανισμού και δρουν εναντίον τους. Αυτή η αντίδραση, όμως, δε σημαίνει υποχρεωτικά αυτοάνοση νόσο. Αυτοάνοση νόσος είναι το φαινόμενο, κατά το οποίο, η αυτοανοσία προκαλεί βλάβη του ιστού, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και στο σύνδρομο Sjogren.²

Υπάρχουν λοιπόν νόσοι, στις οποίες όχι μόνο τα κύτταρα αλλά και οι παραγόμενες ουσίες μπορεί να είναι βλαπτικές για τον οργανισμό. Όπως προαναφέρθηκε, οι νόσοι αυτές λέγονται αυτοάνοσες δεδομένου ότι το ανοσολογικό σύστημα στρέφεται κατά ίδιων αντιγόνων του οργανισμού. Η διαφοροποίηση ιδίου και ξένου εξαρτάται από την ικανότητα διαχωρισμού του ιδίου, από το ξένο, των κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος τόσο κατά την διάρκεια της αντιγονοανεξάρτητης ωρίμανσής τους όσο και κατά τη διάρκεια της αντιγονοεξαρτώμενης διαφοροποίησής τους.¹

Το φαινόμενο της αυτοανοσίας έγινε αντιληπτό στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από τον Paul Ehrlich, ο οποίος το περιέγραψε με τον όρο "horror autotoxicus". Πενήντα χρόνια αργότερα, ο Burnett, για να το εξηγήσει, πρότεινε την «υπόθεση επιλογής των κλώνων» σύμφωνα με την οποία, στη διάρκεια της εμβρυϊκής και νεογνικής ζωής των ατόμων, το ανοσολογικό σύστημα καταστρέφει τα λεμφοκύτταρα που αναγνωρίζουν τα αυτοαντιγόνα. Μετά από αρκετά χρόνια όμως, διαπιστώθηκε ότι όλοι οι φυσιολογικοί οργανισμοί διαθέτουν μικρή ποσότητα αυτοαντισωμάτων με μικρή συγγένεια προς τα αυτοαντιγόνα και μικρή ποσότητα αυτοδραστικών T-λεμφοκυττάρων,

τα οποία όμως δεν οδηγούν σε βλάβη του ιστού και συνεπώς σε αυτοάνοση νόσο. Τα αυτοαντισώματα αυτά ονομάζονται φυσικά αυτοαντισώματα, οι μελέτες δε των τελευταίων ετών δείχνουν ότι αυτά παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος. Άρα, η λυδία λίθος για τη διάγνωση της αυτοάνοσης νόσου δεν είναι η παρουσία αυτοαντισωμάτων, όπως πχ του ρευματοειδή παράγοντα και των αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) τα οποία πολλές φορές αναστατώνουν τον ασθενή και προβληματίζουν τον ιατρό, αλλά η ύπαρξη βλάβης στον ιστό. Είναι αξιοσημείωτο να τονιστεί ότι στα περισσότερα νοσήματα οι ιστικές βλάβες προκαλούνται με περισσότερους από ένα μηχανισμούς.²

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία της γένεσης αυτοαντισωμάτων ή/και αυτοδραστικών κλώνων κυτταροτοξικών T-λεμφοκυττάρων, είναι άγνωστη.¹ Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων παραγόντων (περιβαλλοντικών ή εξωγενών, γενετικού υποστρώματος των ασθενών, ορμονικών αλλά και ψυχικών) συμβάλλει στην ανάπτυξη και εκδήλωση των αυτοάνοσων νοσημάτων.² Το τελικό αποτέλεσμα είναι πάντως η διαταρχή της φυσιολογικής ανοσορρύθμισης του ανοσολογικού συστήματος.¹

Τα αυτοάνοσα νοσήματα προσβάλλουν το 5-8% του γενικού πληθυσμού. Είναι δυνατόν να προσβάλουν ένα μόνο όργανο του οργανισμού, όπως για παράδειγμα το δέρμα, το ήπαρ ή κάποιον ενδοκρινή αδένα (θυροειδή, πάγκρεας, κτλ). Τα νοσήματα αυτά ονομάζονται οργανοειδικά. Μπορούν όμως να προσβάλλουν συγχρόνως πολλά όργανα και τότε τα ονομάζουμε συστηματικά (Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, Αγγειίτιδες, Σκληρόδερμα κτλ). Τα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να διαδράμουν μια ήπια, μέτρια ή και σοβαρή κλινική πορεία. Μπορεί επίσης να εξελιχθούν από μια κλινική οντότητα σε άλλη – δηλαδή, ένας

ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αρχικά σημεία και συμπτώματα μιας αυτοάνοσης νόσου και στην κλινική του πορεία να εμφανίσει και άλλο αυτοάνοσο νόσημα, πχ να διαγνωστεί αρχικά με θυροειδίτιδα Hashimoto και στην κλινική πορεία της νόσου να εμφανίσει εικόνα ΡΑ ή συνδρόμου Sjogren. Μπορεί επίσης σημεία και συμπτώματα διαφόρων νοσολογικών οντοτήτων να παρουσιάζονται στον ίδιο ασθενή, κλινική εικόνα που ονομάζουμε μικτή νόσο του συνδετικού ιστού ή εφιππεύον σύνδρομο.²

Η εμφάνιση και η παρουσίαση των συστηματικών παθήσεων μπορεί να έχει ποικίλα συμπτώματα.³ Τα συστηματικά ρευματοειδή νοσήματα μπορεί να εμφανίσουν ποικιλία εκδηλώσεων στην κεφαλή και τον τράχηλο.⁴ Η εμφάνιση ασθενειών όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ), το σκληρόδερμα, η δερματομυοσίτιδα, η πολυμυοσίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), μπορεί να συμβούν με συμπτώματα σε ποικιλία διαφορετικών οργάνων ή συστημάτων, άλλες φορές τυπικά για τη νόσο και άλλες φορές ασυνήθιστα. Στη δε πορεία της νόσου, όπως άλλωστε προαναφέρθηκε, μπορεί να προκύψει συμμετοχή και άλλων οργάνων ή συστημάτων.³

B. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Οι απαρχές της ΡΑ είναι ασαφείς και υπάρχουν διαφωνίες γύρω από αυτές, αλλά η ασθένεια που ο Αυγουστίνος Ιάκωβος Λαντρέ-Μποβές ονόμασε “πρώιμη ασθενή ποδάγρα” στη διατριβή του το 1800, θεωρείται η πρώτη περιγραφή.⁵ Πρόθεσή του ήταν να διαχωρήσει αυτή την οντότητα από την κοινή ποδάγρα, έναν όρο που χρησιμοποιείτω ευρέως για αιώνες προκειμένου να υποδείξει συγκεκριμένες ασθένειες των αρθρώσεων και ρευματισμούς (οξύ ρευματικό πυρετό). Χαρακτηριστικά που ξεχώρησε ο Λαντρέ-Μποβές

συμπεριλάμβαναν την υπεροχή των γυναικών, τη χρόνια πορεία της νόσου, την ταυτόχρονη προσβολή πολλών αρθρώσεων και τέλος, την απουσία τόφων, οι οποίοι αναγνωρίζονταν ως αρκετά συχνό συνοδό σύμπτωμα της κοινής ποδάγρας. Τόνισε επίσης πως στην “πρώιμη ασθενή ποδάγρα”, οι αλλαγές που παρατηρούνται είναι αποτέλεσμα του οιδήματος, της εμπύησης των αρθρώσεων και του ότι τα οστά μαλακώνουν κι ενώνονται.

Αργότερα, το 1853, ο Ζαν-Μαρτίν Σαρκό στη διατριβή του που έγινε στο ίδιο νοσοκομείο με αυτή του Λαντρέ-Μποβές, με τις απεικονίσεις των χεριών των ίδιων ασθενών δεν μας αφήνει αμφιβολίες για το ότι η περιγραφείσα πάθηση ήταν η ΡΑ.⁶ Στην πορεία του ξαναγυρίζει συχνά σε αυτή τη μορφή χρόνιας αρθρίτιδας και ήταν ο πρώτος που επανέφερε τις πρώιμες περιγραφές του Σύντενχαμ (Sydenham, 1753) για τυπικές, χαρακτηριστικές παραμορφώσεις των αρθρώσεων των δακτύλων.⁷

Στην Αγγλία του 18^{ου} αιώνα, η ποδάγρα ήταν τόσο «δημοφιλής» που περιγραφές άλλων παθήσεων των αρθρώσεων παραβλέπονταν, έως το 1802 όταν ο Γουίλιαμ Χέμπερντεν εξέδωσε το σύγγραμμά του «Σχόλια» (Commentaries), το οποίο περιείχε παρατηρήσεις μορφών αρθρίτιδας εκτός της ποδάγρας.⁸

Αργότερα, Ο Αλφρεντ Μπάρινγκ Γκάροντ, διάσημος κλινικός, χρησιμοποίησε το διάσημο τεστ του με το οποίο έδειξε τους κρυστάλλους ουρικού οξέος στο αίμα ασθενών, συνέκρινε ασθενείς που έπασχαν από ποδάγρα με ασθενείς που έπασχαν από άλλες αρθροπάθειες και έγραψε: «Αν συμφωνήσουμε να ονομάσουμε μια ασθένεια σύμφωνα με τα εξωτερικά της χαρακτηριστικά, τότε παραδέχομαι πως ο όρος ρευματική ποδάγρα δεν ευσταθεί.» Έπειτα πρότεινε τον όρο «ΡΑ», «με τον οποίο θέλω να υπονοήσω μια φλεγμονώδη προσβολή των αρθρώσεων, όχι διαφορετική από τους

ρευματισμούς σε κάποια από τα χαρακτηριστικά της, αλλά ουσιαστικά διαφορετική στην παθολογία της».⁹

Με την πάροδο του χρόνου η ΡΑ ξεχώρισε από την ποδάγρα και την οστεοαρθρίτιδα, αν και παρέμειναν αμφιβολίες σχετικά με το αν κάτω από τον όρο ΡΑ βρίσκονται μπρδεμένες αρκετές οντότητες.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, έγιναν προσπάθειες να ξεχωρίσει η ΡΑ από άλλες μορφές χρόνιων πολυαρθρίτιδων, όπως πχ από την ψωριασική αρθρίτιδα, την σηπτική αρθρίτιδα, τις παιδικές αρθρίτιδες και από τη ρευματοειδή σπονδυλίτιδα (σπονδυλαρθροπάθειες), από την οποία η διαφοροποίηση ήταν και η πιο δύσκολη.¹⁰

Κάποιοι ερευνητές υποστήριξαν αυτό που ο καθένας θεώρησε ξεχωριστή οντότητα σπονδυλικής αρθρίτιδας – η άποψή τους ότι η ρευματοειδής σπονδυλίτιδα αποτελούσε ξεχωριστή οντότητα υποστηριζόταν από μια σωρεία κλινικών και ακτινολογικών ευρημάτων, όπως την υπεροχή των άρρενων, την νεαρότερη ηλικία των ασθενών, την αυξημένη συχνότητα επιπεφυκίτιδος και την απουσία υποδόριων οζιδίων. Από την άλλη πλευρά, όμως, υπήρχαν και κλινικές ομοιότητες μεταξύ ασθενών με σπονδυλική και ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως η συχνή προσβολή περιφερικών αρθρώσεων συμπεριλαμβανομένων των φαλλάγγων των δακτύλων της άκρας χειρός, παθολογική εικόνα της μεμβράνης των αρθρώσεων και των σπονδύλων. Αμερικανοί ειδικοί απεφάνθησαν πως, ελλείψη γενετικών διαφορών ήταν καλύτερο να θεωρείται η σπονδυλίτιδα ρευματοειδής αρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης.¹¹

Αργότερα βέβαια, αυτό αναιρέθηκε καθώς εργαστηριακές έρευνες απέτυχαν να βρουν τυπικά αντισώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε ασθενείς με σπονδυλίτιδα. ενώ παράλληλα βρέθηκε συχνή συσχέτιση του HLA-B27 με την σπονδυλίτιδα.¹²

Η δε παρατήρηση πως ο ορός ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορούσε να προκαλέσει την συγκέντρωση ερυθρών αιμοσφαιρίων προβάτων τα οποία είχαν προηγουμένων καλυφθεί με αντισώματα λαγού ή παρομοίως καλυμένα βακτήρια, εισήγαγε την επιστήμη της ανοσολογίας στην μελέτη της ΡΑ^{13,14} κι αυτό με τον καιρό και την πρόοδο των ερευνών, κατέληξε στο να προστεθεί η ΡΑ στην οικογένεια των αυτοάνοσων ασθενειών.¹⁵

Σήμερα γνωρίζουμε πως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια αγνώστου αιτιολογίας χρόνια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί πόνο, οίδημα, δυσκαμψία και απώλεια λειτουργικότητας των αρθρώσεων. Έχει παγκόσμια κατανομή, συχνότητα 0.3-1.5% και συχνότερα προσβάλλει τις γυναίκες από τους άντρες (3:1). Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συχνότερα όμως μεταξύ 3ης και 4ης δεκαετίας. Η νόσος έχει κάποια χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούν από άλλα είδη αρθρίτιδας, τόσο ως προς την εντόπιση όσο και ως προς το είδος των βλαβών που προκαλεί. Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά σημεία της νόσου είναι η συμμετρική προσβολή των αρθρώσεων (μεταξύ αριστερής και δεξιάς πλευράς). Σημαντικό είναι επίσης ότι η νόσος μπορεί να προσβάλλει εκτός των αρθρώσεων, και άλλα όργανα του σώματος. Θα πρέπει κανείς να έχει πάντα υπόψην του ότι η ΡΑ εκδηλώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο και ότι ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου σε κάθε ασθενή, ο ασθενής μπορεί να διανύει μεγαλύτερες ή μικρότερες περιόδους έξαρσης ή ύφεσης της νόσου. Στην πιο βαρεία μορφή της νόσου όπου οι περίοδοι ύφεσης δεν διαρκούν πολύ και η νόσος είναι ενεργός για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενδέχεται να προκληθούν σοβαρές λειτουργικές βλάβεις στις αρθρώσεις.

Η πορεία της διαγνωσμένης ΡΑ μπορεί να ποικίλει από ήπια ως ταχέως εξελισσόμενη πολυσυστηματική φλεγμονή. Στο 70% των

ατόμων που πάσχουν από ΡΑ, η εμφάνιση της νόσου είναι αργή και ήπια, στο 20% με μέσης βαρύτητας συμπτώματα και στο 10% ξαφνική και οξεία.¹⁶ Οι ασθενείς συνήθως παραπονούνται κυρίως για πόνο, ακαμψία και οίδημα. Η κλινική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει ευαισθησία στην ψηλάφηση, πεπαχυσμένη αρθρική μεμβράνη, συλλογή υγρού στις αρθρώσεις και κάποιες φορές ερύθημα και θερμότητα. Όταν η νόσος διαρκεί περισσότερο, μπορεί να εμφανισθεί μειωμένη κινητικότητα και πολύ αργότερα, αγκύλωση και μερική μετατόπιση της αρθρωσης.¹⁷ Όπως προαναφέρθηκε, τα συμπτώματα είναι συνήθως συμμετρικά – αρχικά σε ένα ποσοστό 70% των ασθενών, αλλά μέσα σε ένα έτος από την έναρξη της νόσου, το ποσοστό αυτό φτάνει το 85%.¹⁶

Η γενετική προδιάθεση για προσβολή από ΡΑ στους ανθρώπους έχει αποδειχτεί σε μελέτες διδύμων¹⁸, σε οικογένειες¹⁹ και σε μελέτες όπου ερευνήθηκε ευρέως το γονιδίωμα ασθενών για κοινά γονίδια^{20,21,22,23}. Η κληρονομικότητα αναφέρεται στο ποσό της φαινοτυπικής ποικιλότητας, οφειλόμενης σε πρόσθετους γενετικούς παράγοντες, περισσότερο από ότι σε κοινούς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, αλληλεπιδράσεις γονιδίων περιβάλλοντος και αλληλεπιδράσεις γονιδίων-γονιδίων. Μια τέτοια μελέτη απέδειξε πως το 60% της μεταβλητότητας της ασθένειας, κληρονομείται.¹⁸ Άλλος ένας τρόπος με τον οποίο μπορούμε να υπολογίσουμε πως η γενετική συνεισφέρει στην πορεία της νόσου, είναι ο υπολογισμός της συχνότητας της νόσου σε μέλη της ίδιας οικογένειας σε αντιδιαστολή με τη συχνότητα της νόσου στο γενικό πληθυσμό. Κι ενώ ο κίνδυνος προσβολής από ΡΑ στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%, ο μονοζυγωτικός δίδυμος ενός ασθενούς με ΡΑ έχει κίνδυνο να προσβληθεί από ΡΑ περίπου 15%^{24,25,26} κι ένας αδερφός ασθενούς με ΡΑ έχει πιθανότητα προσβολής από ΡΑ περίπου 5%, αν και το τελευταίο ποσοστό ποικίλει ανάλογα με τον πληθυσμό που έχει μελετηθεί.^{27,28,29}

Όμως οι παράγοντες κινδύνου για προσβολή από ΡΑ αποτελούνται από ένα συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και τυχαίων παραγόντων, όπως συμβαίνει και με όλες τις πολυπαραγοντικές γενετικές παθήσεις. Είμαστε ακόμα στην αρχή μιας εποχής κατά την οποία θα κατανοήσουμε τις πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και να καταλάβουμε παθολογικές ανοσολογικές αντιδράσεις που μπορεί να προκαλούνται από το συνδυασμό τους. Άλλωστε οι περισσότερες μελέτες που υπάρχουν σήμερα δεν διαχωρίζουν τους ασθενείς με ΡΑ σε υποκατηγορίες, ούτε έχουν λάβει υπόψη τους τη γενετική, όταν εξετάζουν το περιβάλλον. Επομένως, το να κατανοήσουμε ποιοί από τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες συνεισφέρουν στην πυροδότηση των ανοσολογικών δράσεων που θα καθορίσουν την έναρξη της νόσου, την διαιώνιση και τη χρονιότητα της νόσου και τη συνοσηρότητα που σχετίζεται με την ΡΑ είναι εξαιρετικής σημασίας προκειμένου να μπορέσουμε να σταματίσουμε τη νόσο και τις συνέπειές της. Χρειάζονται ακόμα πολλές έρευνες πάνω στο θέμα αυτό καθώς έχουμε κάνει μικρή μόνο πρόοδο, με λίγες έρευνες που να αξιολογούν όλες τις προαναφερθείσες παραμέτρους.

Αν εξαιρέσουμε λοιπόν τους γενετικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί ευρέως και έχουν συσχετιστεί με την ΡΑ, υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή, όπως ο τρόπος ζωής (κοινωνικο-οικονομική τάξη^{30,31}, κάπνισμα^{32,33}, διαίτα^{34,35}, επάγγελμα^{36,37,38}, προσβολή από ιούς όπως ο Epstein-Barr ή άλλους μικροοργανισμούς^{39,40,41}, ιατρικές παρεμβάσεις (όπως μεταγγίσεις αίματος^{42,43}, αντισυλληπτικά χάπια^{44,45}, και σωματικοί παράγοντες (όπως το σωματικό βάρος, ο θηλασμός^{44,46} ορμονες, γονιμότητα^{47,48}, αποβολές, ατοπία^{49,50,51}, σχιζοφρένεια⁵² .

Οι παθολογικές μεταβολές στην ΡΑ ξεκινούν από την αρθρική μεμβράνη, και η απαρχή τους είναι μια μη ειδική φλεγμονή και αύξηση στον αριθμό των κυττάρων. Λεμφοκύτταρα και μακροφάγα συρρέουν στις προσβεβλημένες αρθρώσεις, και μπορούμε να παρατηρήσουμε λεμφοκύτταρα με βλαστικά κέντρα που στο κέντρο τους πολλαπλασιάζονται Β κύτταρα γύρω από δενδριτικά κύτταρα. Αυτές οι παθογενετικές αλλαγές είναι δυνατό να βρεθούν σε ρευματοειδή οζίδια που μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε όργανο. Περαιτέρω αγγειογένεση και υπερπλασία του επιθυλίου της αρθρικής μεμβράνης οδηγούν σε καταστροφή χόνδρου και οστού. Σε άλλα όργανα μπορεί να συμβούν φλεγμονώδης διείσδυση, παθολογία στα αγγεία και ίνωση.

Είναι λοιπόν σαφές ότι η ΡΑ μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς, ωστόσο οι σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις επιτρέπουν στους περισσότερους ασθενείς μια δραστήρια και παραγωγική διαβίωση. Επομένως είναι πολύ σημαντικό και ευθύνη του οδοντίατρου να μπορεί να υποψιαστεί τότε οι ασθενείς που μπαίνουν στο οδοντιατρείο έχοντας συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα μπορεί να πάσχουν από ΡΑ εν αγνοία τους και να τους παραπέμψει, αφ'ενός στον ρευματολόγο το συντομότερο ώστε αν η διάγνωση είναι θετική να λάβουν το συντομότερο την κατάλληλη θεραπεία, και αφ'ετέρου στον εξειδικευμένο για την αντιμετώπιση του στοματοπροσωπικού πόνου οδοντίατρο για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού που προκύπτει από τη νόσο.

Γ. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Με τον όρο «δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος» ή «λειτουργικές διαταραχές των κροταφικών διαρθρώσεων» εννοούμε το σύνολο των νοσηρών φαινομένων, τα οποία πρωτοπαθώς ή δευτερογενώς εντοπίζονται στην ευρύτερη περιοχή του εν λόγω συστήματος. Οι καταστάσεις αυτές χαρακτηρίζονται κυρίως από πόνο, ήχους από τις ΚΓΔ, αναστολή ή μείωση των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου και κεφαλαγία τύπου τάσης⁵³.

Η δυσλειτουργία των ΚΓΔ ήταν γνωστή από την αρχαιότητα – ήδη από τον 5^ο π.Χ. αιώνα ο Ιπποκράτης περιγράφει μέθοδο ανάταξης εξάρθρημάτων της κάτω γνάθου ανάλογη με εκείνη που εφαρμόζαν και οι Αιγύπτιοι 2500 χρόνια π.Χ., οστόσω οι γνώσεις μας σχετικά με τη δομή και τη λειτουργία των ΚΓΔ παρέμειναν ουσιαστικά στάσιμες ως τις αρχές του 20^{ου} αιώνα⁵³.

Με εξαίρεση τις ανατομικές σπουδές των Λεονάρντο Ντα Βίντσι το 15^ο αιώνα⁵⁴, τον Ανδρέα Βεσάλιους τον 16^ο αιώνα και τον Τζόν Χάντερ τον 18^ο αιώνα⁵⁵, οι πρώτες αναφορές σχετικά με τη δυσλειτουργία των ΚΓΔ γίνονται από τους Πρέντις (1918) και Σούμα (1918)⁵³.

Στη σχετική με την παθολογία της ΚΓΔ βιβλιογραφία, θεωρείται ως σημείο αναφοράς η εργασία του Τζέιμς Μπρέυ Κοστέν, με την οποία η παθολογία της ΚΓΔ και κυρίως η συσχέτισή της με το στοματογναθικό, απέκτησε διεθνή αναγνώριση – εισάγωντας τη θεραπεία τέτοιων προβλημάτων στην επαγγελματική φαρέτρα των οδοντιάτρων. Συγκεκριμένα, το 1934 ο συγκεκριμένος ΩΡΛ περιέγραψε την κατάσταση η οποία καθιερώθηκε στη βιβλιογραφία

ως «σύνδρομο Κοστέν», όρος που χρησιμοποιείται σπανίως και σήμερα από τους ΩΡΛ. Για πρώτη φορά συσχετίστηκαν σημεία και συμπτώματα ποιοτικής φύσης (απώλεια ακοής, αίσθηση βουλώματος στα αυτιά, ίλιγγο, κεφαλαλγία και τρισμό) με μεταβολές στη σύγκλειση – ειδικά με την απώλεια οπίσθιας στήριξης και αυξημένης κάθετης πρόταξης⁵⁶.

Στην πραγματικότητα, πριν τον Κοστέν, υπήρχαν ήδη αρκετές αναφορές στη βιβλιογραφία σχετικά με την παθολογία των ΚΓΔ, κάποιες από τις οποίες αναφέρονταν στην πιθανή συσχέτιση της σύγκλεισης των δοντιών με τα προβλήματα της ΚΓΔ, προτείνοντας πως συγκεκριμένα συμπτώματα από το κρανίο, το πρόσωπο, την ακοή και την κάτω γνάθο θα μπορούσαν να είναι επακόλουθα της ατροφίας του μηνίσκου, του κρανίου και της κροταφικής γλήνης, όλες διαδικασίες που ακολουθούν την απώλεια των οπισθίων δοντιών⁵⁷.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1950, αμφισβητήθηκε η σχέση της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού με τη σύγκλειση των δοντιών. Έτσι θεωρήθηκε πως η συναισθηματική ένταση αποτελεί έναν κύριο αιτιολογικό παράγοντα – μια ιδέα που έφερε δραματική αλλαγή από την ιδέα της “ιδανικής κατασκευής”, σε μια ιδέα πιο κοντά στη φυσιολογία, βασισμένη στην βιολογική-μηχανική των αρθρώσεων και στην φυσιολογία των μυών. Λογικό ήταν να ακολουθήσει και αλλαγή στον τρόπο θεραπείας, η οποία πλέον στρέφεται στον ιατρικό χώρο. Σε αυτό το πλαίσιο, ο Λάσκιν το 1969 προτείνει πως ο μυϊκός σπασμός και η μυϊκή κόπωση που προκαλούνται από παραλειτουργικές εξεις, ευθύνονται για τα συμπτώματα της επώδυνης δυσλειτουργίας της κάτω γνάθου. Η άποψη αυτή αποτέλεσε τον πρόδρομο για τη μετέπειτα αποδοχή της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των κρανιογναθικών διαταραχών (ΚΡΓΔ)⁵⁷.

Σήμερα, στα πλαίσια της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των ΚΡΓΔ, γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης του ψυχολογικού παράγοντα των ασθενών σε σχέση με την δυσλειτουργία του ΣΣ. Η λογική που υποστηρίζει αυτή την προσπάθεια αξιολόγησης είναι ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να προδιαθέτουν, να είναι αιτιολογικοί, να είναι παράγοντες διαιώνισης ή και αποτέλεσμα των ΚΡΓΔ. Η λογική αυτή στηρίζεται σε στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τα μέσα της δεκαετίας του 1950. Έτσι βρέθηκε ότι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι παραλειτουργικές στοματικές έξεις, ο χρόνιος πόνος και οι περιορισμένες ικανότητες του ασθενούς να ανταπεξέλθει σε παρόμοιες καταστάσεις σχετίζονται με ποσοστό ασθενών που πάσχουν από δυσλειτουργία του ΣΣ⁵⁸. Για παράδειγμα, το άγχος έχει προταθεί ως αιτιολογικός παράγοντας, μέσω των παραλειτουργικών έξεων και της αυξημένης μυϊκής τάσης. Μπορεί όμως να είναι και το αποτέλεσμα του πόνου, και καθώς χαμηλώνει τον οδό του πόνου, καθιστά τους ασθενείς λιγότερο ανθεκτικούς σε αυτόν⁵⁹.

Τη δεκαετία του 1950, η εμφάνιση των νέων τεχνικών απεικόνισης, δημιουργεί νέα δεδομένα. Παρόλο που υπήρχαν καιρό υποψίες για αλλαγές στη θέση του διάρθριου δίσκου (μηνίσκου), χρειάστηκε να μπουν στην κλινική πράξη η αρθρογραφία και η μαγνητική ακτινογραφία, ώστε να θεωρηθεί η εσωτερική εκφύλιση της άρθρωσης ως η κύρια αιτία για τα παρατηρούμενα σημεία και συμπτώματα. Από αυτή την οπτική, προτάθηκε πως είναι απαραίτητη μια ιδανική σχέση μέσα στην άρθρωση, πράγμα που μεταφράστηκε στην κλινική πράξη σε προσπάθειες να επανατοποθετηθούν οι δομές της ΚΓΔ στην θεωρητικά ιδανική τους θέση και τελικά, να αντικατασταθούν ή να αφαιρεθούν οι δομές που είχαν υποστεί την αλλαγή⁵⁷.

Αρκετά αργότερα, οι Τουρκ και Ρούντυ έδειξαν τις ομοιότητες μεταξύ του χρόνιου πόνου που προκύπτει από τις ΚΡΓΔ και του χρόνιου πόνου άλλων μορφών, τονίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης του πόνου από την πλευρά της νευροπλαστικότητας του ΚΝΣ αλλά και από ψυχοκοινωνική και συμπεριφορική οπτική⁶⁰. Αυτή η άποψη σχετικά με την παθολογία της ΚΓΔ υποστηρίχθηκε από μελέτες που κατέληξαν πως στο 30% των ατόμων, υπάρχουν μεταβολές σε σχέση με την «ιδανική» ανατομικότητα της περιοχής⁵⁷.

Οι ΚΡΓΔ είναι, όπως προαναφέρθηκε, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Οι παράγοντες που τις προκαλούν μπορεί να είναι αρθρικής ή νευρομυϊκής κυρίως, αιτιολογίας και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό και από ψυχογενείς παράγοντες. Το έναυσμα μπορεί να είναι ιατρογενής παρέμβαση στη σύγκλειση, τραύμα, συστηματική νόσος (όπως η ΡΑ), ψυχολογικό ή σωματικό στρες, κακή στάση σώματος, προβλήματα μεταβολισμού και άλλα.

Τα σημεία και συμπτώματα των ΚΡΓΔ έχουν ως ακολούθως:

- ⇒ Ήχοι από τις ΚΓΔ
- ⇒ Αναστολή ή μείωση των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου
- ⇒ Πόνος
- ⇒ Κεφαλαλγία και κυρίως με τους χαρακτήρες κεφαλαλγίας τύπου τάσης

Δευτερεύοντα συμπτώματα των ΚΡΓΔ αποτελούν τα παρακάτω:

- ⇒ Ευαισθησία ή πόνος των δοντιών
- ⇒ Καυσαλγία
- ⇒ Αστάθεια
- ⇒ Ίλιγγος
- ⇒ Ωτοβουίσματα (εμβοές).

Δ. Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο αριθμός των αιτιών που προκαλούν πόνο και περιορισμό κινητικότητας μιας άρθρωσης είναι εξαιρετικά εκτεταμένος. Η ΚΓΔ δεν μπορεί, φυσικά, να αποτελεί εξαίρεση⁶¹.

Τέτοιες παθολογικές διεργασίες είναι οι εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις της ΚΓΔ οι οποίες αφορούν το μυοσκελετικό σύστημα γενικότερα – ως σήμερα έχουν περιγραφεί περίπου 100 τέτοιες παθήσεις. Οι κυριότερες εξ'αυτών, είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ΡΑ, η χρόνια νεανική αρθρίτιδα, η τραυματική αρθρίτιδα, η αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα, η νόσος του Reiter, η κροταφική αρτηρίτιδα και οι αρθρίτιδες που σχετίζονται με χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις των σπλάχνων. Στις παραπάνω παθολογικές καταστάσεις δεν είναι καθόλου σπάνιο ενδεχόμενο η εμπλοκή των ΚΓΔ – αντίθετα, τα ποσοστά εμπλοκής των ΚΓΔ στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες παρουσιάζονται υψηλά⁶².

Όπως προαναφέρθηκε, η ΚΓΔ μπορεί να προσβληθεί σε πολλές ρευματικές παθήσεις, ωστόσο η μελέτη της διάρθρωσης αυτής συχνά παραμελείται στην κλινική πράξη. Η προσβολή όμως της ΚΓΔ είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ΡΑ και την ΨΑ, καθώς και στις δυο παθήσεις μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανικανότητα. Σε σχετική έρευνα που εκτίμησε με τη βοήθεια μαγνητικής απεικόνισης και υπερηχογραφήματος την συμμετοχή της ΚΓΔ στην ΡΑ και ΨΑ, διαπιστώθηκε πως διαβρώσεις και επιπέδωση της κεφαλής του κονδύλου όπως και μειωμένη κινητικότητα ήταν τυπικές βλάβες, προκαλούμενες από τις προαναφερθείσες φλεγμονώδεις παθήσεις. Άλλες παθολογοανατομικές μεταβολές ήταν βλάβες στον διάθριο δίσκο (σύμφωνα με το 54% των μαγνητικών και 42.4% των υπερηχογραφημάτων), μεταβολές στην διάθρωση (στο 54.4% των

μαγνητικών και 48.4% των υπερηχογραφημάτων) και μεταβολές στον κόνδυλο(στο 54% των μαγνητικών και 70% των υπερηχογραφημάτων)⁶³.

Ασθενείς με χρόνια νεανική αρθρίτιδα (ΧΝΑ) μπορεί να έχουν μια ποικιλία από οδοντοπροσωπικές επιπλοκές σχετιζόμενες είτε με την πάθηση είτε με την θεραπεία της. Οι πιθανές εκδηλώσεις των επιπλοκών αυτών, σχετιζόμενες με το πρόσωπο ή τα δόντια ταξινομήθηκαν σε στοματικές και οδοντοσκελετικές.

Οι στοματικές συμπεριλαμβάνουν αυξημένη τερηδόνα, φτωχή στοματική υγιεινή και προβληματική, μη φυσιολογική σύγκλειση. Πιο συγκεκριμένα, οι επιπτώσεις στην σύγκλειση είναι αποτέλεσμα της προσβολής της ΚΓΔ και της ανάπτυξης του προσώπου. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συχνά σύγκλειση τάξης II καθώς και πρόσθια ανοιχτή δήξη ως συνεπακόλουθο της προοδευτικής απώλειας της οπίσθιας κάθετης διάστασης λόγω της αντίστοιχα προοδευτικής απορρόφησης του κονδύλου.

Οι οδοντοσκελετικές συνέπειες της ΧΝΑ οφείλονται στις μεταβολές που συμβαίνουν στην ΚΓΔ και στις συνεπακόλουθες επιπτώσεις τους στην ανάπτυξη της κάτω γνάθου. Τα ποσοστά της προσβολής της ΚΓΔ από ΧΝΑ ποικίλουν από 17-87% και η απόκλιση αυτή στα ποσοστά οφείλεται στην ηλικία των ασθενών, την πηγή των ασθενών και στις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για να επιβεβαιωθεί η προσβολή της διάρθρωσης. Η προσβολή της ΚΓΔ δεν είναι σπάνια, κι ενώ μπορεί να επιβεβαιωθεί με πανοραμική ακτινογραφία (στο 45% των περιπτώσεων)^{64,65} και συχνά επιβαβαιώνεται με μαγνητική τομογραφία και υπερηχογράφημα, μπορεί να είναι υποκλινική. Η μικρογναθία και οπισθογναθισμός, λιγότερο συχνά με τις τρεχουσες θεραπείες, εμφανίζονται συνηθώς σε παιδιά με πολύ σοβαρή νόσο ή σε παιδιά που έλαβαν θεραπεία σε

προχωρημένο στάδιο της νόσου⁶⁶. Τέτοιες απεικονιστικές μεταβολές, αν υπάρχουν, συμπεριλαμβάνουν βράχυνση του σώματος και του κλάδου της κάτω γνάθου κι επιπέδωση των κονδύλων⁶⁴.

Παιδιά με ΧΝΑ και προσβεβλημένη την ΚΓΔ μπορεί να παραπονεθούν για πρωϊνή δυσκινησία της κάτω γνάθου, συνοδευόμενη από τρισμό, μειωμένη κατάσπαση της κάτω γνάθου και πιθανά κλίκινγκ ή ερπυστικούς ήχους⁶⁵. Παθολογικές αλλαγές μέσα στην κεφαλή του κονδύλου πιστεύεται ότι επηρεάζουν αρνητικά τη δυναμική ανάπτυξης της περιοχής έχοντας ως αποτέλεσμα τις χαρακτηριστικές μεταβολές που σχετίζονται με την ΧΝΑ⁶⁷. Οι ασθενείς με ΧΝΑ τυπικά παρουσιάζουν οπίσθια στροφή της κάτω γνάθου και οπισθογναθισμό^{64,65,68,69,70,71}.

Τις μεταβολές στην κάτω γνάθο ακολουθούν αυξημένη κάθετη ανάπτυξη του προσώπου και πιθανά πρόσθια ανοιχτή δήξη⁷². Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ορισμένοι συγγραφείς περιγράφουν αυτούς τους ασθενείς ως έχοντες πτηνομορφική δυσμορφία⁷³. Η συχνότητα και σοβαρότητα των αλλαγών σχετίζεται με τον τύπο της ΧΝΑ, με τις πολυαρθρικές μορφές να έχουν το μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη και την τελική μορφή του προσώπου^{64,69,74}.

Στους ασθενείς με αγκυλωτική σπονδυλίτιδα (ΑΣ) το σημαντικότερο σύμπτωμα από το στοματογναθικό σύστημα είναι η δυσκολία κατάσπασης της κάτω γνάθου, ενώ σε οξείες φάσεις εμφανίζονται πόνος και οίδημα. Τα συμπτώματα αυτά δεν είναι χαρακτηριστικά της νόσου επειδή ανευρίσκονται και σε άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις των ΚΓΔ, όπως η ΡΑ και η ΨΑ. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυξάνεται αναλογικά με την με την εξέλιξη και την εξάπλωση της νόσου. Ευρήματα κατά την κλινική εξέταση είναι, πέραν της σημαντικά μειωμένης κατάσπασης της κάτω γνάθου, η ευαισθησία στην ψηλάφιση των μασητηρίων μυών και η

εκδήλωση κριγμωδών ήχων στο ¼ των ασθενών με προσβεβλημένη την ΚΓΔ. Ακτινογραφικά διαπιστώνονται επιπέδωση των κονδύλων και επιφανειακές διαβρώσεις. Όμως ενώ η απώλεια οστικής ουσίας από την επιφάνεια των κονδύλων οδηγεί σε συγκλεισιακές μεταβολές, στην περίπτωση της ΑΣ δεν οδηγεί σε πρόσθια ανοιχτή δήξη, όπως σε άλλες αρθρίτιδες. Η ΚΓΔ σπάνια αποτελεί πρωτοπαθή εστία εκδήλωσης της ΑΣ και σπάνια υφίσταται αγκύλωση, παρά το ότι η νόσος έχει την τάση να προκαλεί αγκύλωση σε ινοχόνδρινες αρθρώσεις (όπως είναι η ΚΓΔ), προφανώς λόγω της συνεχούς κινητικότητας της ΚΓΔ⁶².

Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα αποδείχτηκε συσχέτιση μεταξύ απεικονιστικών μεταβολών της ΚΓΔ και παραμέτρων στοματικής υγείας σε ασθενείς με νεανικό συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Οι μεταβολές αυτές, όπως η οστεονέκρωση της κάτω γνάθου, ήταν συνήθως ασυμπτωματικές, με συνοδό δυσλειτουργία του στοματογναθικού διαφόρων βαθμών, σε μικρό αριθμό ασθενών⁷⁵.

Τέλος, στο σύνδρομο Reiter, οι ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν πόνο, οίδημα, κόπωση στην περιοχή των ΚΓΔ και σοβαρότερα κλινικά σημεία δυσλειτουργίας των ΚΓΔ συχνότερα από ότι στην ομάδα ελέγχου, ειδικότερα ως προς την ευαισθησία των μασητηρίων μυών κατά την ψηλάφηση και τον πόνο κατά την κίνηση. Ακτινογραφικά διαπιστώθηκαν διαβρώσεις συχνότερα από ότι στην ομάδα ελέγχου⁶².

Ε. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ – Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ΡΑ μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε διάρθρωση. Η ΚΓΔ και ο κρικοαρυταινοειδής συνδεσμος, όπως και τα οστάρια του ωτός μπορεί επομένως να προσβληθούν. Για την ακρίβεια, η ΚΓΔ είναι συμπτωματική σε πάνω από τους μισούς ασθενείς με ΡΑ, ενώ απεικονιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η προσβολή της είναι ακόμα συχνότερη⁴.

Παρότι η ΚΓΔ μπορεί να προσβληθεί νωρίς στην πορεία της νόσου, συνήθως είναι άλλες οι αρθρώσεις που προσβάλλονται πρώτες. Στα βαρειαύτα περιστατικά, υπάρχει απορρόφηση οστίτη ιστού και σημαντική απώλεια οστικής υποστήριξης του κονδύλου – όταν αυτό αφορά την κάτω γνάθο, συνήθως είμναι αμφοτερόπλευρο. Μπορεί να προσβληθούν ενήλικες αλλά και παιδιά. Όταν προσβάλλονται οι ΚΓΔ σε παιδιά, η καταστροφή του κονδύλου της κάτω γνάθου (και επομένως των αυξητικών της κέντρων) οδηγεί σε καθυστέρηση της ανάπτυξης της κάτω γνάθου και χαρακτηριστική δυσμορφία του προσώπου, με έντονο οπισθογναθισμό (πτηνοειδές προσωπίο). Είναι επίσης γνωστό πως πέραν της προσβολής των αρθρώσεων, στους ασθενείς με ΡΑ μπορεί να προσβληθεί και το μυϊκό σύστημα, οπότε υπάρχει και έντονος μυϊκός πόνος στην στοματοπροσωπική περιοχή⁷⁶.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΡΑ θα εμφανίσουν κάποιου βαθμού συμμετοχή της ΚΓΔ στην πορεία της νόσου. Η συμμετοχή της ΚΓΔ οφείλεται στην προσβολή της αρθρικής επιφάνειας της αρθρικής μεμβράνης, η οποία οδηγεί σε καταστροφή του υποκείμενου οστού. Τα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού⁷⁷.

Οι ασθενείς με προσβολή της ΚΓΔ από ΡΑ έχουν σαν πιο χαρακτηριστικό κλινικό σημείο την ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της πλάγιας και πίσω επιφάνειας της αρθρωσης καθώς και τους ερπυστικούς ή κριγμώδεις ήχους⁵³. Γενικά όμως, η ΚΓΔ μπορεί να είναι επώδυνη, ευαίσθητη στην ψηλάφηση, ενώ μπορεί να υπάρχουν οίδημα, περιορισμός κινητικότητας, ερπυστικοί ήχοι και θερμότητα^{4,53,76}.

Ο πόνος κατά την ψηλάφηση οφείλεται στη δημιουργία εξιδρώματος λόγω της φλεγμονής στον περιορισμένο χώρο της ΚΓΔ. Πόνος υπάρχει και κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου, όπως και στην ψηλάφηση των μυών, ενώ η κινητικότητα είναι μειωμένη⁵³. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ξαφνική, απότομη έναρξη του πόνου και να μην μπορούν να κλείσουν το στόμα τους εντελώς, ενώ σταδικά μπορεί να δημιουργηθούν μεταβολές στη σύγκλειση των δοντιών, καθώς οι επιφάνειες τόσο των κονδύλων όσο και του κροταφικού οστού, διαβρώνονται⁴. Προοδευτικά ο πόνος ελαττώνεται λόγω της μείωσης της ενδοαρθρικής πίεσης καθώς και της καταστροφής του διαρθρίου δίσκου και αύξησης του διαρθρίου χώρου, χωρίς αυτό να αποτελεί παράγοντα αναστολής των δομικών αλλοιώσεων της άρθρωσης.

Παρατηρείται επίσης αύξηση της θερμοκρασίας της περιοχής και οίδημα το οποίο λόγω εντόπισης (από το ζυγωματικό μέχρι τον αυχένα του κονδύλου) δεν είναι πάντα εμφανές.

Οι ερπυστικοί ήχοι οφείλονται σε απώλεια της λείας επιφάνειας των αρθρικών επιφανειών, η οποία όμως μπορεί να οφείλεται, εκτός της ΡΑ, σε άλλες πολυαρθρίτιδες, σε οστεοαρθρίτιδα, κτλ ⁷⁸. Οι ερπυστικοί ήχοι μπορούν να χωριστούν σε ήπιους ή τραχείς, ανάλογα με το πόσο έντονος είναι ο ήχος⁷⁹.

Σε σοβαρές περιπτώσεις, δηλαδή σε προχωρημένη προσβολή των ΚΓΔ από ΡΑ παρατηρείται πρόσθια ανοιχτή δήξη. Η πρόσθια ανοιχτή δήξη είναι ένας όρος περιγραφικός που αφορά σε μια κατάσταση με συχνά έντονη κλινική εικόνα και που προκαλεί εξίσου έντονα λειτουργικά αλλά και αισθητικά (και άρα ψυχολογικά) προβλήματα στους ασθενείς. Προκαλλείται από την καταστροφή των κονδύλων της κάτω γνάθου, την οποία ακολουθούν μια σειρά μεταβολές: η θέση της κάτω γνάθου αλλάζει, οι εμπλεκόμενοι μύες δεν μπορούν να λειτουργήσουν φυσιολογικά και οι γομφίοι καταλήγουν να λειτουργούν σαν άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η κάτω γνάθος. Έτσι το γένειο οδηγείται σε μια πιο κάτω και πίσω θέση και δημιουργείται κενό ανάμεσα στα δόντια που βρίσκονται μπροστά από τους γομφίους – εξού και ο όρος “πρόσθια ανοιχτή δήξη”. Δημιουργείται δηλαδή μια κατάσταση αποδιοργανωμένης σύγκλεισης κατά την οποία ο ασθενής δεν μπορεί να κλείσει το στόμα του, παρά το ότι τα οπίσθια δόντια του είναι σε επαφή. Επακόλουθο δε της φυσιολογίας της κατάποσης είναι κατά τη διάρκεια της κατάποσης, η πρόσθια ανοιχτή δήξη να αυξάνεται, κάτι που επιτείνει τα προβλήματα που η κατάσταση αυτή συνεπάγεται. Πιο αναλυτικά, η εγκατάσταση πρόσθιας ανοιχτής δήξης συνεπάγεται πολλών προβλημάτων, καθώς η μάσηση της τροφής και η ομιλία γίνονται πολύ δύσκολες και η αισθητική του προσώπου χάνεται με πιθανή ψυχολογική επιβάρυνση^{53,76}.

Τα απεικονιστικά ευρήματα περιλαμβάνουν μειωμένο χώρο στις αρθρώσεις, πεπλατυσμένους κονδύλους, διαβρώσεις, υποχόνδρινη σκλήρυνση, κύστεις και οστεοπόρωση^{80,81}. Σοβαρή καταστροφή της ΚΓΔ μπορεί να συνοδεύεται και από υψηλή συχνότητα παρεμπόδισης της άνω αεροφόρου οδού⁸². Μπορεί οστόσω να υπάρχουν ήπιες οστικές αλλαγές, οι οποίες να μην φαίνονται στις απλές ακτινογραφίες αλλά είναι ορατές σε υψηλής ανάλυσης υπολογιστική τομογραφία^{83,84}. Παρατηρήθηκε επίσης πως οι ασθενείς που είχαν

υψηλότερη CRP είχαν και προχωρημένες αλλαγές στις υπολογιστικές τομογραφίες^{85,86}. Διάβρωση της κεφαλής του κονδύλου, μείωση του ενδοαρθρικού χώρου και εκφυλιστικές αλλοιώσεις ήταν στατιστικά τα πιο εξέχοντα ευρήματα σε ασθενείς με ΡΑ, σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Περίπου το 50-80% είχε αμφοτερόπλευρη απασβεστοποίηση, επιπέδωση των κονδύλων και οστική διάβρωση⁸⁷. Η βαθμολόγηση του πόνου στην ψηλάφιση μπορεί να συσχετιστεί τον αριθμό των υποχόνδρινων κύστεων των κονδύλων, όπως αυτές φαίνονται σε υψηλής ανάλυσης υπολογιστική τομογραφία⁷⁶.

Η συστηματική νόσος χαρακτηρίζεται από περιόδους έξαρσης (η οποία μπορεί να είναι οξεία) και ύφεσης. Καθώς αυτές οι αλλαγές επισυμβαίνουν, η παρακολούθηση του βαθμού στον οποίο η φλεγμονή και τα συμπτώματα της ΚΓΔ ακολουθούν την πορεία της φλεγμονής και των συμπτωμάτων των υπολοίπων αρθρώσεων, μπορεί να μας δώσει μια εικόνα του κατά πόσο τα συμπτώματα οφείλονται κυρίως στην προσβολή από τη συστηματική νόσο ή σε άλλους παράγοντες οι οποίοι προκαλούν δυσλειτουργία. Σε κάθε περίπτωση, η συστηματική νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από ειδικό ρευματολόγο, ενώ τοπικά τα συμπτώματα από την ΚΓΔ θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με βάση τα σχετικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας. Τελικά, η προσβολή της ΚΓΔ από τη νόσο πρέπει να αντιμετωπίζεται από κοινού, με συνεργασία εξειδικευμένου οδοντιάτρου και ρευματολόγου⁷⁹.

Τόσο ο ειδικός οδοντίατρος όσο και ο γενικός θα πρέπει να έχουν κατά νου ότι σε ασθενείς με διαγνωσμένη ΡΑ που παράλληλα εμφανίζουν συμπτώματα δυσλειτουργίας από το ΣΣ είναι πολύ πιθανό να έχει προσβληθεί η ΚΓΔ από ΡΑ.. Επειδή όμως όπως προαναφέρθηκε, τα συμπτώματα δυσλειτουργίας του ΣΓΣ θα μπορούσαν να αποδοθούν και σε τυχόν παραλειτουργικές έξεις ή σε

άλλη αιτία διάφορη της ΡΑ, η επιστημονική κοινότητα έκρινε πως πρέπει να θεσπιστούν κλινικά κριτήρια.

Τα κριτήρια βάση των οποίων είναι δυνατή η αξιολόγηση της προσβολής της ΚΓΔ από ΡΑ είναι τα εξής:

- i. Αμφοτερόπλευρη προσβολή των ΚΓΔ
- ii. Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της οπίσθιας ή πλάγιας πλευράς της άρθρωσης
- iii. Ερπυστικοί ήχοι
- iv. Ακτινογραφικά σημεία διάβρωσης του φλοιού των οστών της ΚΓΔ
- v. Οίδημα πάνω από την ΚΓΔ κατά την οξεία φάση
- vi. Μεταβολές της θερμοκρασίας μέσα ή επάνω από την ΚΓΔ.
- vii. Πρόσθια ανοιχτή δήξη
- viii. Στο αρθρικό υγρό παρατηρείται μεγάλος αριθμός πολυμορφοπύρηνων ή μονοπύρηνων λευκοκυττάρων κατά την οξεία φάση ενώ λεμφοκυττάρων ή πλασματοκυττάρων κατά τη χρόνια φάση.

Η παρουσία τεσσάρων από τα ανωτέρω οχτώ κριτήρια επιβεβαιώνει τοπικά τη διάγνωση προσβολής της ΚΓΔ από ΡΑ.

Από πλευράς συχνότητας μεταξύ των εκφυλιστικών και φλεγμονοδών παθήσεων που προσβάλλουν την ΚΓΔ πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς, η ΡΑ είναι η δεύτερη σε συχνότητα, μετά την εκφυλιστική αρθρίτιδα των ΚΓΔ, γεγονός που αποτέλεσε σημαντικό κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσης έρευνας⁶².

Για την ακρίβεια, η συχνότητα προσβολής της ΚΓΔ από ΡΑ κυμαίνεται από 4,7-84%, ανάλογα με τη μελέτη, αλλά το ποσοστό των ασθενών που φαίνεται να χρειάζονται θεραπεία για αντιμετώπιση δυσλειτουργίας φαίνεται να είναι μικρότερο^{76,80}.

Η προσβολή των ΚΓΔ είναι αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 60%, με αιφνίδια έναρξη σε ποσοστό 40% και βραδεία, σταδιακή εξέλιξη σε ποσοστό 30%. Περισσότερο από το 33% των ασθενών με ΡΑ εμφανίζει συμπτώματα από την ΚΓΔ σε λιγότερο από ένα χρόνο από την έναρξη της νόσου. Αντίθετα, ένα 40% παρουσιάζει συμπτώματα από την ΚΓΔ 5 ή περισσότερα χρόνια μετά την έναρξη της νόσου.

Οι θεραπευτικοί στόχοι στην αντιμετώπιση ασθενών των οποίων η ΚΓΔ έχει προσβληθεί από ΡΑ είναι η ανακούφιση του πόνου, η μείωση των δυσμενών φορτίων, η επαναφορά της λειτουργικότητας και των φυσιολογικών καθημερινών δραστηριοτήτων. Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών περιλαμβάνει εκπαίδευση του ασθενούς, γνωσιακή παρέμβαση, φαρμακοθεραπεία, κινησιοθεραπεία και χρήση ειδικού νάρθηκα ενώ σε κάποιες περιπτώσεις διόρθωση σύγκλεισης και χειρουργείο^{87,88,89}.

Δυστυχώς οι εκδηλώσεις τις ΡΑ στην κεφαλή και τον τράχηλο συχνά παραβλέπονται τόσο από τον θεράποντα ιατρό όσο και από τον ασθενή, καθώς η προσοχή τους στρέφεται στην αντιμετώπιση των εκδηλώσεων της νόσου στις υπόλοιπες αρθρώσεις ή στις επικινδυνότερες για τη ζωή εκδηλώσεις της νόσου στα εσωτερικά όργανα. Όμως η γνώση και η συνειδητοποίηση και αντιμετώπισή των επιπλοκών αυτών της ΡΑ θα βελτιώσουν κατά πολύ τόσο την ποιότητα ζωής των ασθενών όσο και τις λειτουργικές πλευρές της πορείας των ασθενών μακροπρόθεσμα⁴.

ΣΤ. ΠΟΙΟ Ή ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ ΤΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Στα πλαίσια της άσκησής μας στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, ερχόμαστε σε επαφή με αρκετούς ασθενείς που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα. Άλλοι από αυτούς γνώριζαν την πάθησή τους και ήταν υπό θεραπεία και παρακολουούθηση και άλλοι το ανακάλυψαν στην πορεία όταν η κλινική μας τους παρέπεμψε σε ρευματολόγο.

Η θεραπευτική παρέμβαση της κλινικής μας στους ασθενείς αυτούς μας οδήγησε στη διαπίστωση πως ακόμα κι αν η γενική τους νόσος ανταποκρινόταν θετικά στη θεραπεία, η ΚΓΔ δεν φαινόταν να επηρεάζεται από αυτήν, ενώ μετά την εφαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου που ακολουθεί η κλινική μας, διαπιστώσαμε σημαντική βελτίωση στο ΣΣ με την ακόλουθη βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους.

Το γεγονός αυτό ήταν αρκετό για να μας δημιουργήσει ερωτηματικά, που δυστυχώς δεν μπορούν να απαντηθούν με βεβαιότητα μέσα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία και που δε θα μπορούσαν ποτέ να απαντηθούν όλα μέσα από μια και μόνη διπλωματική εργασία.

Κάποια από αυτά τα ερωτηματικά ήταν κατά πόσο η συχνότητα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος ασθενών με ΡΑ στην Ελλάδα συμβαδίζουν με αυτά άλλων χωρών, σε ποιο σημείο στην πορεία της νόσου εμφανίζεται η δυσλειτουργία, αν τελικά η ΚΓΔ απαντάει στη συστηματική θεραπεία, πόσο εύκολα μπορεί ο γενικός οδοντίατρος να καταλάβει πως χρειάζεται τη συμβολή ειδικού οδοντιάτρου (γναθολόγου) και ειδικού ρευματολόγου, και πόσο εύκολα μπορεί ο ειδικός ρευματολόγος, με τη χρήση ενός

απλού ερωτηματολογίου, να υποψιαστεί την ύπαρξη δυσλειτουργίας και να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικό γναθολόγο προκειμένου να βοηθηθεί αποτελεσματικά ο ασθενής του - παρέχοντας έτσι υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου που συμβάλουν ουσιαστικά στην βελτίωση του επιπέδου ζωής αυτών των ασθενών.

Ας μην ξεχνάμε άλλωστε, πως η σωστή λειτουργία της ΚΓΔ είναι υψίστης σημασίας, καθώς σημαντική βλάβη της μπορεί να δυσχαιράνει βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως η κατάποση (ακόμα και του σάλιου), η μάσηση και η λεκτική επικοινωνία.

Με τις σκέψεις αυτές και μετά από σχετικές συζητήσεις αποφασίσαμε την αναζήτηση της παρούσας έρευνας, στην προσπάθειά μας να απαντηθούν βασικά ερωτήματα που στοιχειοθετούν το σκοπό της έρευνας, όπως ακολούθως περιγράφουμε.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΣΚΟΠΟΣ

Με την πιλοτική αυτή έρευνα θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε:

1. Τη συχνότητα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος (ή Κρανιογναθικών Διαταραχών, ΚΡΓΔ) σε ασθενείς με ΡΑ.
2. Την πιθανότητα να υπάρχει συγκεκριμένη χρονική στιγμή εμφάνισης των ΚΡΓΔ στην πορεία της συστηματικής νόσου (Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας).
3. Τι ποσοστό των ασθενών με ΡΑ που πάσχουν από ΚΡΓΔ το γνωρίζουν, & τι ποσοστό αυτών γνωρίζει πως οι ΚΡΓΔ θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από εξειδικευμένους οδοντίατρους-γναθολόγους (εαν δε, έχουν ήδη απευθυνθεί σε ειδικό, ποιό ήταν το αποτέλεσμα της θεραπείας).
4. Τι ποσοστό των ασθενών με ΡΑ αισθάνονται ότι η θεραπεία της αυτοάνοσης νόσου τους καλύπτει εξίσου στην αντιμετώπιση των ΚΡΓΔ όπως και στις υπόλοιπες αρθρώσεις.
5. Την πιθανή συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης ΚΡΓΔ και των απαντήσεων των ασθενών στο ερωτηματολόγιο της μελέτης, ώστε συγκεκριμένες ερωτήσεις να αποτελέσουν τμήμα ενός ερωτηματολογίου για τη διάγνωση ΚΡΓΔ.

3. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα είναι ασθενείς με ΡΑ που προσήλθαν στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, τις ημέρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων και στο διάστημα που εκπονήθηκε η έρευνα.

3α. ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η επιλογή των ασθενών έγινε αρχικά με κριτήριο το αν πάσχουν μόνο από ρευματοειδή αρθρίτιδα – αφού η συνοσηρότητα με άλλου τύπου αρθρίτιδα θα μπορούσε να επιπλέξει την έρευνα και να δυσχεράνει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Το σύνολο των ασθενών που ανταποκρίθηκαν σε αυτό το πρότυπο, ενημερώθηκε λεπτομερώς για την μελέτη και όσοι από αυτούς συμφώνησαν, πήραν μέρος στην έρευνα. Ο αριθμός των ασθενών συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχεται στους 37, ενώ το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την επιτροπή έρευνας και δεοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

3β. ΣΤΑΔΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο πρώτο στάδιο, στους ασθενείς που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, και που έπασχαν μόνο από ΡΑ, γινόταν πλήρης, λεπτομερής ενημέρωση για την έρευνα και το τι θα ακολουθήσει εάν αποφασίσουν να συμμετάσχουν. Εφόσον συμφωνούσαν, συμπλήρωναν και υπέγραφαν τα απαραίτητα έγγραφα συναίνεσης.

Ακολούθως απαντούσαν στο ερωτηματολόγιο το οποίο καταρτίστηκε ειδικά για αυτή τη μελέτη από την συγγράφουσα την διπλωματική αυτή εργασία, έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ιατρός ή ο οδοντίατρος που εξετάζει παρόμοιο ασθενή, να κατανοήσει εάν η ΚΓΔ του χρίζει διερεύνησης για προσβολή της από ΡΑ.

Στο επόμενο στάδιο ακολουθούσε η εξέταση και αξιολόγηση των ασθενών σύμφωνα με το πρωτόκολλο και τη μέθοδο ρουτίνας που ακολουθεί η Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου

της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ για τη διακρίβωση ύπαρξης ή μη σημείων και συμπτωμάτων δυσλειτουργίας του ΣΣ, σύμφωνα με τα κριτήρια RDC-TMD.

Σύμφωνα με το προαναφερθέν πρωτόκολλο, έγιναν τα ακόλουθα:

1. Συμπλήρωση ατομικού αναμνηστικού,
2. Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που είναι μέρος των Ερευνητικών Διαγνωστικών Κριτηρίων για Κροταφογναθικές Διαταραχές (RDC-TMD)
3. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού,
4. Ενδοστοματική και εξωστοματική ψηλάφηση των μυών του στοματογναθικού συστήματος (ΣΣ), των αυχενικών και τραπεζοειδών μυών,
5. Ψηλάφηση και ακρόαση της κροταφογναθικής διάρθρωσης
6. Μέτρηση κινητικότητας της κάτω γνάθου (μετρήσεις στις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου, δηλαδή μέγιστη κατάσπαση, μέγιστη προολίσθηση, μέγιστη πλαγιολίσθηση αριστερά και δεξιά), σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής μας.
7. Επισκόπηση των βλεννογόνων του στόματος και των δοντιών για σημεία παραλειτουργικών έξεων

Τέλος αξιολογήθηκαν όλα τα στοιχεία που είχαν συλλεγεί και προέρχονταν από:

- το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, που ευγενώς μας παραχώρησε η κλινική παθοφυσιολογίας και με τη σύμφωνη γνώμη των ασθενών
- το ατομικό αναμνηστικό που συμπλήρωναν μόνοι τους οι ασθενείς
- το οδοντιατρικό ιστορικό των ασθενών

- την ψηλάφηση μυών σύμφωνα με το πρωτόκολλο ρουτίνας της κλινικής Στοματοπροσωπικού πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και τα κριτήρια RDC-TMD.
- Την ψηλάφηση και ακρόαση των ΚΓΔ σύμφωνα με το πρωτόκολλο ρουτίνας της κλινικής Στοματοπροσωπικού πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και τα κριτήρια RDC-TMD.
- τις μετρήσεις των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου επίσης σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής Στοματοπροσωπικού πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και τα RDC-TMD.
- την επισκόπηση των βλεννογόνων

Στο τρίτο στάδιο και με βάση το ιστορικό των ασθενών, αποκλείστηκαν ασθενείς που έπασχαν από ΚΡΓΔ πρωτού νοσήσουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ), εκτός και αν τα συμπτώματα από την κροταφογναθική τους διάρθρωση ήταν πρόσφατα και/ή ήταν αυτά που τους οδήγησαν να ζητήσουν ιατρική ή οδοντιατρική βοήθεια καταλήγοντας στη διάγνωση ρευματοειδούς αρθρίτιδος.

Τέλος αφού ολοκληρώθηκε η συλλογή των στοιχείων και διαγνώσθησαν όλοι οι ασθενείς με τις κλασσικές μεθόδους, έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών (κλινικής εικόνας – ιατρικού – οδοντιατρικού ιστορικού) με τα συμπεράσματα στα οποία οδηγούν οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης.

3Γ. ΣΥΝΟΔΑ ΕΝΤΥΠΑ (βλέπε παραρτήματα)

1. Αποδοχή για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας από την κλινική της Παθολογικής Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ
2. Έντυπο συναίνεσης ασθενούς

3. RDC-TMD
4. Ειδικό ερωτηματολόγιο

3Δ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των παραμέτρων της μελέτης, π.χ. η συχνότητα δυσλειτουργίας του ΣΣ και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, ο έλεγχος πιθανής θετικής ή αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των θετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο, με την παρουσία δυσλειτουργίας του ΣΣ, πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία χ^2 (Chi-square test). Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05. Επίσης, η αξιοπιστία (εσωτερική συνοχή) των πιθανών διαγνωστικών ερωτήσεων διερευνήθηκε με το συντελεστή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha coefficient).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η πιλοτική αυτή έρευνα εγκρίθηκε από την επιτροπή έρευνας και δεοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και εκπονήθηκε όπως είχε προγραμματιστεί, σε ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν για το τυπικό τους ραντεβού "ρουτίνας" στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής της παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, και που η ΡΑ ήταν το μόνο αυτοάνοσο νόσημα από το οποίο έπασχαν. Η επιλογή των ασθενών ήταν τυχαία, καθώς ακολούθησε την τυχαία προσέλευσή και ροή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία.

Οι ασθενείς των οποίων ο φάκελος φανέρωνε ότι πάσχουν μόνο από ΡΑ, ενημερώνονταν για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας και όσοι από αυτούς συμφωνούσαν, συμπλήρωναν και υπέγραφαν τα απαραίτητα έγγραφα συναινεσης, πριν την εξέτασή τους από τον ιατρό ρευματολόγο.

Ακολουθούσαν η συμπλήρωση του ειδικού ερωτηματολογίου που καταρτίστηκε από την συγγράφουσα την εργασία, και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των RDC-TMD. Τέλος, γινόταν η κλινική εξέταση, σύμφωνα με τη μέθοδο ρουτίνας που ακολουθεί η Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ για τη διακρίβωση ύπαρξης ή μη σημείων και συμπτωμάτων δυσλειτουργίας του ΣΣ, σύμφωνα με τις οδηγίες των διεθνών κριτηρίων RDC-TMD.

Ο αριθμός των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης και που συμφώνησαν να πάρουν μέρος στο διάστημα της διεξαγωγής της, ανήλθε τελικά στους 37. Από αυτούς, 29 ήταν γυναίκες και 8 άντρες, και οι ηλικίες κυμαίνονταν από 22 έως 86 με την πλειοψηφία να βρίσκεται στην πέμπτη, έκτη κι έβδομη δεκαετία ζωής.

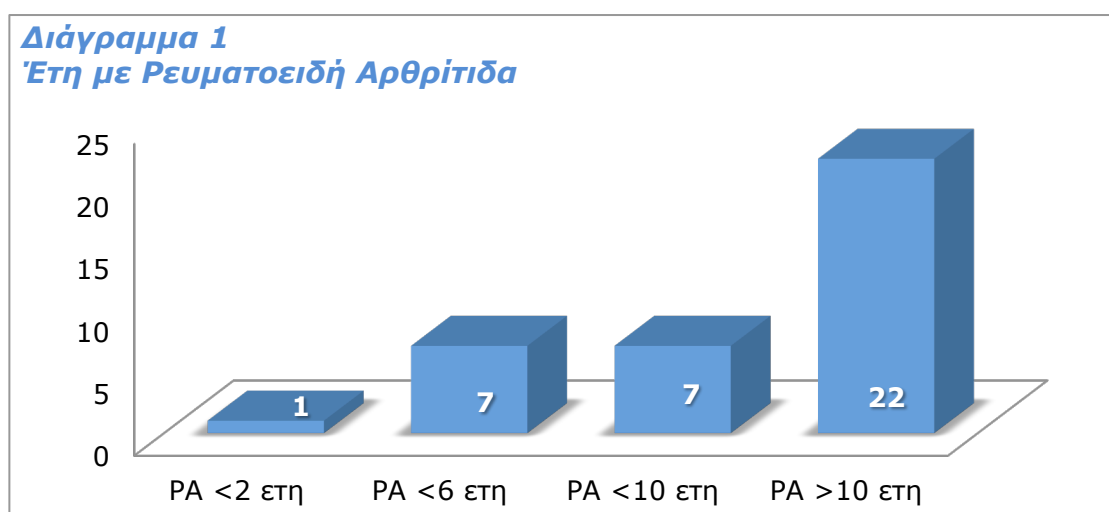
5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1. Το δείγμα

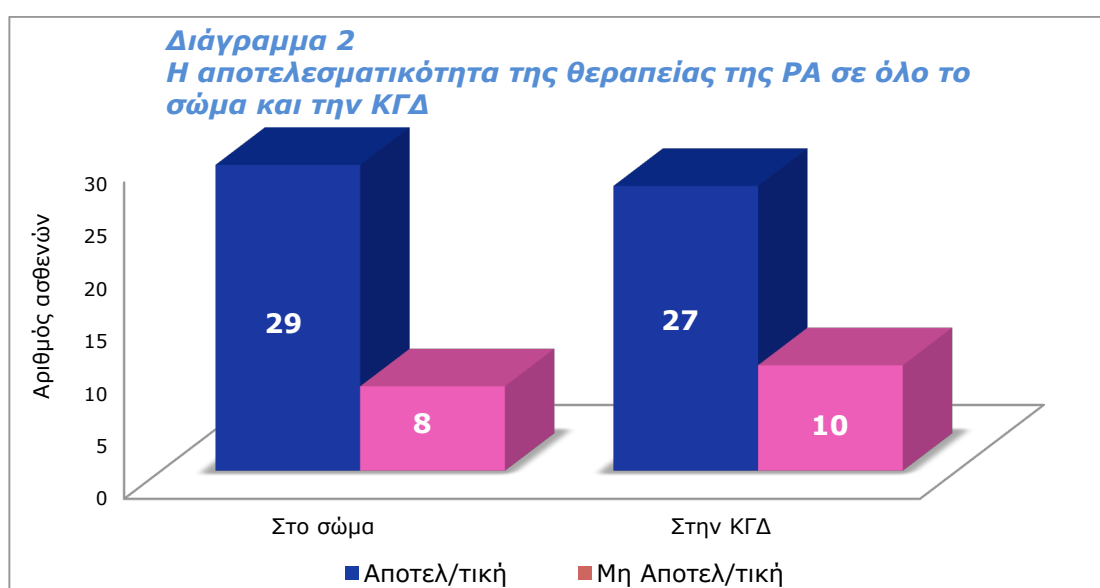
Τα στοιχεία του δείγματος αφορούν τις απαντήσεις 37 ασθενών σε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο καταρτίστηκε ειδικά για την μελέτη αυτή και το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα. Το σύνολο των ασθενών αυτών έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ). Η επιλογή αυτή έγινε προκειμένου να μπορέσουν να προσδιοριστούν τόσο οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ ΚΡΓΔ και ΡΑ σε ότι αφορά στη συχνότητα εμφάνισης της δυσλειτουργίας σε ασθενείς με ΡΑ, όσο και το αν μπορεί να αναγνωριστεί η προσβολή της ΚΓΔ από ΡΑ μέσω ενός ερωτηματολογίου, κτλ.

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 1, με εξαίρεση ένα άτομο, το σύνολο των ασθενών πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα για 2 έτη και πάνω. Μάλιστα, σχεδόν το 60% (22 από τους 37) των ασθενών πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα για πάνω από 10 έτη.



Διάγραμμα 1: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με τη διάρκεια της υπάρχουσας νόσου (ΡΑ).

Εξάλλου, όλοι οι ασθενείς του δείγματος ήταν ήδη υπό θεραπεία για ΡΑ και μάλιστα για περισσότερο από ένα έτος. Επισημαίνεται επίσης ότι 29 από το σύνολο των 37 ατόμων στο δείγμα, δηλαδή το 78%, έκριναν ότι η θεραπεία που ακολουθούσαν ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία στο σώμα (βλ. Διάγραμμα 2). Λίγο μικρότερο (27 από τους 37 ή 73%) είναι το ποσοστό αυτών που έκριναν ότι η θεραπεία ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ). Είναι ωστόσο σημαντικό να σημειωθεί ότι σχεδόν το σύνολο των ασθενών το οποίο έκρινε τη θεραπεία αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων από την ΚΓΔ, ταυτόχρονα την ανέφερε και ως αποτελεσματική για όλο το σώμα. Από το σύνολο του δείγματος, υπήρξαν μόνο δύο ασθενείς (5,4%) που έκριναν ότι ενώ η θεραπεία τους ήταν αποτελεσματική για το σώμα τους, δεν ήταν αποτελεσματική για την ΚΓΔ.



Διάγραμμα 2: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο εαν η θεραπεία τους για την ΡΑ είναι εξίσου αποτελεσματική σε σώμα και ΚΓΔ.

2. Φύλο ασθενών

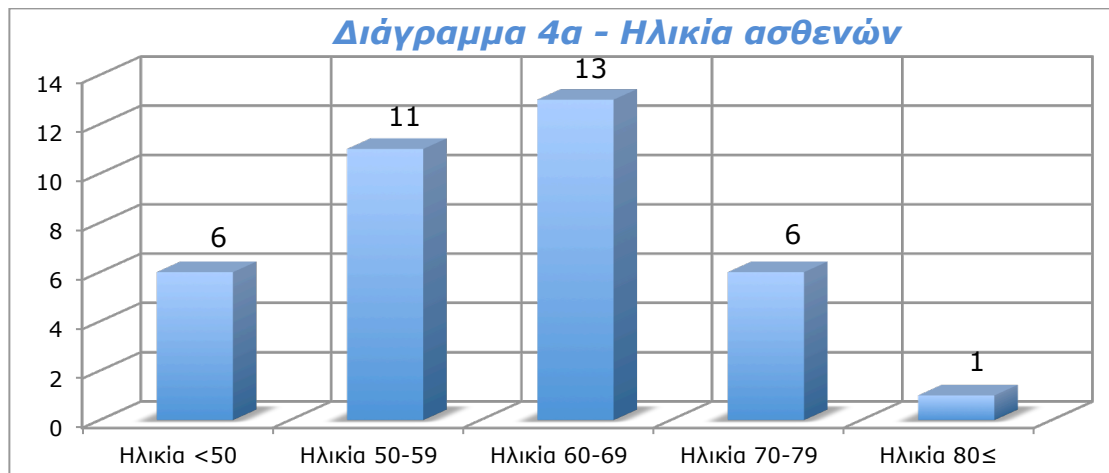
Η κατανομή του φύλου μεταξύ των ασθενών ήταν αναμενόμενη, δεδομένου ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι πολύ πιο διαδεδομένη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3, οι ασθενείς του δείγματος είναι στην πλειονότητά τους (78%) γυναίκες.



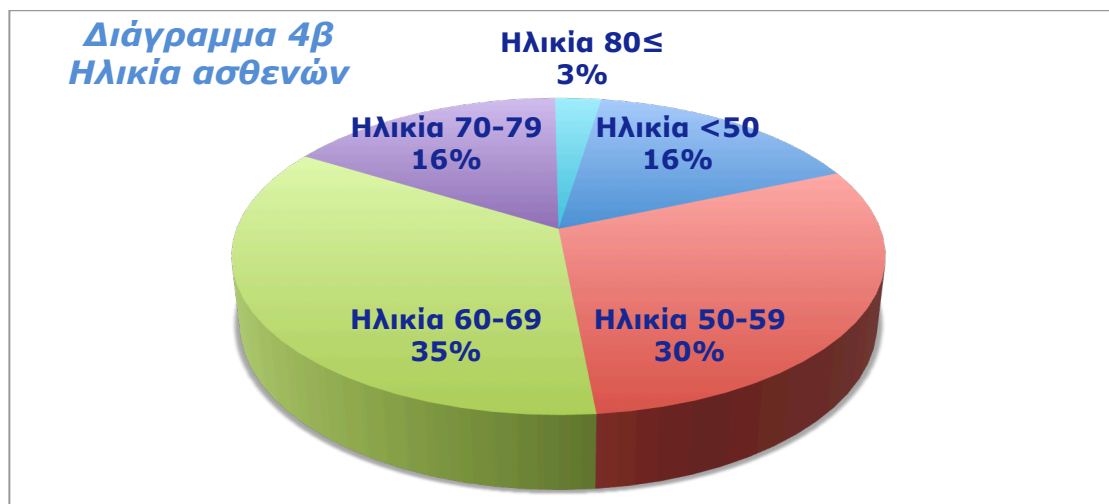
Διάγραμμα 3: Κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το φύλο τους

3. Ηλικία ασθενών

Η πλειοψηφία των ασθενών (84%) του δείγματος έχει ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών (Διαγράμματα 4α και 4β). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει το ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα πλήττει κυρίως άτομα στα υψηλότερα ηλικιακά κλιμάκια. Σημειώνεται ωστόσο, ότι το δείγμα περιλαμβάνει και τρία άτομα κάτω των 40 ετών, δύο ανδρών ηλικίας 25 και 39 ετών και μιας γυναίκας ηλικίας 22 ετών.



Διάγραμμα 4α: Αριθμητική κατανομή των ασθενών σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν



Διάγραμμα 4β: Ποσοστιαία κατανομή των ασθενών σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν

4. Φύλο και ηλικία ασθενών

Το Διάγραμμα 5 που παρουσιάζει τις κατανομές των ανδρών και των γυναικών του δείγματος κατά ηλικιακά κλιμάκια, φαίνεται να υποδηλώνει ότι η κατανομή των ανδρών είναι σχετικά ομοιόμορφη, ενώ αυτή των γυναικών δείχνει υψηλή συγκέντρωση στο διάστημα μεταξύ 50 και 70 ετών. Ωστόσο, το δείγμα των ανδρών είναι πολύ

μικρό για να μπορεί να υποστηριχθεί με κατάλληλο στατιστικό έλεγχο ότι οι κατανομές των ανδρών και των γυναικών διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους.



Διάγραμμα 5: Κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το φύλο τους, αναλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν

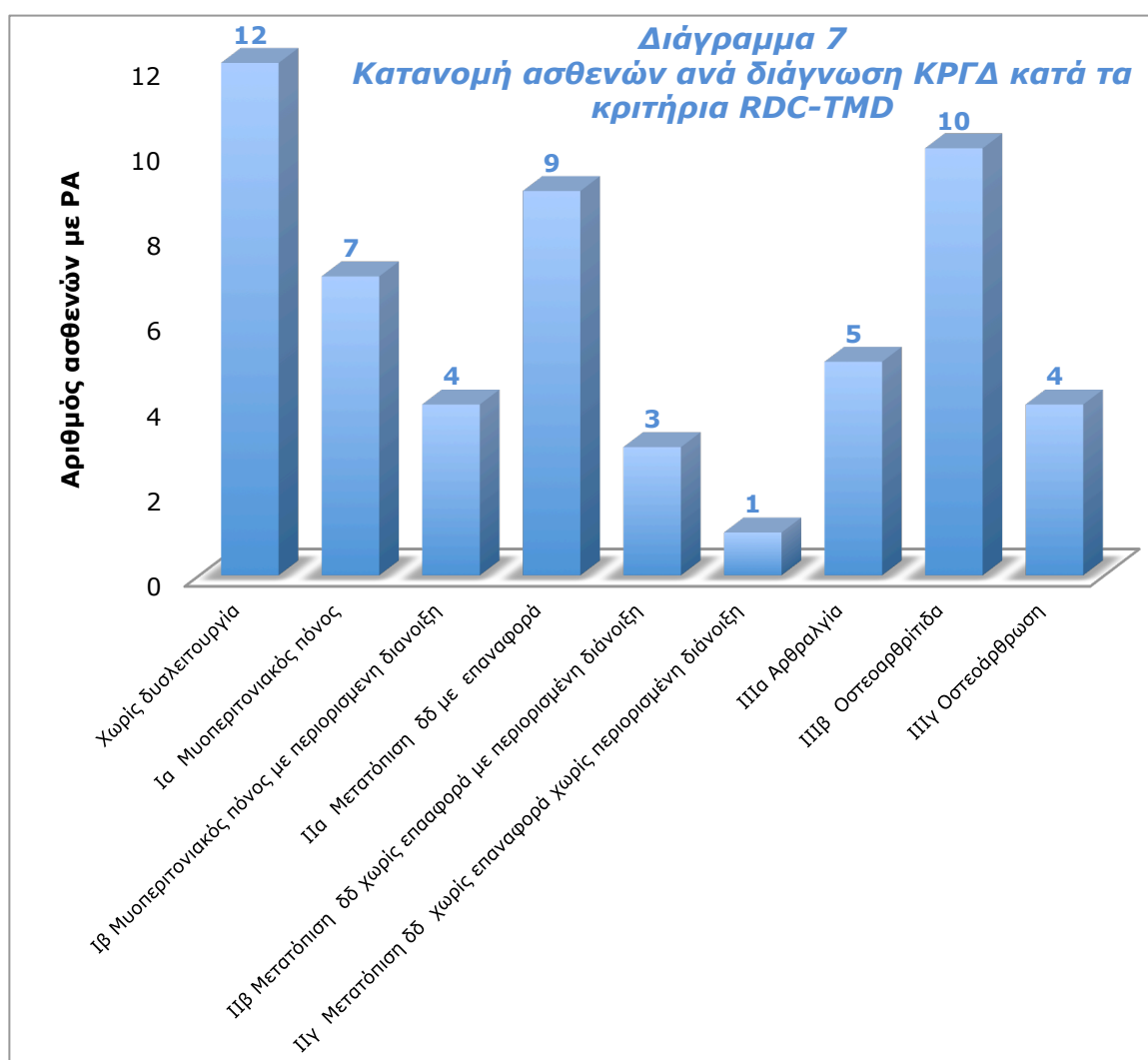
5. Ασθενείς με δυσλειτουργία στοματογναθικού συστήματος

Το 68% των ασθενών με ΡΑ που εξετάστηκαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης (δηλαδή οι 25 ασθενείς από τους 37), έπασχαν από ΚΡΓΔ (Διάγραμμα 6). Στο Διάγραμμα 7, φαίνεται η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τη διάγνωση ΚΡΓΔ τους κατά τα κριτήρια RDC-TMD. Συγκεκριμένα, 12 ασθενείς (το 32% του δείγματος) δεν είχαν καθόλου συμπτώματα ΚΡΓΔ. Από τους υπόλοιπους 25 (68%), οι 11 ασθενείς, δηλαδή το 30% του δείγματος, είχαν διάγνωση της πρώτης ομάδας και πιο συγκεκριμένα, 7 ασθενείς (περίπου το 19% του δείγματος) είχαν μυοπεριτονιακό πόνο και 4 ασθενείς (περίπου το 11% του δείγματος) μυοπεριτονιακό πόνο με περιορισμένη διάνοιξη. 13 ασθενείς, δηλαδή το 35% του δείγματος είχε διάγνωση δεύτερης ομάδας, με 9 ασθενείς (24,3%) να έχουν μετατόπιση διάρθριου δίσκου (δδ) με

επαναφορά, 3 ασθενείς (8%) να έχουν μετατόπιση δδ χωρίς επαναφορά με περιορισμένη διάνοιξη και μόλις έναν ασθενή (2,7%) να έχει μετατόπιση δδ χωρίς επαναφορά χωρίς περιορισμένη διάνοιξη.

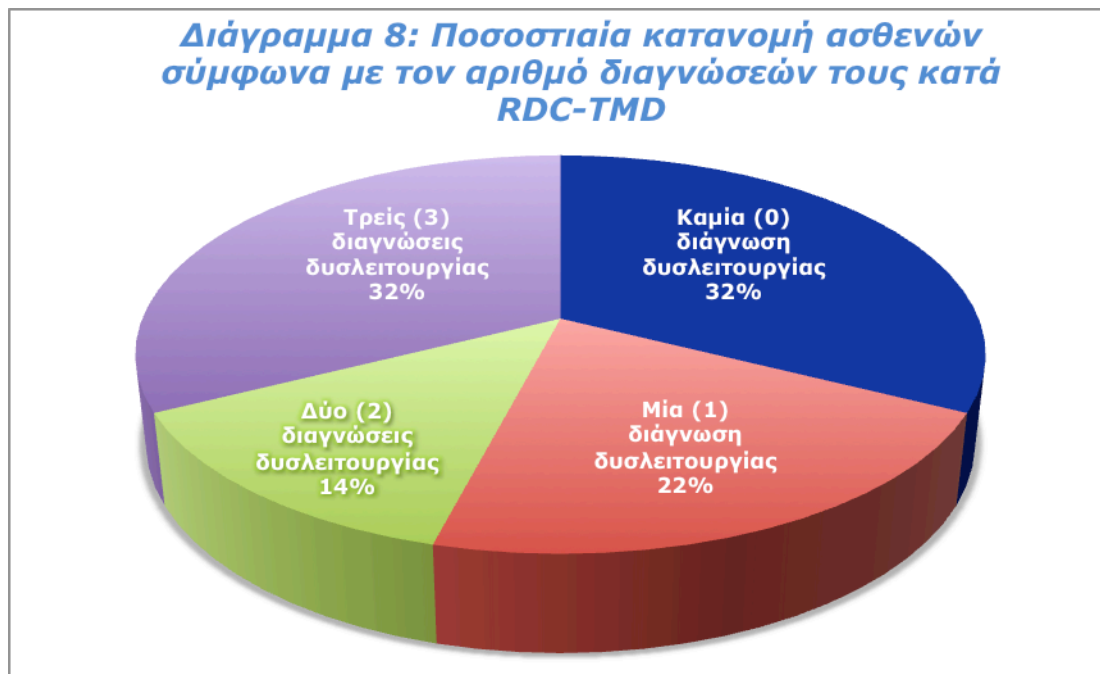


Διάγραμμα 6: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με το αν διαγνώστηκαν δυσλειτουργία στοματογναθικού συστήματος (ΚΡΓΔ).

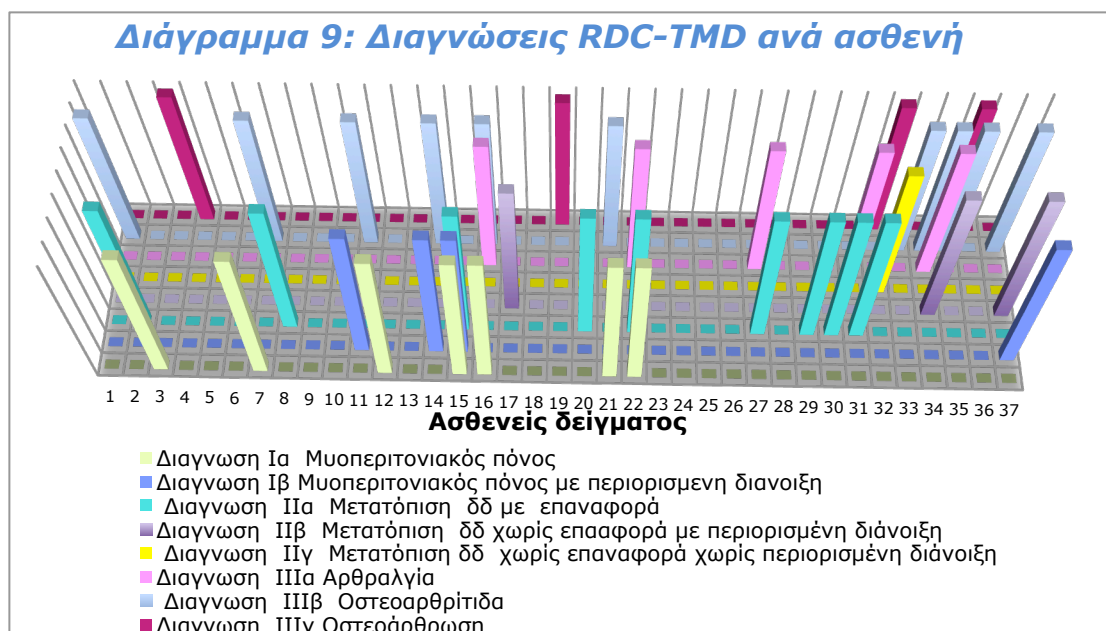


Διάγραμμα 7: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με το αν υπήρχε διάγνωση και ποιά διάγνωση ήταν αυτή, κατά τα διεθνή ερευνητικά κριτήρια RDC-TMD.

Στα Διαγράμματα 8 και 9 φαίνεται η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το πόσες διαγνώσεις κατά τα RDC-TMD έχουν ο καθένας, και η κατανομή των διαγνώσεων ανά ασθενή του δείγματος.



Διάγραμμα 8: Κατανομή των ασθενών του δείγματος σύμφωνα με το πόσες διαγνώσεις ΚΡΓΔ κατά τα κριτήρια RDC-TMD είχαν.



Διάγραμμα 9: Κατανομή διαγνώσεων ανά ασθενή του δείγματος.

6. Διάγνωση Ια: Μυοπεριτονιακός πόνος και Ιβ: Μυοπεριτονιακός πόνος με περιορισμένη διάνοιξη (σύμφωνα με τα κριτηρια RDC-TMD)

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 10, 7 ασθενείς, δηλαδή 18,9% των περιπτώσεων διαγνώστηκαν με μυοπεριτονιακό πόνο (Ια), ενώ ένα σχετικά μικρότερο ποσοστό 10,8% (4 ασθενείς) διαγνώστηκαν με μυοπεριτονιακό πόνο και περιορισμένη διάνοιξη (Ιβ).



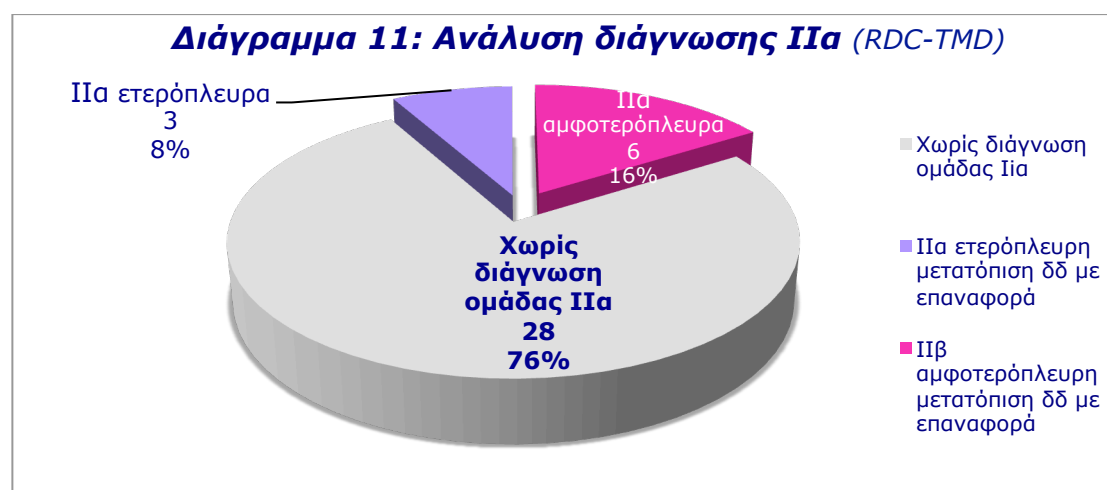
Διάγραμμα 10: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με το αν έχουν διεγνωσθεί κατά τα κριτήρια RDC-TMD με «μυοπεριτονιακό πόνο» (διάγνωση Ια) ή με «μυοπεριτονιακό πόνο με περιορισμένη διάνοιξη» (διάγνωση Ιβ). Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται η διάγνωση, ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό επί του συνόλου του δείγματος.

7. Διάγνωση ΙΙα: Μετατόπιση διαρθρίου δίσκου με επαναφορά

Διαγνώστηκαν 7 άτομα με μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι με πιθανότητα 20% τα άτομα που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά. Επίσης, διαγνώστηκαν και 8 άτομα με μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά.

Επισημαίνεται όμως ότι 6 από τα 7 άτομα με μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά παρουσιάζουν επίσης και μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά και αντίστοιχα βεβαίως 6 από τα 8 άτομα με μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά παρουσιάζουν παράλληλα και μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά. Μπορεί επομένως να υποστηριχθεί ότι κατά κανόνα τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα που παρουσιάζουν μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά παρουσιάζουν παράλληλα και μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου με επαναφορά, και αντίστροφα.

Στο Διάγραμμα 11 που ακολουθεί βλέπουμε τη συχνότητα εντόπισης ετερόπλευρης και αμφοτερόπλευρης μετατόπισης δίσκου με επαναφορά σε εκείνους τους ασθενείς του δείγματος που πάσχουν από μετατόπιση δδ με επαναφορά.

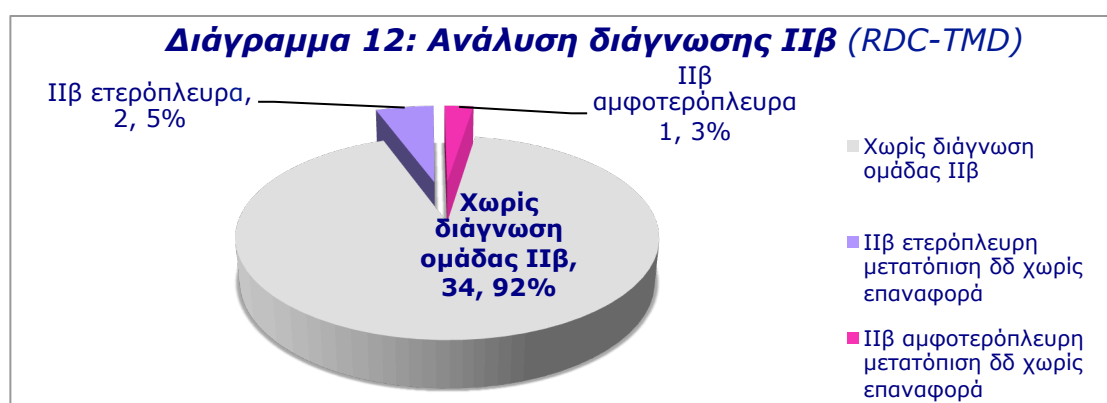


Διάγραμμα 11: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με το αν είχαν διάγνωση μετόπισης διάρθριου δίσκου με επαναφορά ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα. Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται η διάγνωση, ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό επί του συνόλου του δείγματος.

8. Διάγνωση ΙΙβ: Μετατόπιση διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά με περιορισμένη διάνοιξη

Από τα 37 άτομα του δείγματος διαγνώστηκε μόλις ένα άτομο με μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά με περιορισμένη διάνοιξη. Το άτομο αυτό παρουσίαζε παράλληλα και μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου, ενώ άλλα δύο άτομα διαγνώστηκαν με μετατόπιση μόνο του δεξιού διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά με περιορισμένη διάνοιξη. Επομένως, η πάθηση αυτή είναι σχετικώς σπάνια.

Στο Διάγραμμα 12 που ακολουθεί βλέπουμε την συχνότητα εντόπισης ετερόπλευρης και αμφοτερόπλευρης μετατόπισης δίσκου χωρίς επαναφορά στο τους ασθενείς του δείγματος που πάσχουν από μετατόπιση δδ χωρίς επαναφορά.



Διάγραμμα 12: Κατανομή ασθενών σύμφωνα με το αν είχαν διάγνωση μετόπισης διάρθριου δίσκου χωρίς επαναφορά ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα. Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται η διάγνωση, ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό επί του συνόλου του δείγματος.

9. Διάγνωση ΙΙγ: Μετατόπιση διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά και χωρίς περιορισμένη διάνοιξη

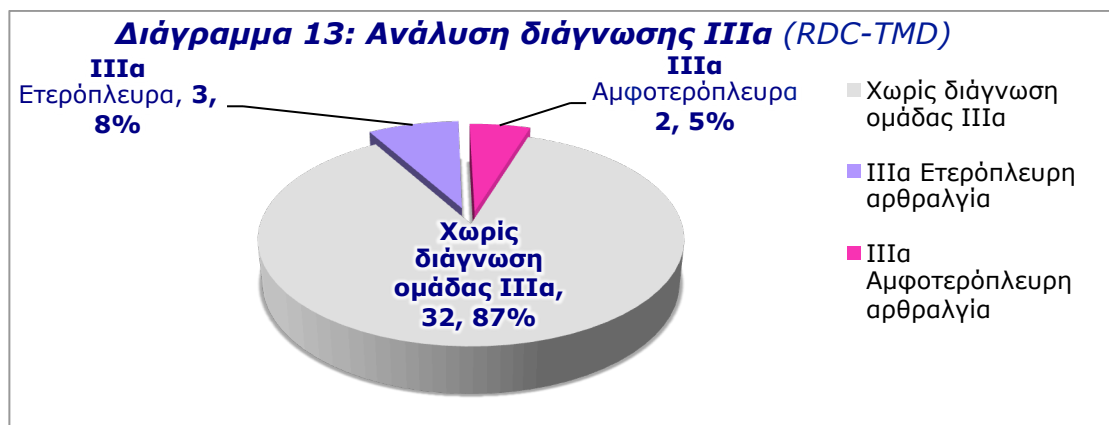
Επίσης, εξαιρετικά σπάνια εμφανίζεται και η περίπτωση της μετατόπισης του διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά και χωρίς

περιορισμένη διάνοιξη, καθώς κανένα άτομο του δείγματος δεν διαγνώστηκε με μετατόπιση του αριστερού διαρθρίου δίσκου και μόλις ένα άτομο διαγνώστηκε με μετατόπιση του δεξιού διαρθρίου δίσκου χωρίς επαναφορά και χωρίς περιορισμένη διάνοιξη.

10. Διάγνωση IIIa: Αρθραλγία

Σχετικώς σπάνια εμφανίζεται και η περίπτωση της αρθραλγίας. Από τα 37 άτομα του δείγματος μόνο τρία παρουσίαζαν αριστερή αρθραλγία και από αυτά τα δύο παρουσίαζαν παράλληλα και δεξιά αρθραλγία. Τέσσερα άτομα παρουσίαζαν δεξιά αρθραλγία και βεβαίως τα δύο εξ αυτών παρουσίαζαν και αριστερή αρθραλγία. Κατά κανόνα επομένως τα άτομα που παρουσιάζουν αρθραλγία αυτή αφορά τόσο τη δεξιά όσο και την αριστερή άρθρωση. Η σχετική πιθανότητα (ποσοστό) των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα να έχουν δεξιά και αριστερή αρθραλγία είναι γύρω στο 5%.

Στο Διάγραμμα 13 που ακολουθεί βλέπουμε την συχνότητα εντόπισης ετερόπλευρης και αμφοτερόπλευρης αρθραλγίας στους ασθενείς του δείγματος τους πάσχοντες από αρθραλγία.

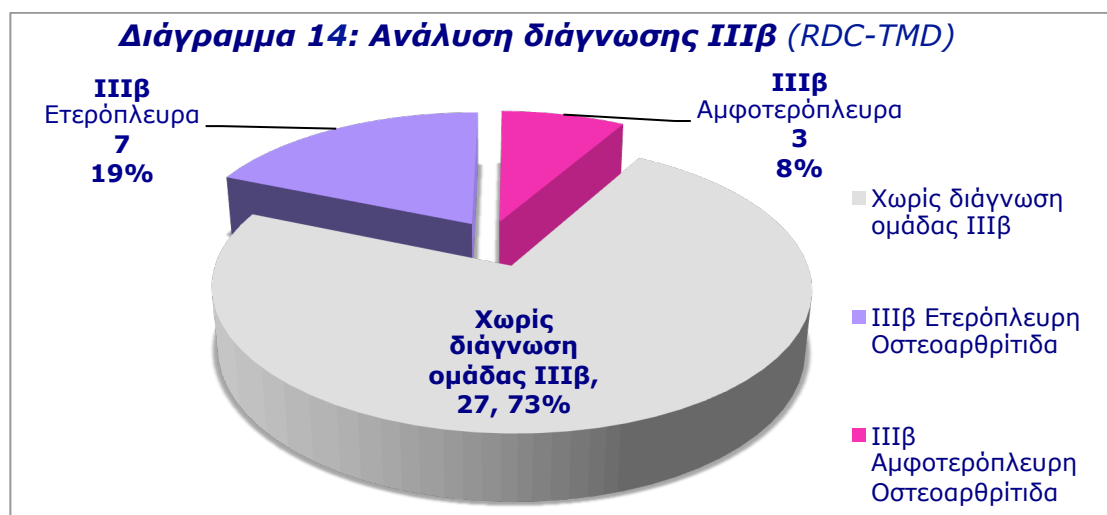


Διάγραμμα 13: Κατανομή ασθενών με διάγνωση αρθραλγίας σύμφωνα με το αν είναι ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος. Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται η διάγνωση, ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό επί του συνόλου του δείγματος.

11. Διάγνωση ΙΙΙβ: Οστεοαρθρίτιδα

Από τα 37 άτομα του δείγματος 10 άτομα πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα. Συγκεκριμένα, 6 (16%) παρουσιάζουν οστεοαρθρίτιδα στην αριστερή ΚΓΔ και 7 (19%) οστεοαρθρίτιδα στην δεξιά, με 3 από αυτά τα άτομα (8%) να παρουσιάζουν ταυτόχρονα οστεοαρθρίτιδα αμφοτερόπλευρα. Φαίνεται επομένως το 27% των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν είτε αριστερά είτε δεξιά είτε και στις δύο πλευρές οστεοαρθρίτιδα, με το ποσοστό αυτών που παρουσιάζουν οστεοαρθρίτιδα αμφοτερόπλευρα να ανέρχεται στο 8% των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Στο Διάγραμμα 14 που ακολουθεί βλέπουμε την συχνότητα εντόπισης ετερόπλευρης και αμφοτερόπλευρης οστεοαρθρίτιδας μεταξύ των ασθενών του δείγματος που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα.



Διάγραμμα 14: Κατανομή ασθενών με διάγνωση οστεοαρθρίτιδας σύμφωνα με το αν είναι ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος. Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται η διάγνωση, ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό επί του συνόλου του δείγματος.

12. Διάγνωση IIIγ: Οστεοάρθρωση

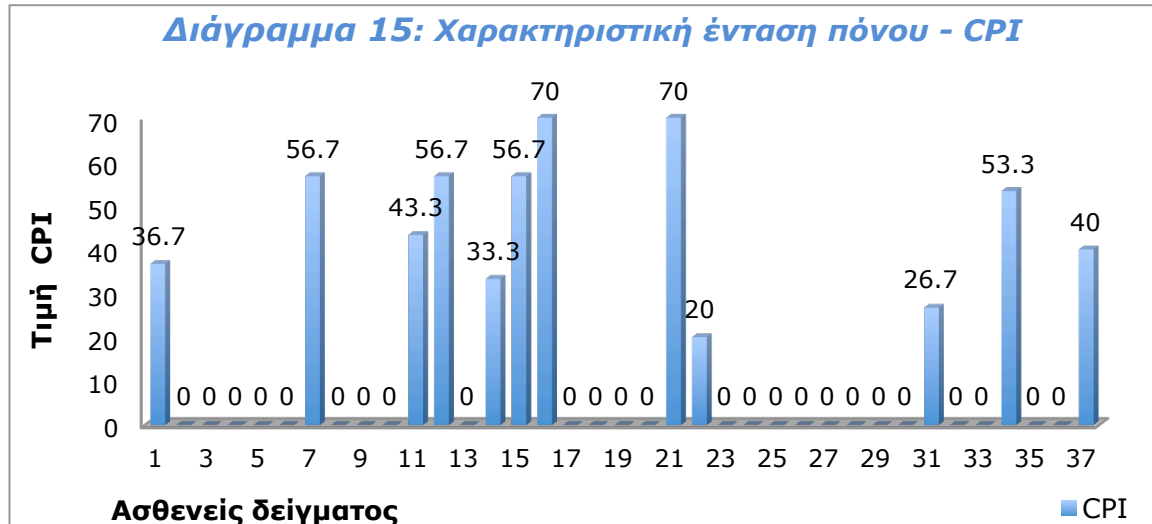
Σχετικώς σπάνια παρουσιάζεται και η οστεοάρθρωση, καθώς μόλις δύο άτομα διαγνώστηκαν με οστεοάρθρωση στην αριστερή ΚΓΔ και άλλα δύο με οστεοάρθρωση στην δεξιά ΚΓΔ, χωρίς κανένα από αυτά να παρουσιάζει ταυτόχρονα οστεοάρθρωση αμφοτερόπλευρα. Μπορεί να υποστηριχθεί επομένως ότι το 10,8% (4/37) των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν οστεοάρθρωση είτε δεξιά, είτε αριστερά.

13. CPI (χαρακτηριστική ένταση πόνου)

Η χαρακτηριστική ένταση πόνου ενός ασθενούς (CPI – Characteristic Pain Intensity) αφορά ασθενείς με χρόνια πόνο, δηλαδή ασθενείς που πονούν τουλάχιστον τις μισές μέρες του μήνα (ή τις μισές μέρες του χρόνου). Έχει συγκεκριμένη τιμή σε κάθε ασθενή και δείχνει την συνηθέστερη ένταση του πόνου που νιώθει ο ασθενής όταν πονά.

Η τιμή της CPI είναι απόρροια ενός αλγόριθμου στον οποίο συνεκτιμούνται οι απαντήσεις τριών ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο των RDC-TMD. Βασική προϋπόθεση για να χρησιμοποιήσουμε τον αλγόριθμο είναι η θετική απάντηση του ασθενούς στην ερώτηση για το αν είχε πόνο στο πρόσωπο, την κάτω γνάθο, τον κρόταφο, μπροστά από το αυτί ή μέσα στο αυτί τον περασμένο μήνα. Σε περίπτωση που η απάντηση είναι αρνητική, θεωρούμε ότι ο ασθενής έχει χρόνια πόνο σε μηδενικό βαθμό και άρα δεν προχωρούμε σε εύρεση τιμής CPI.

Στο δείγμα μας θετική CPI είχαν 12 ασθενείς (32%, δηλαδή σχεδόν ένας στους τρεις), με τιμές από 20 έως 70. Στο Διάγραμμα 15 που ακολουθεί φαίνονται οι τιμές για την CPI καθενός από τους ασθενείς του δείγματος.

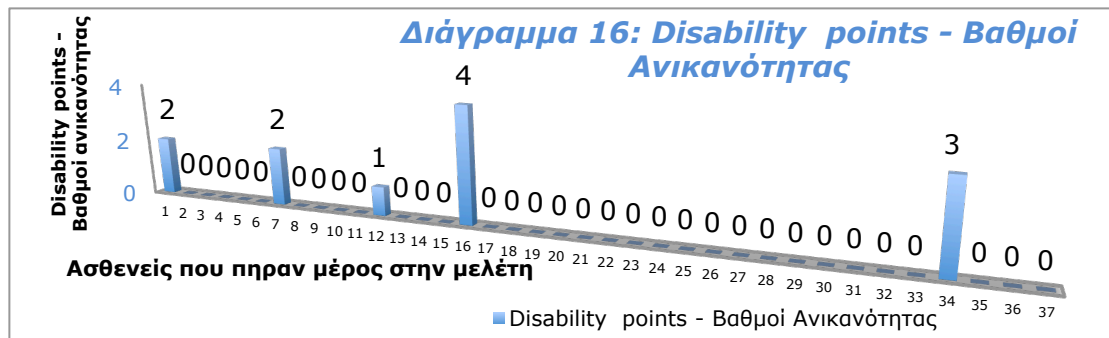


Διάγραμμα 15: Τιμές χαρακτηριστικής έντασης πόνου (CPI) ανά ασθενή που είχε θετική CPI

14. Disability points (Βαθμοί αναπηρίας/ανικανότητας)

Οι βαθμοί αναπηρίας/ανικανότητας αφορούν μόνο ασθενείς με χρόνιο πόνο και εκτιμώνται σε ασθενείς που έχουν και CPI. Η τιμή τους κυμαίνεται από ένα έως έξι και είναι αποτέλεσμα ενός αλγόριθμου που συνεκτιμά τις απαντήσεις του ασθενούς σε τέσσερις ερωτήσεις σχετικά με το πόσο ο πόνος έχει επιδράσει στην ικανότητα του ασθενούς κατά τις συνήθειες δραστηριότητές του.

Στο δείγμα μας 5 ασθενείς είχαν τιμές βαθμών ανικανότητας από ένα έως τέσσερα. Οι τιμές φαίνονται στο Διάγραμμα 16 παρακάτω.

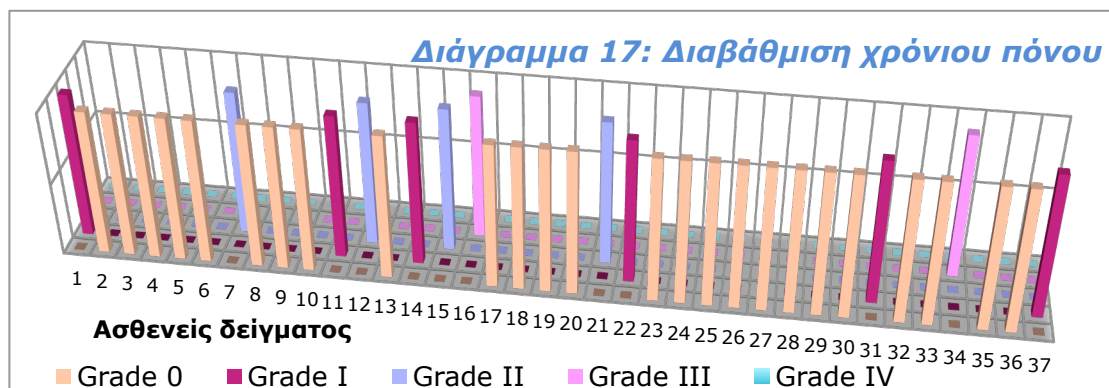


Διάγραμμα 16: Τιμές Βαθμών Ανικανότητας (Disability points) ανά ασθενή που είχε θετική τιμή Βαθμών Ανικανότητας.

15. Διαβάθμιση χρόνιου πόνου (Grade I-IV)

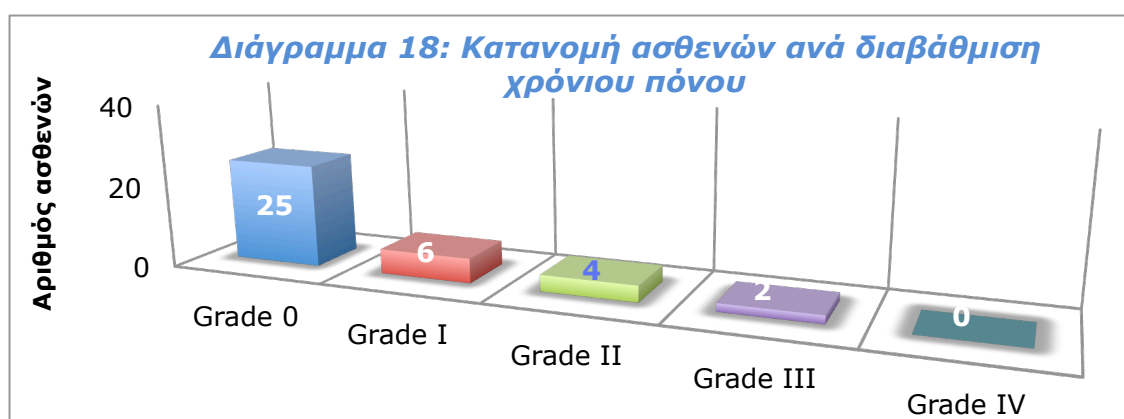
Η διαβάθμιση του χρόνιου πόνου είναι αποτέλεσμα συνεκτίμησης των CPI και των βαθμών ανικανότητας. Είναι μηδενική όταν δεν υπάρχει πόνος στην ΚΓΔ τους τελευταίους έξι μήνες. Οι πρώτοι δυο βαθμοί Grade I και Grade II κατηγοριοποιούνται ως βαθμοί χαμηλής ανικανότητας/αναπηρίας αλλά χαμηλής και υψηλής έντασης αντίστοιχα, ενώ οι δυο μεγαλύτεροι βαθμοί Grade III και Grade IV ως βαθμοί μεγάλης ανικανότητας/αναπηρίας, μετρίως και σοβαρώς περιοριστικοί αντίστοιχα.

Στο Διάγραμμα 17 που ακολουθεί, φαίνεται η κατανομή των βαθμών αναπηρίας στο δείγμα των ασθενών.



Διάγραμμα 17: Διαβάθμιση χρόνιου πόνου στο δείγμα των ασθενών. Όπου Grade 0 οι ασθενείς έχουν μηδενική τιμή. Τα Grade I – II αποτελούν βαθμούς χαμηλής ανικανότητας (χαμηλής και υψηλής έντασης αντίστοιχα). Τα Grade III-IV αποτελούν βαθμούς μεγάλης ανικανότητας (μετρίως και σοβαρώς περιοριστικοί αντίστοιχα).

Τα 2/3 των ατόμων του δείγματος (25 από τα 37, δηλαδή 67,6%) έχουν μηδενική διαβάθμιση πόνου (Grade 0) και ο αριθμός των ατόμων με υψηλότερο βαθμό (Grade) μειώνεται δραστικά με την αύξηση του βαθμού. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν 6 άτομα (16%) με Grade I, 4 άτομα (10,8%) με Grade II, μόνο δύο άτομα (5,4%) με Grade III και κανένα με Grade IV, όπως περιγράφεται στο διάγραμμα 18 παρακάτω.

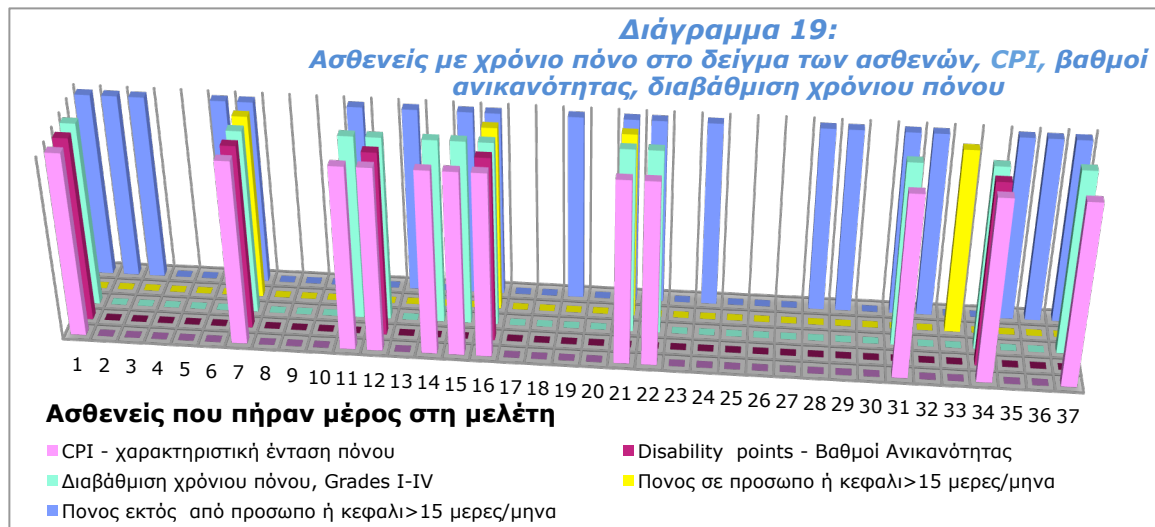


Διάγραμμα 18: Κατανομή ασθενών ανά διαβάθμιση χρόνιου πόνου. Όπου Grade 0 οι ασθενείς έχουν μηδενική τιμή. Τα Grade I – II αποτελούν βαθμούς χαμηλής ανικανότητας (χαμηλής και υψηλής έντασης αντίστοιχα). Τα Grade III-IV αποτελούν βαθμούς μεγάλης ανικανότητας (μετρίως και σοβαρώς περιοριστικοί αντίστοιχα).

Εξετάζοντας ταυτόχρονα τις απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις που μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι ασθενείς πάσχουν από χρόνιο πόνο (βάση ορισμού), αλλά και τις τιμές στη χαρακτηριστική ένταση πόνου CPI, τους βαθμούς ανικανότητας/αναπηρίας και τη διαβάθμιση χρόνιου πόνου σε κάθε ασθενή, παρατηρούμε, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 19, πως:

- Όλοι οι ασθενείς που είχαν κάποια τιμή στην χαρακτηριστική ένταση πόνου, είχαν και κάποια τιμή στην διαβάθμιση πόνου (Grade I ως IV), δηλαδή 12 ασθενείς, το 32% του δείγματος.
- Από αυτούς τους 12 ασθενείς, μόνο οι 5 (13,5% του δείγματος) είχαν κάποια τιμή στους βαθμούς ανικανότητας/αναπηρίας.

- Από τους 4 ασθενείς (10,8% του δείγματος) που δήλωσαν πόνο σε πρόσωπο ή κεφάλι πάνω από 15 μέρες το μήνα, οι 3 (8% του δείγματος και 75% των ασθενών που δήλωσαν πόνο σε πρόσωπο ή κεφάλι πάνω από 15 μέρες το μήνα) είχαν κάποια τιμή τόσο στην χαρακτηριστική ένταση πόνου όσο και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου, ενώ ένας (2,7% του δείγματος και 25% των ασθενών που δήλωσαν πόνο σε πρόσωπο ή κεφάλι πάνω από 15 μέρες το μήνα) είχε και κάποιο βαθμό ανικανότητας/αναπηρίας.
- Από τους 20 ασθενείς (54% του δείγματος) που δήλωσαν πόνο εκτός από πρόσωπο ή κεφάλι πάνω από 15 μέρες το μήνα, οι 11 (το 30% του δείγματος αλλά το 55% των 20 ασθενών) είχαν μηδενική τιμή σε CPI, βαθμό ανικανότητας/αναπηρίας και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου. Από τους υπόλοιπους 9, ένας ασθενής (5% όσων δήλωσαν χρόνιο πονο εκτός προσώπου/κεφαλής) είχε κάποια τιμή σε CPI, βαθμό ανικανότητας/αναπηρίας και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου. Δύο ασθενείς (το 10% όσων δήλωσαν χρόνιο πόνο εκτός προσώπου/κεφαλής) είχαν δηλώσει χρόνιο πόνο και στο πρόσωπο/κεφάλι ενώ είχαν και κάποια τιμή σε CPI, βαθμό ανικανότητας/αναπηρίας και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου. Ένας ασθενής (5% όσων δήλωσαν χρόνιο πόνο εκτός προσώπου/κεφαλής) είχε δηλώσει χρόνιο πόνο και στο πρόσωπο/κεφάλι και είχε κάποια τιμή σε CPI και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου. Οι υπόλοιποι 5 ασθενείς εξ όσων δήλωσαν χρόνιο πόνο εκτός προσώπου/κεφαλής (το 25% τους αλλά και το 13,5% του συνολικού δείγματος), είχαν κάποια τιμή σε CPI και στη διαβάθμιση χρόνιου πόνου.



Διάγραμμα 19: Στο διάγραμμα φαίνεται πως στο σύνολό τους, οι ασθενείς με θετική τιμή χαρακτηριστικής έντασης πόνου είχαν και θετική τιμή διαβάθμισης χρόνιου πόνου, ενώ στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αυτοί πονούσαν και σε περιοχές του σώματος εκτός από το πρόσωπο και το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα. Από τους 4 ασθενείς που δήλωσαν πόνο στο πρόσωπο και το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα, οι 3 είχαν επίσης θετική τιμή για την χαρακτηριστική ένταση πόνου και για την διαβάθμιση χρόνιου πόνου.

16. Πόνος στην ΚΓΔ (Κροταφογναθική διάρθρωση)

Σε ερώτηση στο πλαίσιο λήψης του ιστορικού των διαγνωστικών κριτηρίων RDC-TMD, το 27% των ατόμων του δείγματος (10 στα 37) δήλωσαν πόνο στην κροταφογναθική διάρθρωση.

Σε ανάλογη ερώτηση του ερωτηματολογίου που κατήρτησε η συγγράφουσα τη διπλωματική, θετικά απάντησε το 30% (11 ασθενείς από τους 37). Εκ των 11 αυτών ασθενών, οι 8 (δηλαδή το 73% όσων απάντησαν θετικά) είχαν απαντήσει θετικά και στην προηγούμενη ερώτηση.

Ενδιαφέρον είναι πως και αντίστροφα, οι 8 εκ των 10 ασθενών που είχαν απαντήσει θετικά στην ερώτηση ιστορικού των RDC-TMD

(δηλαδή το 80% των όσων απάντησαν θετικά) απάντησαν επίσης θετικά και στην ερώτηση του δεύτερου ερωτηματολογίου.

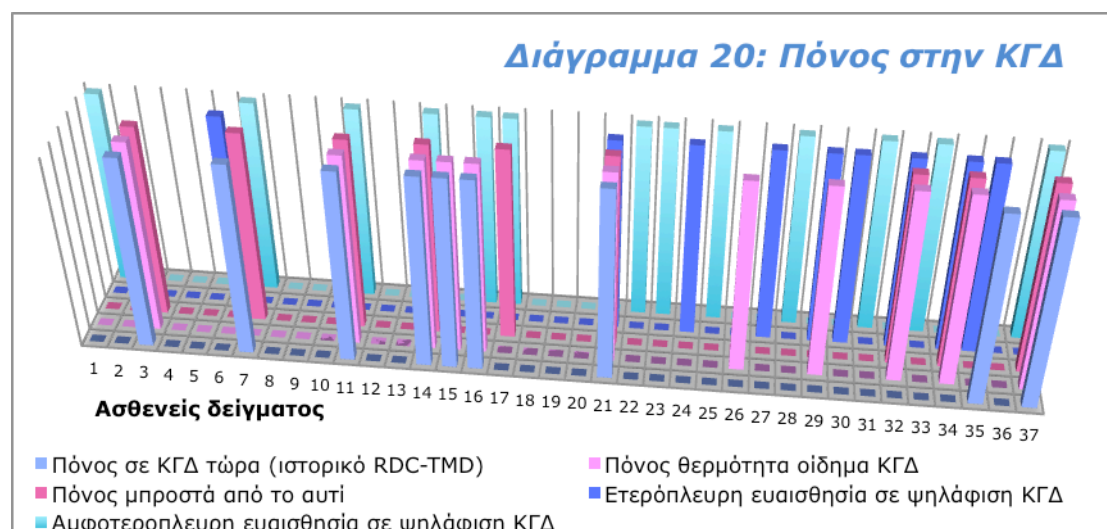
Σε τρίτη ερώτηση, επίσης του ερωτηματολογίου που καταρτίστηκε από τη συγγράφουσα τη διπλωματική ειδικά για αυτή τη μελέτη, και στην οποία οι ασθενείς απαντούν αν έχουν πόνο μπροστά από το αυτί (δηλαδή αν έχουν πόνο στην ΚΓΔ, αλλά με διαφορετική διατύπωση), θετικά απάντησαν 9 ασθενείς, δηλαδή το 24% των ασθενών.

Κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, βρέθηκε πως είχαν ευαισθησία στην ψηλάφηση συνολικά το 60% των ασθενών (22 ασθενείς από τους 37). Από αυτούς, οι 9 ασθενείς (δηλαδή το 24% του συνόλου των ασθενών και το 41% των ασθενών που είχαν ευαισθησία στην ψηλάφηση) είχαν ετερόπλευρα ευαισθησία στην ψηλάφηση της ΚΓΔ και 13 ασθενείς αμφοτερόπλευρα (δηλαδή το 35% του συνόλου των ασθενών και το 59% όσων ένιωθαν ευαισθησία στην ψηλάφηση).

Συγκρίνοντας δε το πόσοι ασθενείς δήλωσαν πόνο στην ΚΓΔ και πόσοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν ευαισθησία στην ψηλάφηση της ΚΓΔ, βλέπουμε πως δήλωσαν ύπαρξη πόνου στην ΚΓΔ λιγότεροι από τους μισούς όσων βρέθηκαν να έχουν ευαισθησία στην ψηλάφηση της διάρθρωσης. Για την ακρίβεια, δήλωσαν ύπαρξη πόνου 10 ή 11 ασθενείς, ανάλογα με το ερωτηματολόγιο (27 ή 30% αντίστοιχα) και βρέθηκαν με ευαισθησία 22 (60%).

Στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 20) καταγράφονται οι απαντήσεις του κάθε ασθενούς στις τρεις ερωτήσεις που σχετίζονται με την ύπαρξη πόνου στην ΚΓΔ και οι ασθενείς που είχαν επώδυνη ψηλάφηση των ΚΓΔ. Όπου η απάντηση ήταν αρνητική, στο διάγραμμα φαίνεται ένα μηδέν. Όπου η απάντηση ήταν θετική

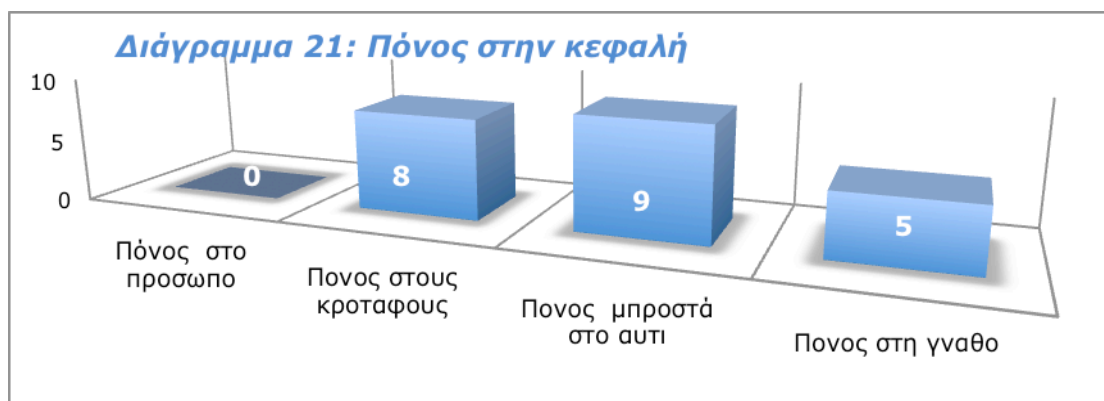
υπάρχει μια στήλη με χρώμα που αντιστοιχεί στην ερώτηση. Παρατηρούμε λοιπόν πως η πλειοψηφία των ασθενών που απάντησαν θετικά (10 από τους 14 ασθενείς, δηλαδή το 71%), απάντησαν θετικά σε περισσότερες από μια ερωτήσεις. Το γεγονός αυτό ενισχύει την αξιοπιστία των απαντήσεων.



Διάγραμμα 20: Στις τελευταίες 2 σειρές του διαγράμματος, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν ευαισθησία στην ψηλάφηση της ΚΓΔ (αμφοτερόπλευρα και ετερόπλευρα, από πίσω προς τα εμπρός). Στις 2 πιο μπροστά σειρές φαίνεται ποιοί ασθενείς απάντησαν θετικά σε ερωτήσεις του ειδικού ερωτηματολογίου για το αν υπάρχει πόνος μπροστά από το αυτί (3η σειρά από το τέλος) και αν είχαν πόνο, θερμότητα ή οίδημα στην ΚΓΔ (4η σειρά από το τέλος). Στην πρώτη σειρά φαίνεται ποιοί ασθενείς απάντησαν θετικά σε ερώτηση του ιστορικού των RDC-TMD για το αν ένιωθαν πόνο τη συγκεκριμένη στιγμή στην ΚΓΔ.

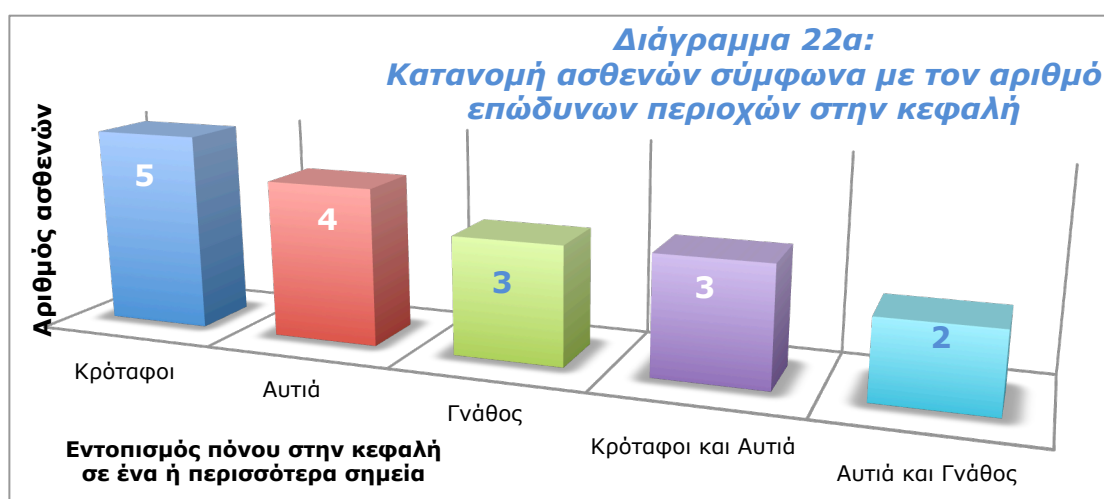
17. Εντοπισμός πόνου στην κεφαλή

Συνολικά 17 ασθενείς (46% του δείγματος) δήλωσαν ότι αισθάνονται πόνο σε κάποιο σημείο της κεφαλής, αλλά κανείς από αυτούς δεν απάντησε θετικά στη γενική ερώτηση για πόνο στο πρόσωπο (βλ. Διάγραμμα 21). Συγκεκριμένα, οκτώ ασθενείς δήλωσαν πόνο στους κροτάφους, εννέα πόνο μπροστά από το αυτί και πέντε στη γνάθο.



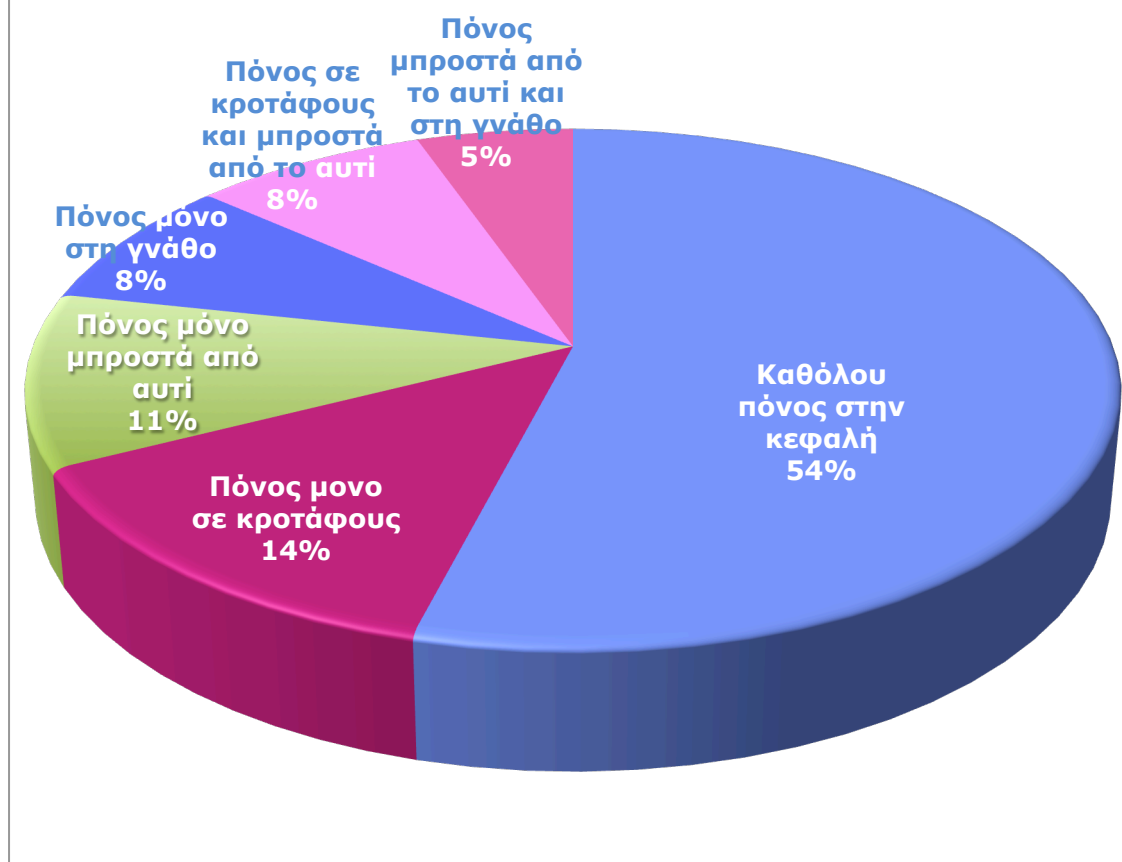
Διάγραμμα 21: Απαντήσεις ασθενών σε ερωτήσεις σχετικά με το αν ένιωθαν πόνο στο πρόσωπο, τους κροτάφους, μπροστά από το αυτί ή τη γνάθο. Ενώ 17 ασθενείς έδωσαν θετική απάντηση για ύπαρξη πόνου στους κροτάφους, μπροστά από το αυτί ή στη γνάθο (κάποιοι έδωσαν θετική απάντηση σε πάνω από μια κατηγορία), κανένας δεν απάντησε θετικά στην ερώτηση για το αν ενιωθε πόνο στο πρόσωπο.

Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις ο πόνος δεν εντοπίζεται σε ένα μόνο σημείο αλλά σε δύο, όπως πόνος ταυτόχρονα στους κροτάφους και μπροστά από τα αυτιά ή πόνος ταυτόχρονα στα αυτιά και τη γνάθο. Στα Διαγράμματα 22α και 22β παρατηρούμε την ακριβή κατανομή των ασθενών, τόσο αριθμητικά (Διάγραμμα 22α) όσο και κατά ποσοστιαία αναλογία (Διάγραμμα 22β).



Διάγραμμα 22α: Αριθμητική κατανομή ασθενών σύμφωνα με το ποιές επώδυνες περιοχές είχαν στην κεφαλή και το εάν είχαν μια περιοχή ή ταυτόχρονα περισσότερες.

Διάγραμμα 22β: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με τον εντοπισμό του πόνου τους στην κεφαλή



Διάγραμμα 22β: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με το εάν υπήρχε πόνος στην κεφαλή και εφόσως υπήρχε, που εντοπιζόταν ο πόνος αυτός στην κεφαλή.

18. Ένταση πόνου τώρα σε πρόσωπο/γνάθο

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 23, το 78% των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα που απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση (29 από τα 37), δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται καθόλου πόνο τώρα στο πρόσωπο ή τη γνάθο. Έξι άτομα, δηλαδή το 18% αυτών που απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα, δήλωσαν ότι αισθάνονται κάποια ενόχληση. Δύο άτομα ή το 6% δήλωσαν ότι αισθάνονται μέτριο πόνο, ενώ κανένα άτομο δεν δήλωσε ότι αισθάνεται σοβαρό πόνο.

Όπως σε όλες τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την ύπαρξη πόνου κατά τη λήψη του ιστορικού, κι εδώ θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως πολλοί από τους ασθενείς με ΡΑ είναι υπό θεραπεία για τη νόσο με αντιφλεγμονώδη φάρμακα τα οποία ως γνωστόν, έχουν παυσίπονη δράση, άρα κάποιες από τις απαντήσεις των ασθενών ίσως δεν είναι αντικειμενικές.



Διάγραμμα 23: Αριθμητική κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση που αφορούσε την ένταση του πόνου που αισθάνονταν στο πρόσωπο και τη γνάθο τη δεδομένη στιγμή.

19. Πόνος και χειρότερος πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο

Ερωτήθηκαν επίσης οι ασθενείς αν αισθάνονταν πόνο στο πρόσωπο ή τη γνάθο το τελευταίο 3μήνο (ζητήθηκε ο μέσος όρος της έντασης του πόνου), καθώς επίσης και ποιός ήταν ο χειρότερος πόνος στο τελευταίο αυτό τρίμηνο. Στα δύο αυτά ερωτήματα, όπως και στο προηγούμενο, απάντησαν συνολικά 37 ασθενείς. Το Διάγραμμα 24 παρουσιάζει συνοπτικά τις απαντήσεις των 37 αυτών ασθενών σχετικά με τον πόνο στο πρόσωπο ή/και τη γνάθο *τώρα*, το *τελευταίο 3μηνο* καθώς και για το *χειρότερο πόνο το τελευταίο 3μηνο* στο πρόσωπο ή/και τη γνάθο.

Συγκρίνοντας το ποσοστό ασθενών που δεν αισθάνεται καθόλου πόνο τώρα με το ποσοστό ασθενών που δεν αισθάνεται

καθόλου πόνο κατά το τελευταίο τρίμηνο, παρατηρούμε πως το ποσοστό ασθενών που δεν αισθάνεται καθόλου πόνο τώρα είναι σημαντικά μεγαλύτερο. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι κατά τους τελευταίους τρεις μήνες ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, περίπου το 1/4 των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, είχε τέτοια βελτίωση της κατάστασής τους, ώστε δεν αισθάνονταν πλέον πόνο.

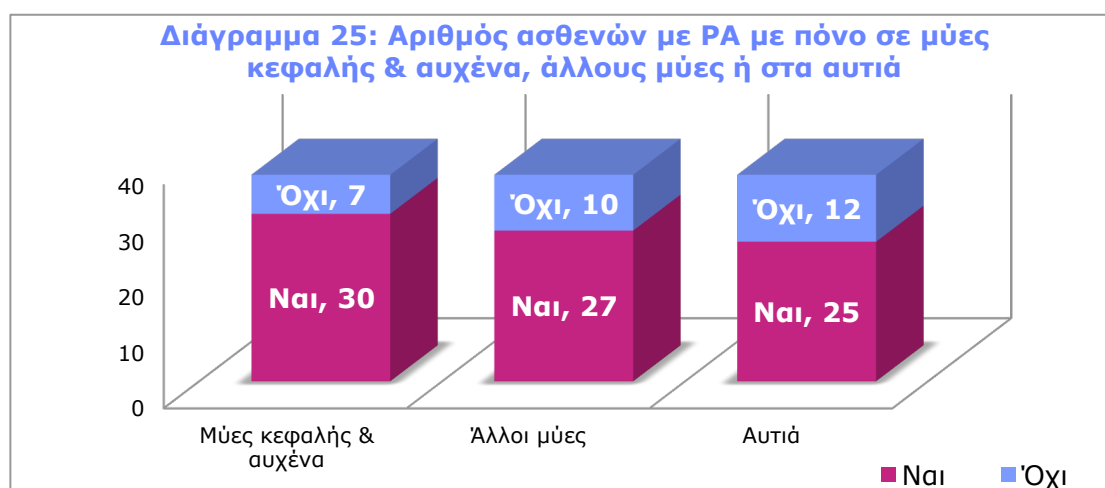
Εξάλλου, μετριασμός του πόνου προκύπτει και από τη σύγκριση του πόνου κατά το τελευταίο τρίμηνο, καθώς το 1/3 περίπου των ατόμων (11 από τα 34) του δείγματος δήλωσαν ότι ο χειρότερος πόνος που ένιωσαν κατά το τελευταίο τρίμηνο ήταν σοβαρός, έναντι μόλις 3 ατόμων στη διάρκεια του τριμήνου και κανενός τώρα (βλ. Διάγραμμα 24). Η βελτιωμένη αυτή κατάσταση ενδεχομένως να είναι αποτέλεσμα της θεραπείας στην οποία υπόκεινται οι ασθενείς, αλλά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και το φαινόμενο της περιοδικότητας των υφέσεων και εξάρσεων της νόσου.



Διάγραμμα 24: Οι ασθενείς απάντησαν σε 3 διαφορετικές ερωτήσεις σχετικά με την ένταση του πόνου που αισθάνονταν στο πρόσωπο ή/και τη γνάθο, και οι απαντήσεις τους ταξινομήθηκαν σε 4 κατηγορίες, δηλαδή καθόλου πόνος, ήπιος πόνος ή ενόχληση, μέτριος πόνος και σοβαρός. Στο διάγραμμα απεικονίζονται αυτές οι 4 κατηγορίες έντασης πόνου και σε κάθε μια από αυτές, οι απαντήσεις των ασθενών. Οι απαντήσεις της ερώτησης που αφορά την ένταση του πόνου τη δεδομένη στιγμή, απεικονίζονται στην πρώτη στήλη σε κάθε κατηγορία. Οι απαντήσεις της ερώτησης που αφορά την μέση ένταση του πόνου τους τελευταίους 3 μήνες στην 2η στήλη κάθε κατηγορίας & οι απαντήσεις της ερώτησης που αφορά την μεγαλύτερη ένταση του πόνου τους τελευταίους 3 μήνες στην 3η στήλη.

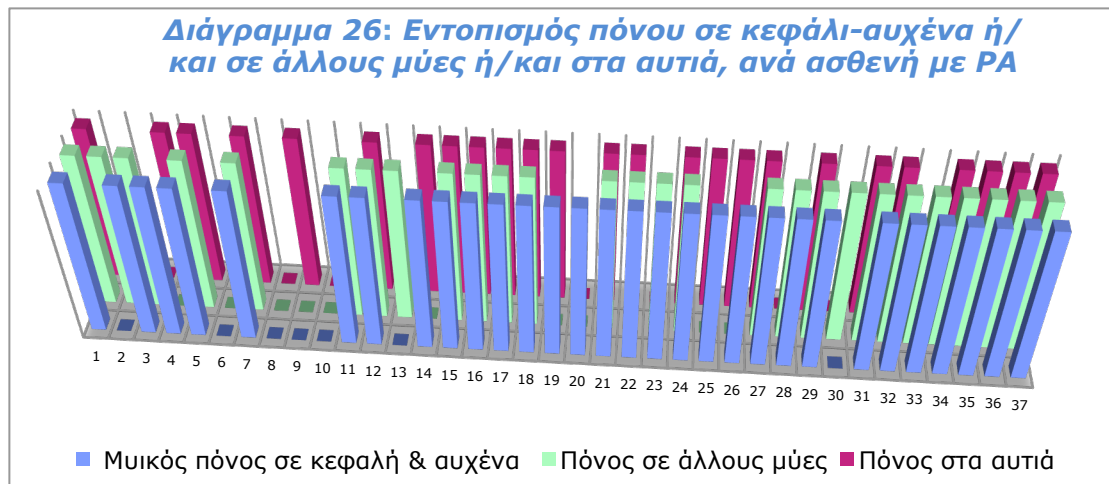
20. Πόνος στο κεφάλι, σε άλλους μύες ή στα αυτιά

Το ερωτηματολόγιο ζητούσε αν τα άτομα του δείγματος ένιωθαν μυϊκό πόνο στο κεφάλι και τον αυχένα ή/και σε άλλους μύες. Επίσης, αν είχαν πόνο, εμβοές, μπουκώματα στα αυτιά ή μειωμένη ακουστική ικανότητα. Στο Διάγραμμα 25, παρουσιάζονται οι σχετικές απαντήσεις. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος ένιωθε τέτοιους πόνους, σε σημαντικά ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 67,5% (πόννοι στα αυτιά), 73% (πόννοι σε άλλους μύες) και 81% (πόννοι σε κεφάλι κι αυχένα) του δείγματος.



Διάγραμμα 25: Σε κάθε στήλη από τις τρεις του διαγράμματος, απεικονίζεται το σύνολο του δείγματος και το αν απάντησαν θετικά ή αρνητικά στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ύπαρξη πόνου σε: μύες κεφαλής και αυχένα (1η στήλη), άλλους μύες, δηλαδή μύες εκτός κεφαλής και αυχένα (2η στήλη) & στα αυτιά (3η στήλη).

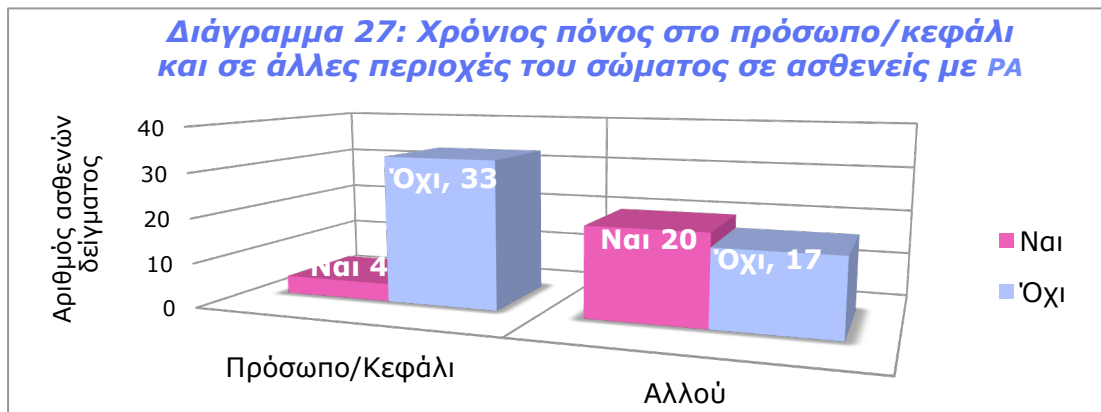
Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που είχαν κάποιον από αυτούς τους πόνους (Το 63% όσων είχαν πόνο σε κεφαλή κι αυχένα, το 70% όσων δήλωσαν πόνο σε άλλους μύες και το 76% όσων δήλωσαν πόνους στα αυτιά), δήλωσαν ότι αισθάνονταν πόνο και στα τρία εν προκειμένω σημεία, δηλαδή είχαν ταυτόχρονα μυϊκό πόνο στο κεφάλι, σε άλλους μύες και πόνο στα αυτιά. Αντίθετα, πόνος σε ένα μόνο σημείο ήταν πιο σπάνιο φαινόμενο (βλ. Διάγραμμα 26).



Διάγραμμα 26: Στο διάγραμμα φαίνεται πως η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που έπασχε από πόνο σε μυες κεφαλής/αυχένα, σε μυες εκτός κεφαλής/αυχένα αλλά και στα αυτιά, έπασχε ταυτόχρονα από πόνο και στις 3 περιοχές.

21. Χρόνιος πόνος στο πρόσωπο/κεφάλι και σε άλλα σημεία του σώματος

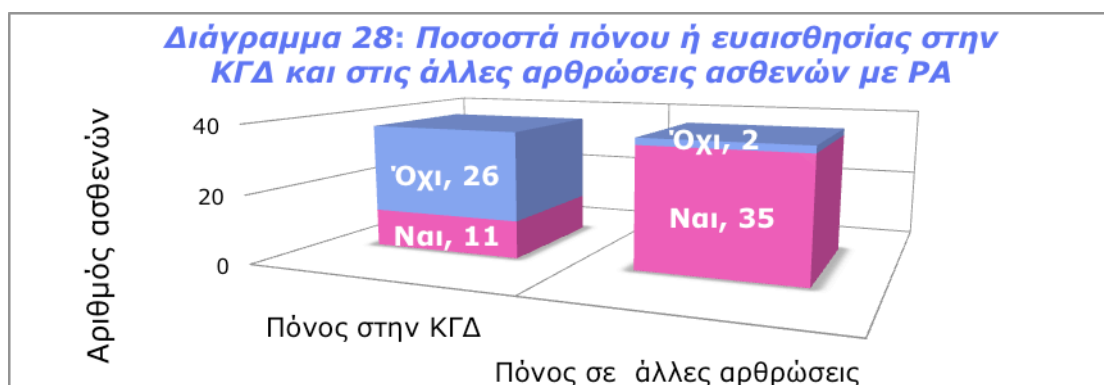
Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 27, πόνος στο πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 ημέρες το μήνα ή τις μισές ημέρες του χρόνου, δηλαδή χρόνιος πόνος, δεν είναι τόσο συχνό φαινόμενο όσο ο χρόνιος πόνος σε άλλες περιοχές του σώματος. Συγκεκριμένα, μόνο 4 από τα 37 άτομα του δείγματος ή περίπου το 11% δήλωσαν ότι έχουν χρόνια πόνο στο κεφάλι ή το πρόσωπο, ενώ 20 από τα 37 άτομα ή το 54% δήλωσαν ότι έχουν χρόνια πόνο σε άλλες περιοχές του σώματος. Είναι ωστόσο σημαντικό να επισημανθεί πως τα 3 από τα 4 άτομα που είχαν χρόνια πόνο στο πρόσωπο ή το κεφάλι δήλωσαν ότι είχαν χρόνια πόνο και σε άλλες περιοχές του σώματος. Επομένως χρόνιος πόνος στο πρόσωπο ή το κεφάλι χωρίς να υπάρχει χρόνιος πόνος σε άλλες περιοχές του σώματος είναι αρκετά σπάνιο φαινόμενο.



Διάγραμμα 27: Στο διάγραμμα φαίνεται πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο στο πρόσωπο και/ή το κεφάλι είναι πολύ λιγότεροι από τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο σε άλλες περιοχές του σώματος.

22. Πόνος ή ευαισθησία στις αρθρώσεις

Το Διάγραμμα 28 παρουσιάζει τον αριθμό ασθενών με πόνο ή ευαισθησία στην ΚΓΔ και στις άλλες αρθρώσεις. Ποσοστό 30% (11 από τους 37) δήλωσαν ότι είχαν πόνο ή ευαισθησία στην ΚΓΔ έναντι ποσοστού 95% (35 από τους 37) που δήλωσαν ότι είχαν πόνο ή ευαισθησία σε άλλες αρθρώσεις. Επισημαίνεται ότι όλοι όσοι ένιωθαν πόνο στην ΚΓΔ δήλωσαν ότι ένιωθαν πόνους και σε άλλες αρθρώσεις. Το εύρημα αυτό παρέχει ένδειξη ότι στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα ο πόνος στην ΚΓΔ δεν είναι ανεξάρτητος αλλά συνυπάρχει με πόνους στις άλλες αρθρώσεις του σώματος.



Διάγραμμα 28: Στην πρώτη στήλη φαίνεται πως 11 από τους 37 ασθενείς του δείγματος ένιωθε πόνο ή ευαισθησία στην ΚΓΔ, ενώ στην δεύτερη πως 35 από τους 37 ασθενείς ένιωθαν πόνο σε άλλες αρθρώσεις.

23. Ξηροστομία

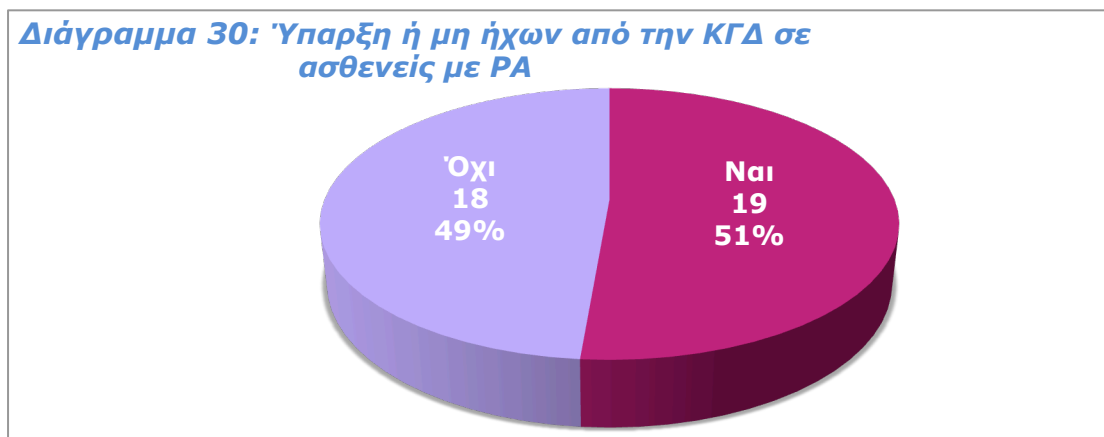
Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 29, το 57% (21 από τα 37) του δείγματος δήλωσαν ότι είχαν ξηροστομία. Κατά συνέπεια, η ξηροστομία φαίνεται ότι είναι ένα συχνό σύμπτωμα σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, καθώς τουλάχιστον 1 στα 2 από αυτούς τους ασθενείς παρουσιάζει ξηροστομία.



Διάγραμμα 29: Στο διάγραμμα φαίνονται τόσο το ποσοστό όσο και ο καθαρός αριθμός των ασθενών του δείγματος που έπασχαν από ξηροστομία. Σε κάθε ημιμόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

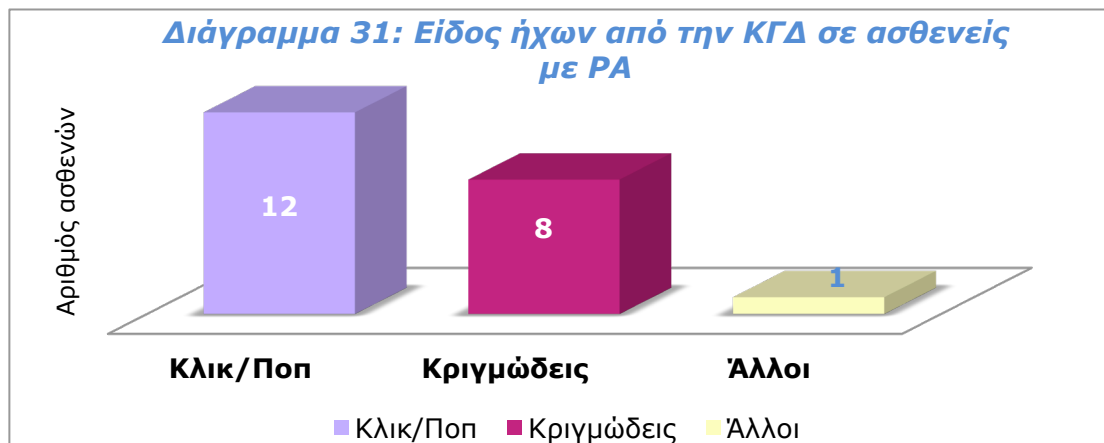
24. Ήχοι από τις ΚΓΔ

Οι ήχοι κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου είναι επίσης ένα συχνό εύρημα, καθώς 1 στους 2 ασθενείς του δείγματος (19 από τους 37) δήλωσαν ότι ακούν τέτοιους ήχους (βλ. Διάγραμμα 30).



Διάγραμμα 30: Στο διάγραμμα φαίνονται τόσο το ποσοστό όσο και ο καθαρός αριθμός των ασθενών του δείγματος που είχαν ήχους από την ΚΓΔ κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου. Σε κάθε ημιμόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

Περαιτέρω ανάλυση δείχνει ότι πιο συχνοί είναι οι ήχοι που κλικ/ποπ (κλίκ/ποπ δήλωσαν 12 από τους 19 ασθενείς), ακολουθούμενοι από τους κριγμώδεις ήχους (δήλωσαν κριγμώδεις ήχους 8 από τους 19 ασθενείς), ενώ ένα μόνον άτομο δήλωσε ότι ακούει “άλλου” είδους ήχο. (βλ. Διάγραμμα 31)



Διάγραμμα 31: Κατανομή αριθμού ασθενών ανά είδος ήχων από την ΚΓΔ.

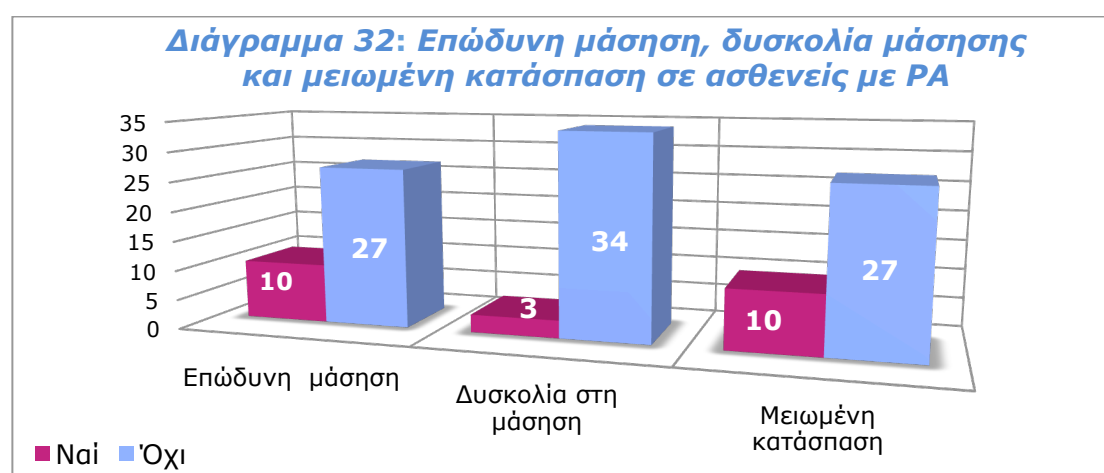
Είναι εξάλλου σημαντικό να επισημανθεί ότι με εξαίρεση ένα άτομο που δήλωσε ότι οι ήχοι που ακούει στα αυτιά κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου ομοιάζουν ως κλίκ/ποπ ή/και ως κριγμοί και ένα άλλο άτομο που δήλωσε ότι οι ήχοι αυτοί ομοιάζουν ως κλικ/ποπ ή/και ως “άλλοι” ήχοι, οι υπόλοιποι 17 από αυτούς τους ασθενείς δήλωσαν ότι ακούν ένα μόνο είδος ήχου που ήταν είτε κλικ/ποπ (11 ασθενείς) είτε κριγμώδεις ήχοι (6 ασθενείς).

Εξάλλου, αξιολογώντας τις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος στα ερωτήματα σχετικά με το αν έχουν πόνο, εμβοές, μπουκώματα στα αυτιά, μειωμένη ακουστική ικανότητα (Ερώτημα 5) και αν ακούν ήχους στα αυτιά κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου (Ερώτημα 12), προκύπτει ότι σε σημαντικό βαθμό θετική απάντηση στο ένα ερώτημα συνυπάρχει με θετική απάντηση και στο δεύτερο ερώτημα. Συγκεκριμένα, 13 από τα 25 άτομα, δηλαδή το 52%, που δήλωσαν ότι έχουν πόνο, εμβοές κλπ. είχαν

ταυτόχρονα και ήχο στα αυτιά (από την κροταφογναθική διάρθρωση), όπως και 13 από τα 19 άτομα, δηλαδή το 68%, που ακούν ήχους από την κροταφογναθική διάρθρωση έχουν ταυτόχρονα πόνο στα αυτιά, εμβοές κλπ. Τα υψηλά αυτά ποσοστά ήταν μάλλον αναμενόμενα, υποδηλώνοντας συνέπεια των απαντήσεων των ασθενών στα διάφορα ερωτήματα και επομένως ενισχύουν την αξιοπιστία της έρευνας.

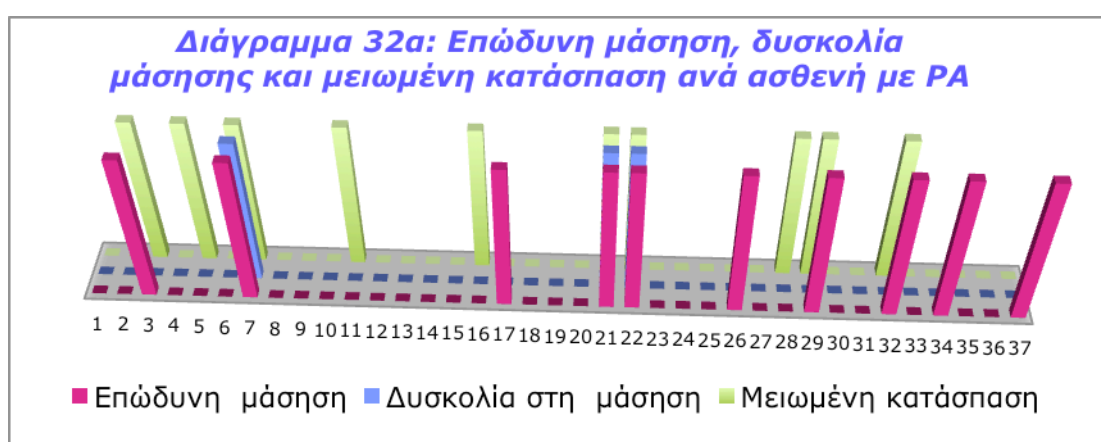
25. Επώδυνη ή δύσκολη μάσηση και μειωμένη διάνοιξη στόματος

Σημαντικό ποσοστό (10 στους 37 ή 27%) των ασθενών δήλωσε ότι έχει επώδυνη μάσηση και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι έχει μειωμένη διάνοιξη του στόματος (10 στους 37 ή 27%). Αντίθετα, ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (3 στους 37 ή 8%) δήλωσε ότι δυσκολεύεται στη μάσηση της τροφής (βλ. Διάγραμμα 32).



Διάγραμμα 32: Αριθμητική κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις σχετικά με αν είχαν επώδυνη μάσηση, δυσκολία στη μάσηση, ή μειωμένη κατάσπαση.

Επισημαίνεται πάντως ότι όλα τα άτομα (3) που δήλωσαν ότι δυσκολεύονταν στη μάσηση της τροφής είχαν παράλληλα και επώδυνη μάσηση και μειωμένη διάνοιξη του στόματος, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 32α. Εξάλλου, σε τρεις άλλες περιπτώσεις άτομα με επώδυνη μάσηση είχαν ταυτόχρονα και μειωμένη διάνοιξη στόματος. Επομένως, στα άτομα με επώδυνη μάσηση το σύμπτωμα αυτό συνυπάρχει σε ποσοστό 60% και μειωμένη διάνοιξη στόματος και, αντίστροφα, στα άτομα με μειωμένη διάνοιξη στόματος το σύμπτωμα αυτό συνυπάρχει σε ποσοστό 60% με επώδυνη μάσηση.



Διάγραμμα 32α: Από εμπρός προς τα πίσω, οι σειρές των στηλών δείχνουν την κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις σχετικά με αν είχαν επώδυνη μάσηση, δυσκολία στη μάσηση, ή μειωμένη κατάσπαση. Όλοι οι ασθενείς που δυσκολεύονταν στη μάσηση της τροφής (θεωρούσαν πως δεν μπορούν να μασήσουν ικανοποιητικά την τροφή τους) είχαν και επώδυνη μάσηση και μειωμένη κατάσπαση.

26. Ανικανότητα πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης

Περίπου το 30% (11 στους 37) των ασθενών του δείγματος δήλωσαν ότι είχε τύχει να μην μπορούν να ανοίξουν ή κλείσουν το στόμα τους (βλ. Διάγραμμα 33). Σχεδόν οι μισοί από αυτούς (6 στους 11) δήλωσαν ότι αυτό συνέβη μία μόνο φορά στο παρελθόν και οι υπόλοιποι μισοί (5 στους 11) ότι αυτό συνέβη κατ' επανάληψη.



Διάγραμμα 33: Αριθμητική κατανομή των ασθενών του δείγματος σύμφωνα με το αν είχαν ιστορικό ανικανότητας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης της κάτω γνάθου.

Στο διάγραμμα 33α φαίνεται η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το αν είχαν ιστορικό ανικανότητας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης (για μια μόνη φορά ή κατ' επανάληψη) ή αν δεν είχαν ποτέ.

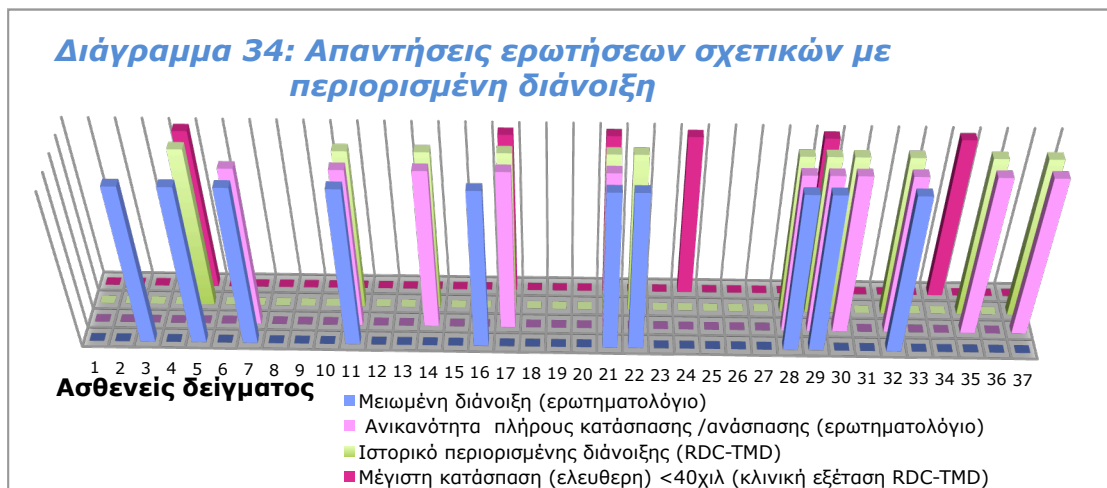


Διάγραμμα 33α: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των ασθενών του δείγματος σύμφωνα με τη συχνότητα περιστατικών ανικανότητας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης της κάτω γνάθου στο ιστορικό τους. Σε κάθε τριτημόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι με εξαίρεση τρεις περιπτώσεις στις υπόλοιπες οκτώ από τις 11, δηλαδή σε συχνότητα περίπου 75%, η ανικανότητα πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης συνυπήρχε με επώδυνη μάσηση ή/και μειωμένη διάνοιξη του στόματος.

Επισημαίνεται εξάλλου ότι στην ανάλογη ερώτηση του διεθνούς ερωτηματολογίου των RDC-TMD, 12 από τους 37 ασθενείς (δηλαδή ένας ασθενής περισσότερο από ό,τι στην αντίστοιχη ερώτηση του ερωτηματολογίου που κατάρτισε η υποβάλλουσα), απάντησαν ότι έχει ιστορικό περιορισμένης διάνοιξης του στόματος. Είναι όμως ιδιαίτερα σημαντικό ότι απάντησαν καταφατικά και στα δύο ερωτηματολόγια οι 10 από αυτούς τους ασθενείς.

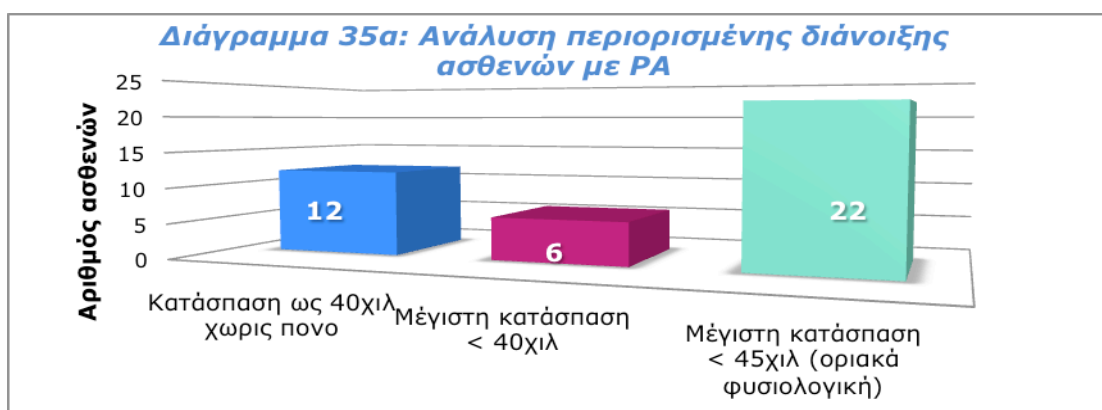
Παρατηρείται γενικά πως όταν συγκριθούν οι απαντήσεις των τριών ερωτήσεων που προσεγγίζουν το θέμα της μειωμένης κατάσπασης της κάτω γνάθου μαζί με τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης στα οποία φαίνεται αν κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο ασθενής είχε περιορισμένη διάνοιξη, βλέπουμε πως όταν υπάρχει θετική απάντηση από κάποιον ασθενή, μόνο μια στις δέκα φορές (10,8%) υπάρχει μόνο μια. Το γεγονός αυτό φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 34).



Διάγραμμα 34: Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις σχετικές με περιορισμένη διάνοιξη ανά ασθενή του δείγματος. Συγκεκριμένα, στην πρώτη (από μπροστά προς τα πίσω) σειρά στηλών, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς απάντησαν θετικά στον αν είχαν μειωμένη διάνοιξη. Στη δεύτερη σειρά, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς απάντησαν θετικά στον αν ένιωθαν πως δεν μπορούσαν να κάνουν πλήρη κατάσπαση ή ανάσπαση της κάτω γνάθου. Στην τρίτη σειρά, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς απάντησαν θετικά στο αν είχαν ιστορικό περιορισμένης διάνοιξης (στο ερωτηματολόγιο των RDC-TMD). Τέλος στην τέταρτη σειρά φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν μέγιστη κατάσπαση <40χιλ κατά την κλινική εξέταση.

27. Ανάλυση περιορισμένης διάνοιξης

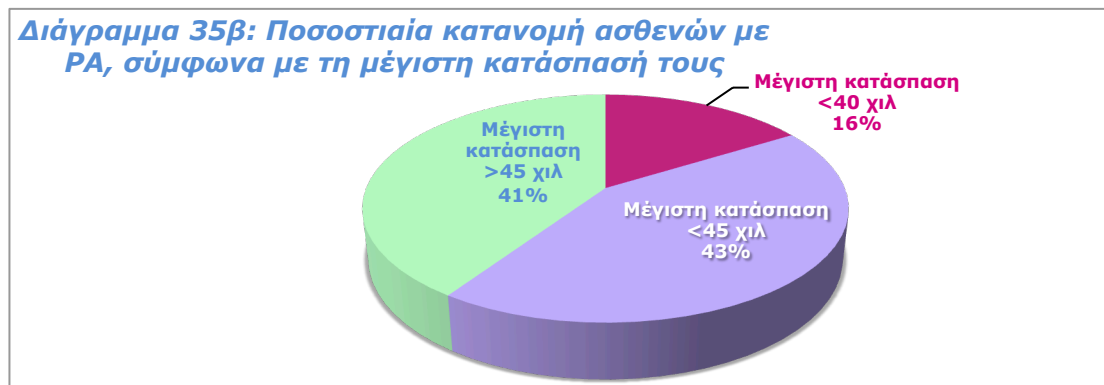
Από την κλινική εξέταση βρέθηκαν 12 ασθενείς (32%) των οποίων η κατάσπαση γινόταν χωρίς πόνο σε εύρος κίνησης μικρότερο των 40 χιλιοστών, μέγεθος το οποίο παραδεχόμαστε ως το κατώφλι (ελάχιστο αποδεκτό μέγεθος) της φυσιολογικής διάνοιξης. Από αυτούς, οι έξι (16%) έχουν μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση μικρότερη των 40 χιλιοστών και οι υπόλοιποι έξι (16%), ενώ έχουν μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση μεγαλύτερη των 40 χιλιοστών, η κατάσπαση τους πέρα των 40 χιλιοστών είναι επώδυνη. (Διάγραμμα 35a)



Διάγραμμα 35a: Αριθμητική κατανομή ασθενών σύμφωνα το πόσοι ασθενείς είχαν κατάσπαση ως τα 40χιλ χωρίς πόνο (1η στήλη) και σύμφωνα με τις τιμές της μέγιστης κατάσπασης της κάτω γνάθου των ασθενών (στήλες 2 και 3).

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε επίσης πως ενώ οι ασθενείς που κατατάξαμε στην κατηγορία ασθενών με περιορισμένη κατάσπαση είναι μόνο έξι στους 37, δηλαδή 16% (λόγω της παραδοχής πως μέγιστη κατάσπαση άνω των 40 χιλιοστών θεωρείται φυσιολογική), υπάρχει σημαντικός αριθμός ασθενών των οποίων τη μέγιστη κατάσπαση θεωρούμε φυσιολογική, αλλά είναι πολύ κοντά στο όριο των 40 χιλιοστών. Για την ακρίβεια, άλλοι 16 ασθενείς από το σύνολο των 37 (το 43% του συνόλου των ασθενών) είχαν μέγιστη κατάσπαση που δεν υπερβαίνει τα 45 χιλιοστά, με την πλειοψηφία τους να έχουν μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση 40, 41 ή 42

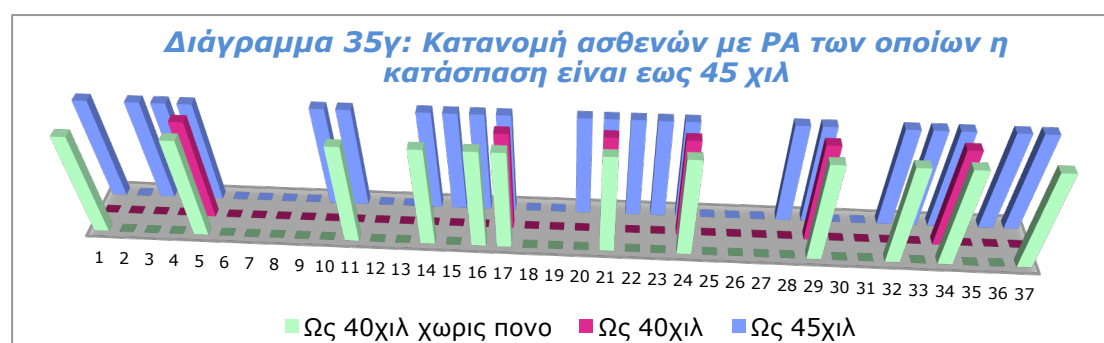
χιλιοστά, άρα οριακά φυσιολογική. (Διαγράμματα 35α, 35β). Παρόλα αυτά, όπως θα αναλυθεί σε επόμενη παράγραφο, σε 2 ερωτήσεις σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού περιορισμένης διάνοιξης, μόνο 11 (30%) και 12 (32%) ασθενείς αντίστοιχα απάντησαν θετικά.



Διάγραμμα 35β: Ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις τιμές της μέγιστης κατάσπασης της κάτω γνάθου τους.

Παρατηρώντας την ποσοστιαία κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τη μέγιστη κατάσπασή τους, γίνεται εμφανές ότι το ποσοστό των ασθενών που έχουν μειωμένη μέγιστη κατάσπαση προστιθέμενο στο ποσοστό των ασθενών που η μέγιστη κατάσπασή τους είναι μεν φυσιολογική αλλά πολύ κοντά στα όρια του φυσιολογικού, φτάνει το 59%.

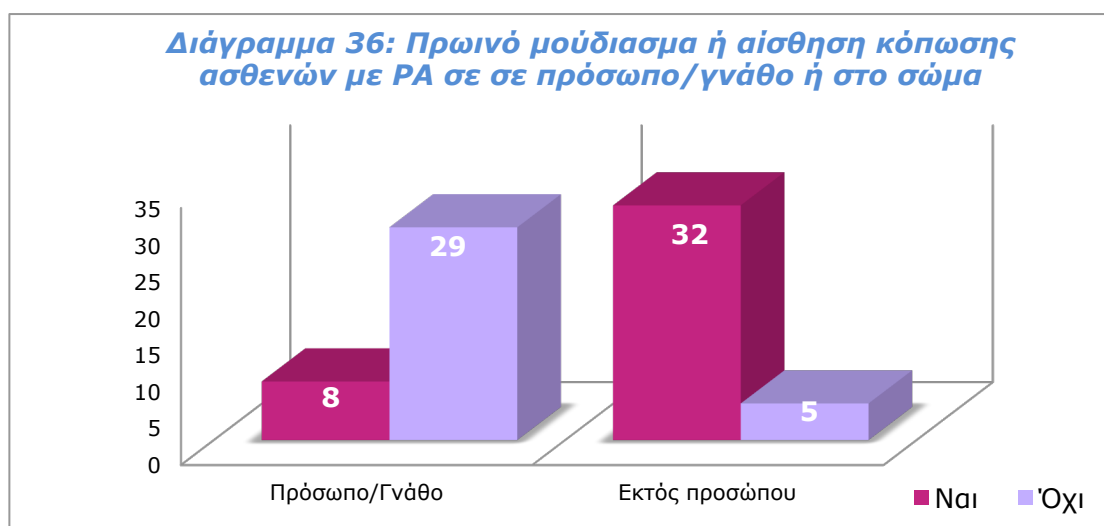
Στο διάγραμμα 35γ, παρατηρούμε την κατανομή των ασθενών με μέγιστη κατάσπαση έως 40 χιλ και έως 45 χιλ στο δείγμα των ασθενών που πήραν μέρος στη μελέτη.



Διάγραμμα 35γ: Κατανομή μετρήσεων κατάσπασης κάτω γνάθου ανά ασθενή. Στην 1η (από μπροστά προς τα πίσω) σειρά στηλών, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς είχαν κατάσπαση ως 40 χιλ χωρίς πόνο. Στη 2η στήλη φαίνονται όσοι είχαν μέγιστη κατάσπαση 40χιλ και στην 3η όσοι είχαν μέγιστη κατάσπαση έως 45χιλ.

28. Πρωινό μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης σε πρόσωπο/γνάθο ή άλλα μέρη του σώματος

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 36 πιο κάτω, περίπου το 22% των ασθενών του δείγματος (8 στους 37) δήλωσε ότι το πρωί που ξυπνούν αισθάνονται μούδιασμα ή έχουν την αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο ή στη γνάθο, έναντι ενός σχεδόν τετραπλάσιου ποσοστού 86% (32 στους 37) που δήλωσε ότι αισθάνονται αυτά τα συμπτώματα σε άλλα εκτός της γνάθου ή του προσώπου μέρη του σώματος. Παράλληλα είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι με μία μόνο εξαίρεση τα άτομα που δήλωσαν ότι το πρωί που ξυπνούν αισθάνονται μούδιασμα ή έχουν την αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο ή στη γνάθο, ταυτόχρονα είχαν και επώδυνη μάσηση ή/και μειωμένη διάνοιξη στόματος. Επομένως, σε πολύ μεγάλο βαθμό τα συμπτώματα αυτά συνυπάρχουν. Συγκεκριμένα, σε περίπου 90% των περιπτώσεων τα άτομα με πρωινό μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο ή τη γνάθο παρουσιάζουν ταυτόχρονα είτε επώδυνη μάσηση είτε μειωμένη διάνοιξη στόματος ή και τα δύο.



Διάγραμμα 36: Αριθμητική κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις που αφορούσαν ύπαρξη πρωινού μούδιασματος ή αίσθηση κόπωσης σε πρόσωπο/γνάθο ή περιοχές εκτός προσώπου/γνάθου.

29. Επαναλαμβανόμενο οίδημα στην κροταφογναθική διάρθρωση (ΚΓΔ) ή σε άλλες αρθρώσεις του σώματος

Μόνον ένας από τους ασθενείς του δείγματος δήλωσε ότι είχε κατά το τελευταίο χρόνο επαναλαμβανόμενο οίδημα στην πρωτιαία περιοχή, έναντι 26 (από τους 37 ή 70%) που δήλωσαν ότι κατά τον τελευταίο χρόνο είχαν επαναλαμβανόμενο οίδημα σε άλλες, εκτός της ΚΓΔ, αρθρώσεις του σώματος. Επομένως, τα επαναλαμβανόμενα οίδημα στην περιοχή της κροταφογναθικής διάρθρωσης είναι ένα πολύ σπάνιο εύρημα.

Φυσικά καλό είναι να ληφθεί υπόψη πως αφ' ενός λόγω της θέσης της η ΚΓΔ δεν είναι πολύ εύκολο να παρατηρηθεί για τυχόν οίδημα και αφ'ετέρου οι ασθενείς δεν έχουν μάθει να παρατηρούν την άρθρωση αυτή, όπως παρατηρούν τις αρθρώσεις άκρας χειρός κτλ. Επομένως, δεν είναι απίθανο κάποιος ή κάποιοι ασθενείς να είχαν οίδημα και να μην το κατάλαβαν.

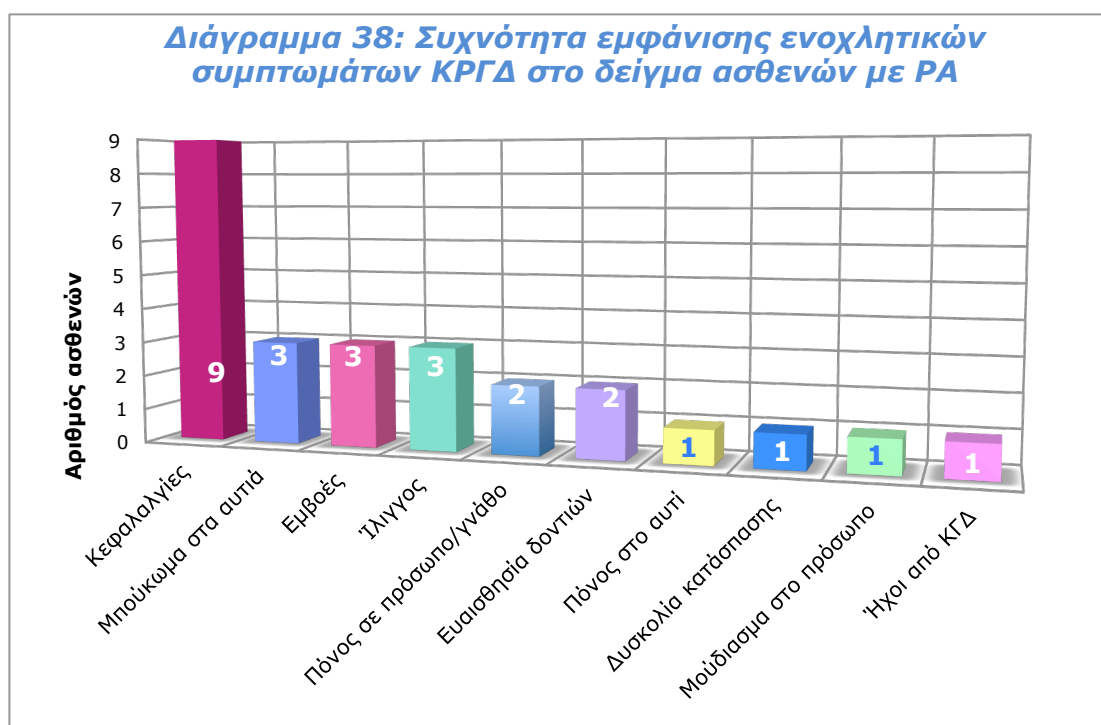
30. Πιο ενοχλητικά συμπτώματα δυσλειτουργίας ΣΣ

Περίπου τα 2/3 των ερωτώμενων (το 62%, δηλαδή 23 στους 37) δήλωσαν ότι είχαν αρκετά ενοχλητικά συμπτώματα δυσλειτουργίας στη στοματογναθική περιοχή (Διάγραμμα 37). Με δύο μόνο εξαιρέσεις, η ενόχληση αυτή άρχισε πάνω από ένα χρόνο πριν. Σε μία περίπτωση η ενόχληση αυτή άρχισε πριν από τρεις μήνες και σε άλλη μία περίπτωση η ενόχληση άρχισε πριν από έξι μήνες. Μεταξύ των ενοχλητικών συμπτωμάτων, μεγάλη συχνότητα εμφανίζουν οι κεφαλαλγίες ως το πιο ενοχλητικό σύμπτωμα ΚΡΓΔ (9 ασθενείς από τους 23). Ακολουθούν σε απόσταση οι ίλιγγοι, το μπούκωμα στα αυτιά, οι εμβοές (από 3 περιπτώσεις) κι η ευαισθησία στα δόντια (2 περιπτώσεις). Το μούδιασμα στο πρόσωπο, οι ήχοι από

την ΚΓΔ, η δυσκολία κατάσπασης, και ο πόνος στο αυτί αναφέρονται αλλά καταγράφονται ως πιο σπάνια ευρήματα. (Διαγράμματα 37 και 38)



Διάγραμμα 37: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους σχετικά με το αν έχουν ενοχλητικά συμπτώματα δυσλειτουργίας. Σε κάθε ημιμόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

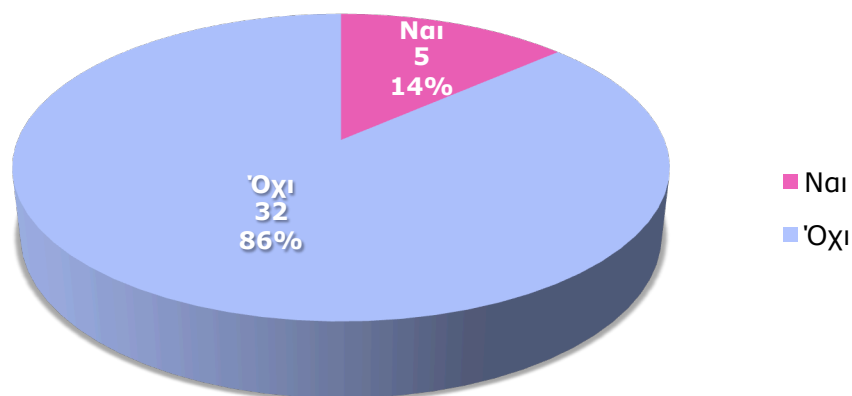


Διάγραμμα 38: Συχνότητα εμφάνισης ενοχλητικών συμπτωμάτων ΚΡΓΔ στους ασθενείς του δείγματος

31. Αλλαγές στη σύγκλειση των δοντιών

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, μόνο 5 ασθενείς (το 14% του δείγματος) δήλωσαν πως είχαν παρατηρήσει συγκεκριμένες αλλαγές στη σύγκλειση των δοντιών τους. Από τους υπόλοιπους 32 ασθενείς, δεν ήταν λίγοι αυτοί που μας είπαν πως δεν είχαν προσέξει ή πως είχαν κάνει αρκετές εξαγωγές και/ή είχαν ολική ανωδοντία και/ή δεν ήταν σίγουροι. (Διάγραμμα 39)

Διάγραμμα 39: Αλλαγές στη σύγκλειση ασθενών με ΡΑ



Διάγραμμα 39: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με την απάντησή τους στην ερώτηση που αφορούσε το εάν είχαν παρατηρήσει αλλαγές στη σύγκλεισή τους. Σε κάθε ημιμόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

32. Ιστορικό θεραπείας ΚΡΓΔ κι αποτελέσματα θεραπείας

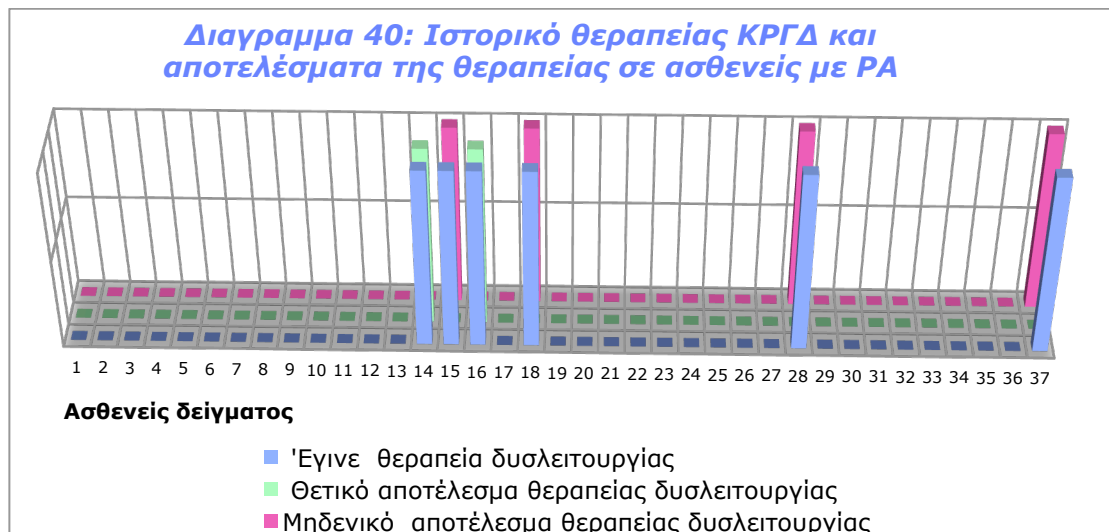
Από τους 37 ασθενείς, μόνο 6 είχαν λάβει θεραπεία για τις ΚΡΓΔ τους, αλλά ακόμα και ανάμεσα στους 6 αυτούς ασθενείς, η θεραπεία που ακολούθησαν ήταν εντελώς διαφορετική, επειδή απευθύνθηκαν σε διαφορετικές ειδικότητες του ιατρικού χώρου.

Το ποσοστό των ασθενών που αναζήτησαν θεραπεία ανέρχεται στο 16% (6 από τους 37 ασθενείς), ενώ το υπόλοιπο 84% (31

ασθενείς) δεν ήξερε καν πως υπήρχε κάποια ειδική θεραπεία που μπορούσε να αναζητήσει. Ένας στους δύο ασθενείς που αναζήτησε θεραπεία, την έκανε σε ιατρό ΩΡΛ (συνολικά 3 ασθενείς, δηλαδή το 50% όσων έλαβαν θεραπεία ή το 8% του δείγματος).

Θετικό αποτέλεσμα στη θεραπεία που ακολούθησαν είχαν μόνο 2 στους 6 ασθενείς, δηλαδή το 33% όσων έλαβαν θεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι 4 ασθενείς, δηλαδή το 67%, δεν είχαν καμία διαφορά, κανένα αποτέλεσμα. Θετικό αποτέλεσμα, δηλαδή βελτίωση των συμπτωμάτων τους είχαν, όπως προαναφέρθηκε, μόνο 2 ασθενείς, ένας που επισκέπτηκε ιατρό ΩΡΛ και ένας που επισκέφτηκε ιατρό άλλης ειδικότητας που όμως δεν ήθελε να αναφέρει.

Το σύνολο των θεραπειών συμπεριλάμβανε επισκέψεις σε ιατρό ΩΡΛ (3 ασθενείς ή 50%), σε ιατρό ειδικότητας που όμως δεν ήθελαν οι ασθενείς να αναφέρουν (2 ασθενείς ή 33%) και φαρμακευτική αντιμετώπιση (ένας ασθενής ή 17%). (Διάγραμμα 40)



Διάγραμμα 40: Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήσεις σχετικές με το εάν οι ασθενείς είχαν αναζητήσει θεραπεία για τις ΚΡΓΔ από τις οποίες υπέφεραν, και με τι αποτέλεσμα, ανά ασθενή του δείγματος. Συγκεκριμένα, στην πρώτη (από μπροστά προς τα πίσω) σειρά στηλών, φαίνεται ποιοί και πόσοι ασθενείς είχαν υποστεί θεραπεία ΚΡΓΔ, ενώ στην δεύτερη φαίνεται πόσοι και ποιοί ασθενείς είχαν θετικό αποτέλεσμα σε αυτή τη θεραπεία. Στην τελευταία σειρά φαίνεται πόσοι και ποιοί ασθενείς είχαν μηδενικό αποτέλεσμα στην εν λόγω θεραπεία.

33. Ιστορικό τραυματισμού στη γνάθο

Από τους 37 ασθενείς του δείγματος, οι 8 (περίπου 1 στους 5, ή το 21,6%) είχαν ιστορικό τραυματισμού στην περιοχή του προσώπου και/ή της γνάθου. (Διάγραμμα 41)



Διάγραμμα 41: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ασθενών σύμφωνα με το εάν δήλωσαν τραυματισμό σε πρόσωπο/γνάθο στο ιστορικό τους. Σε κάθε ημιμόριο αναγράφονται ο αριθμός των ασθενών και το ποσοστό που αντιστοιχεί στον αριθμό αυτό.

5β. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για να απαντηθούν τα ζητούμενα στους σκοπούς της έρευνας αυτής, έγινε συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στις ερωτήσεις του ειδικού ερωτηματολογίου και της διάγνωσης ΚΡΓΔ (ή δυσλειτουργίας του ΣΣ).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε σε συνολικά 12 ερωτήσεις ή υποερωτήσεις, σε 4 από τις οποίες η σημαντική συσχέτιση ήταν θετική και σε 8 αρνητική. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης δυσλειτουργίας, πράγμα που σημαίνει πως οι ερωτήσεις αυτές χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και ίσως, κάποιες από αυτές, διαφορετική διατύπωση.

Ακολουθούν οι ερωτήσεις στις απαντήσεις των οποίων αναζητήθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ.

1. Νιώθετε πόνο στο πρόσωπο, στους κροτάφους σας, στην περιοχή μπροστά από το αυτί ή την γνάθο σας; Αν ναι, που ακριβώς και από πότε;
2. Σε μια κλίμακα από το μηδέν έως το 10 (0-10) όπου το μηδέν είναι καθόλου πόνος και το 10 ο χειρότερος δυνατός πόνος, τι βαθμό θα βάζατε:
 - α. Στην ένταση του πόνου που αισθάνεστε αυτή τη στιγμή στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο σας;
 - β. Στον μέσο όρο της έντασης του πόνου (δηλαδή στο συνήθη πόνο σας) που αισθανθήκατε τους τελευταίους 3 μήνες στο πρόσωπο και / ή τη γνάθο σας;
 - γ. Στον χειρότερο πόνο που αισθανθήκατε στο διάστημα των τελευταίων 3 μηνών στο πρόσωπο και / ή τη γνάθο σας;

3. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε μύς της κεφαλής και του αυχένα; Αν ναι, που και από πότε;
4. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε μύς εκτός κεφαλής και αυχένα; Αν ναι, πού και από πότε;
5. Νιώθετε πόνο, εμβοές, αίσθηση μπουκώματος στα αυτιά ή μειωμένη ακουστική ικανότητα; Αν ναι, τι από αυτά και από πότε;
6. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία στο πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου; Αν ναι, που και από πότε;
7. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε περιοχές του σώματός σας, εκτός από το πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου; Αν ναι, πού και από πότε;
8. Νιώθετε πόνο, ευαισθησία, θερμότητα ή οίδημα στην κροταφογναθική διάρθρωση; Αν ναι, τι από αυτά και από πότε;
9. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία και σε άλλες αρθρώσεις εκτός από την άρθρωση της κροταφογναθικής; Αν ναι, σε ποιές και από πότε;
10. Νιώθετε στεγνό το στόμα σας; Αν ναι, από πότε;
11. Έχετε παρατηρήσει αλλαγές στον τρόπο που κλείνουν τα δόντια σας; Αν ναι, τι αλλαγές και από πότε;
12. Κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου (μάσηση, ομιλία, χάσμημα, κατάποση κτλ) ακούτε ποτέ ήχους μέσα στο αυτί σας από την κροταφογναθική σας διάρθρωση; Αν ναι, από πότε; Αν ναι, οι ήχοι αυτοί είναι σαν: α) κλίκ ή ποπ, β) σαν τρίξιμο παπουτσιών πάνω δε χιόνι ή τον ήχο που κάνουμε όταν τρίβουμε τα μαλλιά μας μεταξύ τους, ή γ) άλλο ήχο (πως θα τον χαρακτηρίζατε;)
13. Σας προκαλεί δυσφορία η μάσηση της τροφής; (Δηλαδή είναι η μάσηση επώδυνη;) Αν ναι, από πότε;
14. Δυσκολεύεστε στην μάσηση της τροφής; (Δηλαδή δεν καταφέρνετε να μασήσετε καλά την τροφή;) Αν ναι, από πότε;
15. Νιώθετε ότι το στόμα σας δεν ανοίγει τόσο όσο παλιότερα; Αν ναι, από πότε;

16. Το πρωί όταν ξυπνάτε, αισθάνεστε μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο ή τη γνάθο σας; Αν ναι, τι και από πότε;
17. Έχει τύχει ποτέ να μην μπορείτε να ανοίξετε το στόμα σας ή να μην μπορείτε να το κλείσετε; Αν ναι, ποιο από τα δύο προβλήματα είχατε; Πότε έγινε για πρώτη φορά; Πόσο συχνά γίνεται;
18. Το πρωί όταν ξυπνάτε, αισθάνεστε μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης σε περιοχές του σώματός σας ΕΚΤΟΣ απ'το πρόσωπο ή τη γνάθο σας; Αν ναι, πού και από πότε;
19. Τον τελευταίο χρόνο είχατε επαναλαμβανόμενο οίδημα στην πρωτιαία περιοχή;
20. Τον τελευταίο χρόνο είχατε επαναλαμβανόμενο οίδημα σε άλλες αρθρώσεις, ΕΚΤΟΣ της κροταφογναθικής σας διάρθρωσης; Αν ναι, σε ποιές;
21. Ποιο από τα συμπτώματα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού (πόνος στο πρόσωπο ή τις γνάθους, πονοκέφαλο, πόνο στις κινήσεις της γνάθου και/ή τη μάσηση, δυσκολία στο άνοιγμα ή το κλείσιμο του στόματος, ήχοι κατά τη λειτουργία της άρθρωσης, ευαισθησία στα δόντια, ίλιγγο, βούισμα ή μπουκωμα στα αυτιά, κτλ) είναι το ποιο ενοχλητικό για εσάς και πότε ξεκίνησε;
22. Λάβατε στο παρελθόν θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων από τη δυσλειτουργία του στοματογναθικού; Αν ναι, πότε; Με τι αποτέλεσμα;
23. Είχατε ποτέ τραυματιστεί στο πρόσωπο και/ή τις γνάθους; Αν ναι, πότε και πώς;
24. Έχετε διαγνωστεί ως πάσχον/πάσχουσα από ρευματοειδή αρθρίτιδα; Αν ναι, από πότε;
25. Εάν πάσχετε από ρευματοειδή αρθρίτιδα:
- Είστε υπό θεραπεία για τη νόσο; Από πότε;
 - Είναι αποτελεσματική;
 - Είναι εξίσου αποτελεσματική στο υπόλοιπο σώμα και στην κροταφογναθική διάρθρωση;

Έτσι:

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι απαντήσεις ως προς την ύπαρξη πόνου σε κάθε μια από τις περιοχές της ερώτησης "Νιώθετε πόνο στο πρόσωπο, στους κροτάφους σας, στην περιοχή μπροστά από το αυτί ή την γνάθο σας; Αν ναι, που ακριβώς και από πότε;", η ερώτηση χωρίστηκε σε υποερωτήματα 1α, 1β, 1γ και 1δ αντίστοιχα. Κανένας ασθενής δεν δήλωσε πως νιώθει πόνο στο πρόσωπο, ενώ οκτώ (8) ασθενείς δήλωσαν πως ένιωθαν πόνο στους κροτάφους, εννέα (9) ασθενείς ένιωθαν πόνο μπροστά από το αυτί και πέντε (5) ένιωθαν πόνο στη γνάθο. Πιο συγκεκριμένα:

Α. Στην υποερώτηση που αφορούσε στην ύπαρξη πόνου στο πρόσωπο όλοι οι ασθενείς απάντησαν, όπως προειπώθηκε, αρνητικά και άρα δεν μπορεί να γίνει υπολογισμός στατιστικής σημαντικότητας.

Β-Γ. Βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** (καθώς οι ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στις ερωτήσεις αυτές και έπασχαν από ΚΡΓΔ ήταν περισσότεροι από τους ασθενείς που απάντησαν θετικά και έπασχαν από ΚΡΓΔ) στις δυο υποερωτήσεις που αφορούσαν :

- ✓ Στην ύπαρξη πόνου στους κροτάφους. Το σύνολο όσων απάντησαν θετικά στην υποερώτηση έπασχαν από ΚΡΓΔ (8 ασθενείς, δηλαδή το 21,6% του δείγματος ή το 32% όσων έπασχαν από ΚΡΓΔ). Από ΚΡΓΔ όμως έπασχαν και πάνω από τους μισούς ασθενείς (17) που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. ($p < 0,017$)
- ✓ Στην ύπαρξη πόνου μπροστά από το αυτί. Το σύνολο όσων απάντησαν θετικά στην υποερώτηση έπασχαν από ΚΡΓΔ (9 ασθενείς, δηλαδή το 24,3% του δείγματος, ή το 32% όσων έπασχαν από ΚΡΓΔ), αλλά και εδώ, ακόμα μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, πάνω από τους μισούς ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, έπασχαν από ΚΡΓΔ επίσης. ($p < 0,027$).

Συνεπώς από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι οι υποερωτήσεις αυτές δεν μπορούν να περιληφθούν σε πιθανό μελλοντικό ερωτηματολόγιο

για τη διάγνωση των ΚΡΓΔ. Πιθανόν, μεταγενέστερη έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες.

Γ. Στην υποερώτηση που αφορά στην ύπαρξη πόνου στη γνάθο, 4 ασθενείς δηλαδή το 80% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση, είχε και δυσλειτουργία, όμως δυσλειτουργία είχαν και περίπου τα 2/3 των ασθενών που απάντησαν αρνητικά (21 ασθενείς). Για αυτήν την υποερώτηση δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

(Ερώτηση 1, Πίνακας 1)

Πίνακας 1: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 1.

	1α. Πόνος στο πρόσωπο		1β. Πόνος στους κροτάφους		1γ. Πόνος μπροστά από το αυτί		1δ. Πόνος στη γνάθο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	0 (0)	25 (100)	8 (32)	17 (68)	9 (36)	16 (64)	4 (16)	21 (84)	25 (100)
Όχι	0 (0)	12 (100)	0 (0)	12 (100)	0 (0)	12 (100)	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
χ^2	-		$p<0,017$		$p<0,027$		MΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, MΣ: μη σημαντική διαφορά

Στην επόμενη ερώτηση οι ασθενείς έπρεπε να χαρακτηρίσουν τον πόνο που αισθάνονταν σε τρεις χρονικές περιόδους στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο. Συγκεκριμένα, η ερώτηση ήταν "Σε μια κλίμακα από το μηδέν έως το 10 (0-10) όπου το μηδέν είναι καθόλου πόνος και το 10 ο χειρότερος δυνατός πόνος, τι βαθμό θα βάζατε: α) Στην ένταση του πόνου που αισθάνεστε αυτή τη στιγμή στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο σας, β) Στον μέσο όρο της έντασης του πόνου (δηλαδή στο συνήθη πόνο σας) που αισθανθήκατε τους τελευταίους 3 μήνες στο πρόσωπο

και / ή τη γνάθο σας, και γ) Στον χειρότερο πόνο που αισθανθήκατε στο διάστημα των τελευταίων 3 μηνών στο πρόσωπο και / ή τη γνάθο σας;”.

Προς διευκόλυνση της στατιστικής ανάλυσης, οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν ως εξής: 0 καθόλου πόνος, 1-3 ενόχληση, 4-7 μέτριος πόνος και 8-10 σοβαρός πόνος. Αναλυτικότερα:

2α. Σε ό,τι αφορά στην ένταση του πόνου που αισθάνονταν οι ασθενείς *τώρα (δηλαδή τη συγκεκριμένη στιγμή)*, είκοσι εννέα (29) ασθενείς μας απάντησαν πως δεν ένιωθαν καθόλου πόνο, έξι (6) ένιωθαν ενόχληση και δύο (2) ένιωθαν μέτριο πόνο, ενώ κανένας ασθενής δεν αισθανόταν σοβαρό πόνο. Στην υποερώτηση όπου οι ασθενείς δήλωσαν μηδενική ύπαρξη πόνου τώρα σε πρόσωπο ή γνάθο, δυσλειτουργία είχαν οι 17 από τους 29 ασθενείς, αλλά και το σύνολο όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Για την υποερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p < 0,027$) και άρα δεν μπορεί να περιληφθεί σε μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός αν περαιτέρω έρευνα μεγαλύτερου δείγματος βγάλει διαφορετικό αποτέλεσμα. Στις υποερωτήσεις που αφορούν στην διαβάθμιση του υπάρχοντος πόνου ως ενόχληση και μέτριο πόνο, παρότι όσοι απάντησαν θετικά είχαν και ΚΡΓΔ, ΚΡΓΔ είχαν και περίπου τα 2/3 των ασθενών που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, και δε βρέθηκε συσχέτιση, οπότε οι υποερωτήσεις αυτές χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Στην υποερώτηση που αφορά στην ύπαρξη σοβαρού πόνου τώρα σε πρόσωπο ή γνάθο, το σύνολο των ασθενών απάντησε αρνητικά και επομένως δεν μπορεί να υπολογιστεί στατιστική σημαντικότητα, γιατί δεν μπορεί να γίνει κάποια συσχέτιση. (Ερώτηση 2α, Πίνακας 2)

Πίνακας 2: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 2α.

	2αα. Καθόλου πόνος τώρα σε πρόσωπο/γνάθο		2αβ. Ενόχληση τώρα σε πρόσωπο/γνάθο		2αγ. Μέτριος πόνος τώρα σε πρόσωπο/γνάθο		2αδ. Σοβαρός πόνος τώρα σε πρόσωπο/γνάθο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	17 (68)	8 (32)	6 (24)	19 (76)	2 (8)	23 (92)	0 (0)	25 (100)	25 (100)
Όχι	12 (100)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	0 (0)	12 (100)	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	$p < 0,027$		ΜΣ		ΜΣ		-		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

2β. Συμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών, ο μέσος όρος έντασης του πόνου που αισθάνονταν το τελευταίο τρίμηνο ήταν: καθόλου για είκοσι (20) ασθενείς, ενόχληση για έξι (6) ασθενείς, μέτριος πόνος για οκτώ (8) και σοβαρός πόνος για τρεις (3). Αναλυτικότερα:

- ✓ Στην υποερώτηση που αφορούσε στην μη ύπαρξη πόνου το τελευταίο τρίμηνο σε πρόσωπο γνάθο, σχεδόν οι μισοί από όσους απάντησαν θετικά είχαν και ΚΡΓΔ, ενώ ΚΡΓΔ είχε και σχεδόν το σύνολο όσων απάντησαν αρνητικά. Για την υποερώτηση αυτή βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p < 0,001$) και άρα μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο.
- ✓ Για τις υπόλοιπες υποερωτήσεις που αφορούν στη διαβάθμιση του υπάρχοντος πόνου ως ενόχληση, μέτριου πόνου ή σοβαρού πόνου, παρότι σχεδόν το σύνολο όσων απαντούσαν θετικά είχε και ΚΡΓΔ, συνολικά όσοι απαντούσαν θετικά ήταν λίγοι (από

σχεδόν 1-20% του δείγματος) και δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση, οπότε χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 2β, Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 2β.

	2βα. Καθόλου πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο		2ββ. Ενόχληση ο μέσος όρος έντασης πόνου τελευταίου 3μήνου σε πρόσωπο/γνάθο		2βγ. Μέτριος πόνος ο μέσος όρος έντασης πόνου τελευταίου 3μήνου σε πρόσωπο/γνάθο		2βδ. Σοβαρός πόνος ο μέσος όρος έντασης πόνου τελευταίου 3μήνου σε πρόσωπο/γνάθο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	9 (36)	16 (64)	6 (24)	19 (76)	7 (28)	18 (72)	3 (12)	22 (88)	25 (100)
Όχι	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)	12 (100)	1 (8,3)	11 (91,7)	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	$p < 0,001$		ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

2γ. Τέλος, τον εντονότερο πόνο που αισθάνθηκαν στην περιοχή τον τελευταίο τρίμηνο βαθμολόγησαν: ως καθόλου πόνο είκοσι (20) ασθενείς, ως ενόχληση τρεις (3) ασθενείς, ως μέτριο πόνο τρεις (3) ασθενείς και ως σοβαρό πόνο, έντεκα (11) ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Στην υποερώτηση που αφορούσε στην μη ύπαρξη πόνου το τελευταίο τρίμηνο σε πρόσωπο ή γνάθο, σχεδόν οι μισοί από όσους απάντησαν θετικά είχαν και ΚΡΓΔ, ενώ δυσλειτουργία είχε και σχεδόν το σύνολο όσων απάντησαν αρνητικά. Για την υποερώτηση αυτή βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p < 0,001$), καθώς σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (και άρα ένιωθαν πόνο) έπασχαν από ΚΡΓΔ, σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά και έπασχαν από ΚΡΓΔ, και

άρα η υποερώτηση μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο.

- ✓ Στις υποερωτήσεις που αφορούσαν στην ύπαρξη ενόχλησης και μέτριου πόνου ως τον χειρότερο πόνο του τελευταίου τριμήνου σε πρόσωπο και γνάθο, δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση και γι' αυτό χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.
- ✓ Στην υποερώτηση που αφορούσε στην ύπαρξη σοβαρού πόνου ως τον χειρότερο πόνο του τελευταίου τριμήνου σε πρόσωπο και γνάθο, περίπου το 30% του συνόλου των ασθενών απάντησε θετικά (11 ασθενείς) και όλοι τους έπασχαν από ΚΡΓΔ, ενώ ΚΡΓΔ είχαν και σχεδόν οι μισοί από όσους απάντησαν αρνητικά. Εδώ βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση δυσλειτουργίας** ($p < 0,006$), καθώς ΚΡΓΔ παρουσίαζε συνολικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που είχε απαντήσει αρνητικά στην ερώτηση σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν απαντήσει θετικά. Επομένως η υποερώτηση δεν μπορεί να περιληφθεί σε μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός αν περαιτέρω έρευνα μεγαλύτερου δείγματος δείξει διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερώτηση 2γ, Πίνακας 4)

Πίνακας 4: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 2γ.

	2γα. Καθόλου πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο		2γβ. Ενόχληση ο χειρότερος πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο		2γγ. Μέτριος πόνος ο χειρότερος πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο		2γδ. Σοβαρός πόνος ο χειρότερος πόνος το τελευταίο 3μηνο σε πρόσωπο/γνάθο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	9 (36)	16 (64)	3 (12)	22 (88)	2 (8)	23 (92)	11 (44)	14 (56)	25 (100)
Όχι	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)	12 (100)	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	$p < 0,001$		ΜΣ		ΜΣ		$p < 0,006$		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Ερωτώμενοι αν ένιωθαν πόνο σε μυς κεφαλής και αυχένα, θετικά απάντησαν 30 (τριάντα) ασθενείς, από τους οποίους οι 22 είχαν ΚΡΓΔ, όπως και οι 3 από τους 7 που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση και ύπαρξης ΚΡΓΔ, και έτσι η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 3, Πίνακας 5)

Πίνακας 5: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 3.

	3. Πόνος / ευαισθησία στους μυς κεφαλής/αυχένα		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	22 (88)	3 (12)	25 (100)
Όχι	8 (67)	4 (33)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Επίσης μεγάλος [αν και λίγο μικρότερος, δηλαδή είκοσι επτά (27) ασθενείς] ήταν ο αριθμός των ασθενών που απάντησαν θετικά στην ερώτηση που αφορούσε στην ύπαρξη πόνου ή ευαισθησίας σε μύες εκτός κεφαλής και αυχένα, με 20 από τους 27 ασθενείς που απάντησαν θετικά να έχουν και ΚΡΓΔ, όπως και οι μισοί (5) από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά. Ούτε γι'αυτή την ερώτηση βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ απαντήσεων και ύπαρξης ΚΡΓΔ, και επομένως και αυτή η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 4, Πίνακας 6)

Πίνακας 6: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 4.

	4. Πόνος ή ευαισθησία σε μυς εκτός κεφαλής και αυχένα		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	20 (80)	5 (20)	25 (100)
Όχι	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Πόνο, εμβοές, αίσθημα μπουκώματος στα αυτιά ή μειωμένη ακουστική ικανότητα, δήλωσαν είκοσι πέντε (25) ασθενείς. Από αυτούς, τα $\frac{3}{4}$ περίπου (οι 18) είχαν και ΚΡΓΔ, όπως είχαν και οι περισσότεροι από τους μισούς (7 από τους 12) ασθενείς που απάντησαν αρνητικά. Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ απαντήσεων στην ερώτηση και ύπαρξης ΚΡΓΔ και η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 5, Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 5.

	5. Πόνος, εμβοές, αίσθηση μπουκώματος στα αυτιά, μειωμένη ακουστική ικανότητα;		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	18 (72)	7 (28)	25 (100)
Όχι	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Πόνο ή ευαισθησία στο πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου έنيωθαν τέσσερις (4) ασθενείς, το σύνολο των οποίων έπασχε και από ΚΡΓΔ, όπως έπασχαν από ΚΡΓΔ σχεδόν τα 2/3 όσων απάντησαν αρνητικά (21 από τους 33). Και αυτή ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης καθώς δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ. (Ερώτηση 6, Πίνακας 8)

Πίνακας 8: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 6.

	6. Πόνος/ευαισθησία σε πρόσωπο/κεφάλι πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	4 (16)	21 (84)	25 (100)
Όχι	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Πόνο ή ευαισθησία σε περιοχές του σώματός τους εκτός από το πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου έنيωθαν είκοσι (20) ασθενείς. Από αυτούς, το 75% έπασχε και από ΚΡΓΔ, όπως και το 60% περίπου όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ ύπαρξης ΚΡΓΔ και των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση αυτή και επομένως, και αυτή η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 7, πίνακας 9).

Πίνακας 9: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 7.

	7. Πόνος/ευαισθησία σε περιοχές του σώματός σας εκτός από πρόσωπο/κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	15 (60)	10 (40)	25 (100)
Όχι	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
χ^2	MΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, MΣ: μη σημαντική διαφορά

Η επόμενη ερώτηση για τις απαντήσεις της οποίας βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ ($p < 0,049$) ήταν εκείνη που αναζητούσε την ύπαρξη πόνου και/ή ευαισθησίας και/ή θερμότητας και/ή οιδήματος στην ΚΓΔ (Ερώτηση 8). Έντεκα (11) ασθενείς απάντησαν θετικά, με έναν να δηλώνει οίδημα και θερμότητα, έναν πόνο και θερμότητα, έναν όλα μαζί και τους υπόλοιπους οκτώ να δηλώνουν πόνο ή ευαισθησία. Από τους 11 ασθενείς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση, όλοι πλην ενός (δηλαδή το 91% όσων απάντησαν θετικά) είχαν και ΚΡΓΔ, όπως είχε το 58% (15 από τους 26 ασθενείς) όσων απάντησαν αρνητικά. Η **σημαντική συσχέτιση ήταν αρνητική**, αφού μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που απάντησαν αρνητικά είχαν ΚΡΓΔ από τον αριθμό ασθενών που απάντησαν θετικά και είχαν ΚΡΓΔ, κι αυτό σημαίνει πως η ερώτηση αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν σε μελλοντική έρευνα μεγαλύτερου δείγματος προκύψουν διαφορετικά αποτελέσματα. (Ερώτηση 8, Πίνακας 10)

Πίνακας 10: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 8.

	8. Πόνος/ευαισθησία/θερμότητα/οίδημα στην ΚΓΔ		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	10 (40)	15 (60)	25 (100)
Όχι	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
χ^2	$p < 0,049$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, $M\pm$: μη σημαντική διαφορά

Σε αντίστοιχη ερώτηση που αφορούσε πόνο ή ευαισθησία αλλά σε άλλες αρθρώσεις, εκτός από την ΚΓΔ, θετικά απάντησαν τριάντα πέντε ασθενείς, σχεδόν το σύνολο του δείγματος. Από αυτούς, το 71% (25 στους 35 ασθενείς) έπασχε και από δυσλειτουργία, ενώ κανείς από τους δυο ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση δεν έπασχε από δυσλειτουργία. Εδώ βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και ΚΡΓΔ** ($p < 0,036$), καθώς μόνο οι ασθενείς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση βρέθηκαν με δυσλειτουργία, άρα η ερώτηση μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο. (Ερώτηση 9, Πίνακας 11)

Πίνακας 11: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 9.

	9. Πόνος/ευαισθησία σε αρθρώσεις εκτός της ΚΓΔ		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	25 (100)	0 (0)	25 (100)
Όχι	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (100)
χ^2	$p < 0,036$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, $M\pm$: μη σημαντική διαφορά

Το ίδιο ισχύει και για την επόμενη ερώτηση (ερώτηση 10) στην οποία οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν εάν νιώθουν το στόμα τους στεγνό (εάν έχουν ξηροστομία). Είκοσι ένας (21) ασθενείς δήλωσαν πως αισθάνονταν στεγνό το στόμα τους. Από τους 21 που απάντησαν θετικά, το 81% είχε και ΚΡΓΔ (17 ασθενείς). Από τους 16 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, ακριβώς οι μισοί έπασχαν από ΚΡΓΔ. Οι απαντήσεις των ασθενών βρέθηκαν και εδώ να έχουν **θετική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ**, με $p < 0,046$, αφού σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση σε σχέση με όσους απάντησαν αρνητικά είχαν ΚΡΓΔ, κι επομένως η ερώτηση μπορεί να συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο. (Ερώτηση 10, Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 10.

	10. Στεγνό στόμα (ξηροστομία)		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	17 (68)	8 (32)	25 (100)
Όχι	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100)
χ^2	$p < 0,046$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Αλλαγές στη σύγκλειση των δοντιών τους είχαν παρατηρήσει πέντε (5) ασθενείς. Από τους 5 αυτούς ασθενείς, οι 3, δηλαδή το 60%, είχε και ΚΡΓΔ, όπως επίσης είχαν ΚΡΓΔ και 22 από τους 32 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (το 69% όσων απάντησαν αρνητικά). Καμία συσχέτιση δε βρέθηκε μεταξύ των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή και ύπαρξης ΚΡΓΔ, και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω ανάλυσης. (Ερώτηση 11, Πίνακας 13)

Πίνακας 13: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 11.

	11. Αλλαγές στη σύγκλειση		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	3 (12)	22 (88)	25 (100)
Όχι	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Όταν ερωτήθηκαν αν ακούν ήχους μέσα στο αυτί τους απ' την ΚΓΔ κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου (μάσηση, ομιλία, χάσμημα, κατάποση κτλ), θετικά απάντησαν δέκα εννέα (19) ασθενείς, από τους οποίους δώδεκα (12) ασθενείς χαρακτήρισαν τον ήχο που άκουγαν ως "κλικ" ή "ποπ", οκτώ (8) ασθενείς τον χαρακτήρισαν ως κριγμώδη και ένας (1) ασθενής ως "άλλο". Να σημειωθεί πως ο ασθενής αυτός, είχε και ήχο "κλικ". Θα λέγαμε λοιπόν πως τα ποσοστά όσων άκουγαν ήχους ήταν ως εξής: περίπου 60% των ασθενών άκουγαν κλικινγκ και 40% κριγμώδεις ήχους. Αναλυτικότερα:

- ✓ Το 79% όσων άκουγαν ήχους (οποιοδήποτε τύπου) είχαν και ΚΡΓΔ, το ίδιο και το 56% όσων δεν άκουγαν καθόλου ήχους. Δε βρέθηκε καμία συχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ, άρα η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.
- ✓ Το 83% όσων είχαν κλικινγκ και το 60% όσων δεν είχαν καθόλου ήχους ή είχαν ήχους άλλου τύπου, είχαν ΚΡΓΔ. Όπως ήταν αναμενόμενο, καθώς το δείγμα εδώ είναι ακόμα μικρότερο, δε βρέθηκε καμία συχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ, άρα η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

- ✓ Το 75% όσων είχαν κριγμώδεις ήχους και το 66% όσων δεν είχαν καθόλου ήχους ή είχαν ήχους άλλου τύπου, είχαν ΚΡΓΔ. Ομοίως κι εδώ, όπως ήταν αναμενόμενο, καθώς το δείγμα είναι ακόμα μικρότερο, δε βρέθηκε καμία συχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ, άρα η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.
- ✓ Τέλος, ο ένας ασθενής που είχε ήχο άλλου τύπου (παράλληλα με το κλίκινγκ) είχε και ΚΡΓΔ, όπως και το 67% των υπολοίπων ασθενών. Ούτε εδώ βρέθηκε κάποια συχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ, άρα και ετούτη η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

(Ερώτηση 12, Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 12.

	12. ΌΛΟΙ οι ήχοι		12α. Ήχος κλικ/ποπ		12β. Κριγμώδεις ήχοι		12γ. Άλλοι ήχοι		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	15 (60)	10 (40)	10 (40)	15 (60)	6 (24)	19 (76)	1 (4)	24 (96)	25 (100)
Όχι	4 (33,3)	8 (66,7)	2 (16,7)	10 (83,3)	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Από το σύνολο του δείγματος, δέκα (10) ασθενείς δήλωσαν πως είχαν δυσφορία κατά την μάσηση της τροφής (επώδυνη μάσηση) και από αυτούς οι 9 (το 90% όσων απάντησαν θετικά, αλλά το 36% όσων είχαν ΚΡΓΔ) είχαν και ΚΡΓΔ. Από τους 27 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, το 60% είχε επίσης ΚΡΓΔ. Για την ερώτηση αυτή δεν προέκυψε συχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης ΚΡΓΔ και επομένως, η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 13, Πίνακας 15)

Πίνακας 15: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 13.

	13. Προσκαλλεί δυσφορία η μάσηση της τροφής;		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	9 (36)	16 (64)	25 (100)
Όχι	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Ερωτώμενοι εαν δυσκολεύονταν στη μάσηση της τροφής, τρεις (3) ασθενείς δήλωσαν πως δυσκολεύονταν. (Οι τρεις αυτοί ασθενείς είχαν δηλώσει πως είχαν και επώδυνη μάσηση.) Το σύνολο των ασθενών αυτών είχε και ΚΡΓΔ (100% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και 12% όσων είχαν ΚΡΓΔ). Δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση για την ερώτηση αυτή και επομένως και η ερώτηση αυτή χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 14, Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 14.

	14. Δυσκολευεστε στη μάσηση ης τροφής;		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	3 (12)	22 (88)	25 (100)
Όχι	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Ερωτώμενοι εαν είχαν μειωμένη κατάσπαση (ή διάνοιξη), θετικά απάντησαν δέκα (10) ασθενείς, από τους οποίους οι 8 είχαν ΚΡΓΔ (το 80% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και το 32% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 17 είχαν ΚΡΓΔ (63% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση και 68% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση για αυτή την ερώτηση και επομένως, και αυτή η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 15, Πίνακας 17)

Πίνακας 17: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 15.

	15. Νιώθετε ότι το στόμα σας δεν ανοίγει τόσο όσο παλιότερα;		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	8 (32)	17 (68)	25 (100)
Όχι	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Σημαντική συσχέτιση μεταξύ διάγνωσης ΚΡΓΔ και απαντήσεων σε ερώτηση του ειδικού ερωτηματολογίου βρέθηκε, σε ακόμα τρεις ερωτήσεις, και ήταν και για τις τρεις, αρνητική, με αποτέλεσμα καμία να μην μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν σε έρευνα μεγαλύτερου δείγματος προκύψουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Σε μια από τις ερωτήσεις αυτές, οι ασθενείς καλούνταν να απαντήσουν εαν ένιωθαν μούδιασμα/κόπωση σε πρόσωπο και/ή γνάθο το πρωί κατά την αφύπνιση. Οκτώ (8) ασθενείς απάντησαν θετικά, και έπασχαν στο σύνολό τους και από ΚΡΓΔ (δηλαδή το

100% όσων απάντησαν θετικά, ή το 32% όσων είχαν ΚΡΓΔ). ΚΡΓΔ εμφάνιζε και ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Συγκεκριμένα 17 ασθενείς (δηλαδή το 59% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση και το 68% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Στην ερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** (αφού υπολογίστηκε $p < 0,027$, αλλά ΚΡΓΔ εμφάνιζε σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που απάντησαν αρνητικά σε σχέση με τον αριθμό που απάντησαν θετικά στην ερώτηση) και επομένως δεν μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερώτηση 16, Πίνακας 18)

Πίνακας 18: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 16.

	16. Μούδιασμα/κόπωση σε πρόσωπο/γνάθο το πρωί κατά την αφύπνιση		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	8 (32)	17 (68)	25 (100)
Όχι	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	$p < 0,027$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, $M\pm$: μη σημαντική διαφορά

Στο πρώτο μέρος της επόμενης ερώτησης, οι ασθενείς απαντούσαν εάν είχαν ιστορικό ανικανότητας πλήρους κατάσπασης /ανάσπασης της κάτω γνάθου. Θετικά απάντησαν έντεκα (11) ασθενείς, περίπου οι μισοί από τους οποίους (6 από τους 11) είχαν απαντήσει θετικά και στην ύπαρξη μειωμένης κατάσπασης. Οι 10 από τους 11 ασθενείς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση (91% όσων απάντησαν θετικά και 40% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος), είχαν και ΚΡΓΔ, κάτι που ίσχυε όμως και για 15 από τους

ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (58% όσων απάντησαν αρνητικά και 60% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Η υποερώτηση αυτή είχε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ**, καθώς έπασχαν από ΚΡΓΔ περισσότεροι ασθενείς που είχαν απαντήσει αρνητικά στην υποερώτηση παρά ασθενείς που είχαν απαντήσει θετικά ($p<0,049$). Επομένως, η υποερώτηση δεν μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερώτηση 17α, Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 17α.

	17α. Ανικανότητα πλήρους κατάσπασης /ανάσπασης		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	10 (40)	15 (60)	25 (100)
Όχι	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)
χ^2	$p<0,049$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Εφ'όσων είχαν ιστορικό αδυναμίας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης, οι ασθενείς καλούνταν να απαντήσουν εαν αυτό είχε συμβεί μόνο μια φορά ή συνέβαινε κατ'επανάληψη. Από τους 11 ασθενείς με ιστορικό αδυναμίας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης, στους 6 είχε συμβεί μία μόνο φορά ενώ στους 5 κατ'επανάληψη. ΚΡΓΔ εμφάνιζε το σύνολο των ασθενών στους οποίους η ανικανότητα πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης είχε συμβεί μόνο μια φορά (6 ασθενείς, δηλαδή το 100% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και το 24% όσων είχαν δυσλειτουργία). ΚΡΓΔ όμως εμφάνιζε και το 80% όσων είχαν ιστορικό κατ'επανάληψη αδυναμίας πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης (4 στους 5 ασθενείς), όπως και

το 70% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Για τις υποερωτήσεις που αφορούσαν στην συχνότητα ανικανότητας πλήρους ανάσπασης/κατάσπασης της κάτω γνάθου, δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση και επομένως χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 17β-γ, Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και της συχνότητας αδυναμίας πλήρους κατάσπασης/ανάσπασης (ερώτηση 17β-γ).

	17β. Ανικανότητα πλήρους κατάσπασης /ανάσπασης ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ		17γ. Ανικανότητα πλήρους κατάσπασης /ανάσπασης κατ'επανάληψη		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	6 (60)	4 (40)	4 (40)	6 (60)	10 (100)
Όχι	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)
χ^2	ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Πρωινό μούδιασμα σε περιοχές του σώματος εκτός από το πρόσωπο και τη γνάθο είχαν συνολικά τριάντα δυο (32) ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων και των οκτώ ασθενών που ένιωθαν μούδιασμα το πρωί σε πρόσωπο και γνάθο. Από αυτούς, οι 22 έπασχαν και από ΚΡΓΔ (69% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και το 88% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Επίσης ΚΡΓΔ είχαν και 3 από τους 5 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (60% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση και 12% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Δε βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της ερώτησης και της εμφάνισης ΚΡΓΔ και επομένως αυτή η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 18, Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 18.

	18. Πρωίνο μούδιασμα/κόπωση στο σώμα (εκτός από πρόσωπο/γνάθο)		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	22 (88)	3 (12)	25 (100)
Όχι	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Ένας (1) ασθενής παρατήρησε ότι είχε επαναλαμβανόμενο πρωτταίο οίδημα τον τελευταίο χρόνο, και αυτός ο ασθενής έπασχε και από ΚΡΓΔ (100% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και 4% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). ΚΡΓΔ είχαν και 24 από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (67% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση και 96% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης καθώς δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων και της εμφάνισης ΚΡΓΔ. (Ερώτηση 19, Πίνακας 22)

Πίνακας 22: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 19.

	19. Επαναλαμβανόμενο οίδημα στην πρωτταία περιοχή τον τελευταίο χρόνο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	1 (4)	24 (96)	25 (100)
Όχι	0 (0)	12 (100)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Είκοσι έξι (26) ασθενείς παρατήρησαν επαναλαμβανόμενο οίδημα τον τελευταίο χρόνο, εκτός της ΚΓΔ. Από αυτούς, οι 17 (65% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση και το 68% όσων είχαν δυσλειτουργία στο σύνολο του δείγματος), είχαν και ΚΡΓΔ, όπως επίσης και 8 από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (73% όσων απάντησαν αρνητικά ή 32% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Ούτε στην ερώτηση αυτή βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντησεων και της εμφάνισης ΚΡΓΔ και γι'αυτό η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 20, Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 20.

	20. Επαναλαμβανόμενο οίδημα αρθρώσεων εκτός ΚΓΔ τον τελευταίο χρόνο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	17 (68)	8 (32)	25 (100)
Όχι	9 (75)	3 (25)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Στην ερώτηση που αναφερόταν στο ενοχλητικότερο σύμπτωμα δυσλειτουργίας, είκοσι τρεις (23) ασθενείς έδωσαν συγκεκριμένη απάντηση, ενώ δυο (2) από αυτούς δήλωσαν περισσότερα από ένα συμπτώματα. Αναλυτικότερα, ως ενοχλητικότερο σύμπτωμα:

- ✓ Εννέα (9) ασθενείς δήλωσαν τις κεφαλαλγίες,
- ✓ Τρεις (3) ασθενείς δήλωσαν τον ίλιγγο,
- ✓ Τρεις (3) ασθενείς τις εμβοές,
- ✓ Τρεις (3) το μπούκωμα στα αυτιά,
- ✓ Δύο (2) ασθενείς τον πόνο σε πρόσωπο, γνάθο, ΚΓΔ, αυτί,
- ✓ Δύο (2) την ευαισθησία στα δόντια,

- ✓ Ένας (1) ασθενής τους ήχους από την ΚΓΔ,
- ✓ Ένας (1) ασθενής τη δυσκολία κατάποσης, και
- ✓ Ένας (1) ασθενής το μούδιασμα στο πρόσωπο.

Γενικά, από τους 23 ασθενείς που ανέφεραν ενοχλητικά συμπτώματα ΚΡΓΔ, οι 17 είχαν και ΚΡΓΔ (74% όσων απάντησαν θετικά ή 68% όσων είχαν ΚΡΓΔ). Από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, οι 8 είχαν επίσης ΚΡΓΔ (δηλαδή το 57% ή το 32% όσων είχαν ΚΡΓΔ). Για την ερώτηση αυτή δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και της ύπαρξης δυσλειτουργίας και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 21α, Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 21α.

	21α. Ύπαρξη ενοχλητικού συμπτώματος ΚΡΓΔ		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	17 (68)	8 (32)	25 (100)
Όχι	6 (50)	6 (50)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Σε ότι αφορά στη διάρκεια του ενοχλητικού αυτού συμπτώματος ΚΡΓΔ, είκοσι ένας ασθενείς (21) δήλωσαν πως το έχουν πάνω από χρόνο, ένας (1) ασθενής 3-6 μήνες και ένας (1) ασθενής έως τρεις μήνες. Σε καμία από τις τρεις αυτές υποερωτήσεις δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση, με αποτέλεσμα να χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 21β-δ, Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και της διάρκειας του ενοχλητικού συμπτώματος (ερώτηση 21β-δ).

	21β. Διάρκεια ενοχλητικού συμπτώματος ως 3 μήνες		21γ. Διάρκεια ενοχλητικού συμπτώματος 3-6 μήνες		21δ. Διάρκεια ενοχλητικού συμπτώματος >1 χρόνο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	1 (6)	16 (94)	0 (0)	17 (100)	16 (94)	1 (6)	17 (100)
Όχι	0 (0)	6 (100)	1 (16,6)	5 (83,3)	5 (83,3)	1 (16,6)	6 (100)
χ^2	ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Στο σύνολο των ασθενών μόνο έξι ασθενείς (6) αναζήτησαν θεραπεία για τις ΚΡΓΔ τους, και από αυτούς, θετικό αποτέλεσμα στη θεραπεία είχαν μόνο οι δύο. Κανένας από όσους αναζήτησαν θεραπεία δεν απευθύνθηκε σε γναθολόγο, καθώς κανείς δεν ήξερε ότι υπάρχει τέτοια ειδικευση. Από τους 6 ασθενείς που είχαν αναζητήσει θεραπεία, οι 4 έπασχαν από ΚΡΓΔ κατά την εξέταση (67% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση ή 16% όσων είχαν δυσλειτουργία στο σύνολο του δείγματος), όπως και οι 21 από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (68% όσων απάντησαν θετικά στην ερώτηση ή 84% όσων είχαν δυσλειτουργία στο σύνολο του δείγματος). Για την υποερώτηση αυτή δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση κι επομένως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 22α, Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 22α

	22α. Έγινε θεραπεία δυσλειτουργίας		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	4 (16)	21 (84)	25 (100)
Όχι	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Από τους 37 ασθενείς του δείγματος, οι 31 δεν αναζήτησαν θεραπεία για ΚΡΓΔ. Εντύπωση προκαλλεί, επομένως, το γεγονός πως το 68% όσων δεν αναζήτησαν θεραπεία έπασχαν από ΚΡΓΔ και μάλιστα αποτελούσαν το 84% όσων έπασχαν από δυσλειτουργία στο σύνολο του δείγματος. Θετικό αποτέλεσμα στην θεραπεία είχαν δύο ασθενείς (το 33% όσων έκαναν θεραπεία). Μη ανταπόκριση στη θεραπεία δήλωσαν 4 ασθενείς (67% όσων έκαναν θεραπεία), από τους οποίους οι μισοί βρέθηκαν με ΚΡΓΔ. Δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων στην υποερώτηση αυτή και στην ύπαρξη δυσλειτουργίας και άρα η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 22β, Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 22β

	22β. Η θεραπεία της δυσλειτουργίας είχε θετικό αποτέλεσμα			Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Δεν έγινε θεραπεία N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	21 (84)	2 (8)	2 (8)	25 (100)
Όχι	10 (83,3)	0 (0)	2 (16,7)	12 (100)
χ^2	MΣ			

χ^2 : chi-square test, p : p value, MΣ: μη σημαντική διαφορά

Εξετάστηκε και η πιθανότητα συσχέτισης υπολογίζοντας μόνο τους έξι ασθενείς που είχαν κάνει θεραπεία, αλλά δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση. (Ερώτηση 22β, Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και του αποτελέσματος της θεραπείας, της ερώτησης 22β

	22β. Αποτέλεσμα θεραπείας δυσλειτουργίας		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	2 (50)	2 (50)	4 (100)
Όχι	0 (0)	2 (100)	2 (100)
χ^2	ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Τέλος, οκτώ (8) από τους τριάντα επτά (37) ασθενείς είχαν ιστορικό τραυματισμού στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο. Από αυτούς, το 37,5% έπασχε και από ΚΡΓΔ (δηλαδή το 12% όσων είχαν ΚΡΓΔ). Από ΚΡΓΔ όμως έπασχε 76% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (ποσοστό που αντιστοιχεί στο 88% όσων είχαν ΚΡΓΔ στο σύνολο του δείγματος). Για την ερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση** ($p < 0,04$) μεταξύ των απαντήσεων και της εμφάνισης ΚΡΓΔ και ως εκ τούτου η ερώτηση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερώτηση 23, Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 23.

	23. Ιστορικό τραυματισμού σε πρόσωπο/γνάθο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	3 (12)	22 (88)	25 (100)
Όχι	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
χ^2	$p < 0,04$		

χ^2 : chi-square test, p : p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Όλοι οι ασθενείς του δείγματος έπασχαν μόνο από ΡΑ. Εφόσον η υποερώτηση για το αν ο ασθενής έπασχε μόνο από ΡΑ είχε θετική απάντηση από όλους τους ασθενείς, δεν μπορεί να υπολογιστεί για αυτή καμία συσχέτιση. Από τους 37 ασθενείς, ένας (1) μόνο έπασχε από ΡΑ λιγότερο από 2 έτη και δεν έπασχε από ΚΡΓΔ. Από τους υπόλοιπους 36 ασθενείς που έπασχαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, 25 έπασχαν και από ΚΡΓΔ. Από ΡΑ έπασχαν 2 έως 6 έτη 7 ασθενείς, 3 από τους οποίους (περίπου οι μισοί) εμφάνιζαν και ΚΡΓΔ. Άλλοι 7 ασθενείς έπασχαν από ΡΑ 6-10 έτη, 5 από τους οποίους (περίπου τα 7/10) εμφάνιζαν και ΚΡΓΔ. Τέλος, περισσότερα από 10 έτη έπασχαν από ΡΑ 22 ασθενείς, οι 17 από τους οποίους (πάνω από 3/4) εμφάνιζαν και ΚΡΓΔ. Σε ό,τι αφορά στις απαντήσεις των υποερωτήσεων σχετικά με την χρονική διάρκεια της νόσου (24β-ε), καμία υποερώτηση δεν ήταν στατιστικά σημαντική. (Ερώτηση 24, Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 24.

	24α. Μόνο ΡΑ Διάγνωση		24β. ΡΑ <2 έτη		24γ. ΡΑ 2-6 έτη		24δ. ΡΑ 6-10 έτη		24ε. ΡΑ >10 έτη		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC - TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	25 (100)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	3 (12)	22 (88)	5 (20)	20 (80)	17 (68)	8 (32)	25 (100)
Όχι	12 (100)	0 (0)	1 (8,3)	11 (91,7)	4 (33,3)	8 (66,7)	2 (16,7)	10 (83,3)	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
χ^2	-		ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 : chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Το σύνολο των ασθενών ήταν ήταν υπό θεραπεία για τη νόσο (Ερώτηση 25α, Πίνακας 2) και μάλιστα όλοι τους για περισσότερο από 1 χρόνο (Ερωτήσεις 25β, 25γ, 25δ, Πίνακας 2). Επομένως δεν

μπορεί να υπολογιστεί οποιαδήποτε στατιστική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων και διάγνωσης ΚΡΓΔ, επειδή όλοι οι ασθενείς έδωσαν την ίδια απάντηση. (Ερώτηση 25α-δ, Πίνακας 31)

Πίνακας 31: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 25α-δ.

	25α. Υπό θεραπεία για PA		25β. Θεραπεία PA <6 μήνες		25γ. Θεραπεία PA 6-12 μήνες		25δ. Θεραπεία PA >1 χρόνο		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	25 (100)	0(0)	0(0)	25 (100)	0(0)	25 (100)	25 (100)	0 (0)	25 (100)
Όχι	12 (100)	0 (0)	0 (0)	12 (100)	0 (0)	12 (100)	12 (100)	0 (0)	12 (100)
χ^2	-		-		-		-		

χ^2 :chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Θετική ανταπόκριση στη γενική θεραπεία σε ότι αφορούσε στο σώμα τους είχαν 29 από τους 37 ασθενείς και στη γνάθο οι 27 από τους 37. Από τους 29 ασθενείς που ανταποκρίθηκαν θετικά στη γενική θεραπεία οι 18 είχαν ΚΡΓΔ (περίπου 6 στους 10), αλλά και όσοι απάντησαν αρνητικά στην ίδια ερώτηση είχαν σχεδόν στο σύνολό τους ΚΡΓΔ. Από τους 27 ασθενείς που θεωρούσαν την θεραπεία εξίσου αποτελεσματική στην ΚΓΔ, οι 16 εμφάνισαν ΚΡΓΔ κατά την κλινική εξέταση, όπως σχεδόν το σύνολο όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε σε καμία από τις 2 υποερωτήσεις. (Ερώτηση 25ε-στ, Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης ΚΡΓΔ σύμφωνα με τα RDC-TMD και των απαντήσεων της ερώτησης 25ε-στ.

	25ε. Αποτελεσματική θεραπεία στο σώμα		25στ. Αποτελεσματική θεραπεία στην ΚΓΔ		Σύνολο
Δυσλειτουργία RDC-TMD	Ναι N (%)	Όχι N (%)	Ναι N (%)	Όχι N (%)	N (%)
Ναι	18 (72)	7 (28)	16 (64)	9 (36)	25 (100)
Όχι	11 (91,7)	1 (8,3)	11 (91,7)	1 (8,3)	12 (100)
χ^2	ΜΣ		ΜΣ		

χ^2 :chi-square test, p: p value, ΜΣ: μη σημαντική διαφορά

Ανακεφαλαιώνοντας, βρέθηκε θετική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ, άρα μπορούν να περιληφθούν στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο οι εξής ερωτήσεις:

1. **E2βa**: Σε μια κλίμακα από το μηδέν ως το δέκα (0-10), όπου το μηδέν είναι καθόλου πόνος και το δέκα ο χειρότερος δυνατός πόνος, τι βαθμό θα βάζατε στον μέσο όρο έντασης του πόνου που αισθανθήκατε στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο σας (δηλαδή στο συνήθη πόνο σας) τους τελευταίους τρεις μήνες;
2. **E2γa**: Σε μια κλίμακα από το μηδέν ως το δέκα (0-10), όπου το μηδέν είναι καθόλου πόνος και το δέκα ο χειρότερος δυνατός πόνος, τι βαθμό θα βάζατε στον χειρότερο (εντονότερο) πόνο που αισθανθήκατε στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο σας τους τελευταίους τρεις μήνες;
3. **E9**: Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία και σε άλλες αρθρώσεις εκτός από την κροταφογναθική διάρθρωση;
4. **E10**: Νιώθετε στεγνό το στόμα σας;

Μάλιστα, η αξιοπιστία (εσωτερική συνοχή) των τεσσάρων αυτών πιθανών διαγνωστικών ερωτήσεων βρέθηκε ικανοποιητική (Cronbach's alpha=0.68).

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε, όλοι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην πιλοτική αυτή μελέτη είχαν προσέλθει στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Παθοφυσιολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, τις ημέρες και ώρες λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, στο διάστημα που εκπονήθηκε η έρευνα. Έτσι εξασφαλίστηκε το τυχαίο του δείγματος των ασθενών. Επιπλέον, σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του πρωτοκόλλου της παρούσης έρευνας, όλοι οι ασθενείς είχαν ήδη διαγνωστεί με ΡΑ, η οποία ήταν το μοναδικό αυτοάνοσο νόσημα από το οποίο έπασχαν, και ήταν υπό θεραπεία για τη νόσο. Εξασφαλίστηκε κατ'αυτόν τον τρόπο η αποφυγή απόδοσης ΚΡΓΔ στην ΡΑ ενώ στην πραγματικότητα θα υπήρχε πιθανότητα να οφείλονται σε άλλο αυτοάνοσο νόσημα. Τέλος, αποκλείστηκαν οι ασθενείς των οποίων η δυσλειτουργία προϋπήρχε της εμφάνισης της ΡΑ, εκτός και αν τα συμπτώματα από την περιοχή του ΣΣ ήταν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου.

Έχοντας ως δεδομένο πως η ΡΑ μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε διάρθρωση, άρα και την ΚΓΔ, τον κρικοαρυταινοειδή σύνδεσμο και τα οστάρια του ωτός, ήταν αναμενόμενη η ανεύρεση ασθενών με ενδείξεις προσβολής της άρθρωσης και με συνοδά συμπτώματα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος.

Καθώς ένα από τα συμπτώματα των ΚΡΓΔ είναι και ο πόνος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως οι ασθενείς με ΡΑ που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν όλοι υπό θεραπεία για τη νόσο, πολλοί δε με αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οποία ως γνωστόν, έχουν παυσίπονη δράση. Επομένως, κάποιες από τις απαντήσεις των ασθενών ίσως δεν είναι αντικειμενικές.

Κατά την λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση των ασθενών του δείγματος, κατέστη σαφές το γεγονός ότι οι ασθενείς με ΡΑ έχουν σε σημαντικό βαθμό συμπτώματα ΚΡΓΔ τα οποία δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την καθημερινότητά τους. Πόνος, μειωμένη κινητικότητα, επώδυνη ή και δύσκολη μάσηση, συμπτώματα από το αυτί, κεφαλαγίες, ήχοι από τις αρθρώσεις ήταν μερικά από τα συμπτώματα αυτά. Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό 62% του δείγματος ανέφερε ενοχλητικά συμπτώματα δυσλειτουργίας του ΣΣ. Το γεγονός αυτό δεν εκπλήσει, καθώς στη βιβλιογραφία υπάρχουν αντίστοιχες αναφορές.^{90,91,92}

Βιβλιογραφικά, η συχνότητα προσβολής της ΚΓΔ από ΡΑ κυμαίνεται από 4,7-84%, ανάλογα με τη μελέτη^{76,80}, αλλά το ποσοστό των ασθενών που φαίνεται να χρειάζονται θεραπεία για αντιμετώπιση ΚΡΓΔ φαίνεται να είναι μικρότερο. Η ΚΓΔ είναι συμπτωματική, όμως, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς με ΡΑ⁴. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το ποσοστό του δείγματος που έπασχε από ΚΡΓΔ ανέρχεται στο 68%, και άρα είναι μέσα στα πλαίσια της διεθνούς βιβλιογραφίας. Χαρακτηριστικότερο κλινικό σημείο είναι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της πλάγιας και πίσω επιφάνειας της άρθρωσης καθώς και οι ερπυστικοί ή κριγμώδεις ήχοι⁵³. Κατά την εκπόνηση της μελέτης αυτής, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης, το 62% των ασθενών είχε ευαισθησία στην ψηλάφηση της ΚΓΔ (35% αμφοτερόπλευρα και 27% ετερόπλευρα), συμφωνώντας με τη βιβλιογραφία, ενώ το 21,6% είχε κριγμώδεις ήχους από την ΚΓΔ.

Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος της έρευνας αυτής (το 62%) έχουν ΚΡΓΔ, ποσοστό που είναι μέσα στα πλαίσια των βιβλιογραφικών αναφορών.⁹³ Παρά το γεγονός όμως πως το 62% του δείγματος έπασχε από ΚΡΓΔ, είναι εντυπωσιακό πως μόνο το

16% του δείγματος (δηλαδή 6 ασθενείς) συνειδητοποίησε πως μπορεί να αναζητήσει θεραπεία, αλλά και από αυτούς κανείς δεν ήξερε που να απευθυνθεί. Αναζητώντας θεραπεία απευθύνθηκαν σε ιατρικές ειδικότητες που το αντικείμενό τους γειτνιάζει ανατομικά της ΚΓΔ (ΩΡΛ και γναθοχειρουργούς), αγνοώντας την ύπαρξη εξειδικευμένων οδοντιάτρων στον συγκεκριμένο χώρο. Μόνο 2 από τους 6 ασθενείς που αναζήτησαν θεραπεία βρήκαν κάποια βελτίωση και αυτή η βελτίωση ήταν **μόνο** ως προς την ένταση του πόνου, όπως αποδείχτηκε κατά την κλινική εξέταση. Και οι δύο αυτές ασθενείς κατά την κλινική εξέταση ανέφεραν πόνο, η μία μόνο στην άρθρωση (αμφοτερόπλευρα) και η άλλη και στην άρθρωση και στους μύς (επίσης αμφοτερόπλευρα). Και οι δύο ασθενείς είχαν ελεύθερη μέγιστη κατάσπαση οριακά φυσιολογική, η μία με 41 και η άλλη με 43 χιλιοστά, με πόνο από τα 40 και τα 38 χιλιοστά αντίστοιχα. Και οι δύο ασθενείς κατά την ψηλάφηση ενδο- και εξω- στοματικών μυών αλλά και κατά την ψηλάφηση της άρθρωσης εμφάνιζαν ευαισθησία, σχεδόν σε όλα τα σημεία που ψηλαφήθηκαν, αναφορικά σε 12 σημεία από κάθε πλευρά, άρα σε 24 σημεία (η μία ασθενής και στα 24 σημεία και η άλλη σε όλα τα σημεία πλην ενός αμφοτερόπλευρα, δηλαδή σε 22 σημεία). Και οι δύο ασθενείς είχαν κριγμώδεις ήχους κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου.

Εκτός των αρθρώσεων, σε ασθενείς με ΡΑ μπορεί να προσβληθεί και το μυϊκό σύστημα, οπότε υπάρχει έντονος μυϊκός πόνος και στην στοματοπροσωπική περιοχή⁷⁶. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώθηκε και και στην παρούσα έρευνα, καθώς οι ασθενείς απάντησαν θετικά σε ερωτήσεις που αφορούσαν ύπαρξη μυϊκού πόνου στο κεφάλι και τον αυχένα σε ποσοστό 81% και ύπαρξη πόνου σε άλλους μύες σε ποσοστό 73%. Ενδιαφέρον ήταν πως οι ασθενείς σπάνια ανέφεραν ύπαρξη πόνου μόνο στο κεφάλι ή μόνο σε άλλους μύες.

Πόνος υπάρχει και κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου, όπως και κατά την ψηλάφηση των μυών, ενώ η κινητικότητα είναι μειωμένη^{53,91,92,94}. Και εδώ, η έρευνα επιβεβαίωσε τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Έτσι:

- ο Σημαντικό ποσοστό (27%) των ασθενών δήλωσε ότι έχει επώδυνη μάσηση και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι έχει μειωμένη διάνοιξη του στόματος (27%). Επίσης, περίπου το 30% των ασθενών του δείγματος δήλωσαν ότι είχε τύχει να μην μπορούν να ανοίξουν ή κλείσουν το στόμα τους – με τους μισούς από αυτούς τους ασθενείς να δηλώνουν πως αυτό τους συνέβει κατ'επανάληψη, ενώ σε συχνότητα περίπου 75%, η αδυναμία πλήρους κατάσπασης ή ανάσπασης συνυπήρχε με επώδυνη μάσηση ή/και μειωμένη διάνοιξη του στόματος.
- ο Σε ό,τι αφορά την μειωμένη διάνοιξη του στόματος, κατά την κλινική εξέταση, το 16% των ασθενών βρέθηκε με μειωμένη μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση (δηλαδή κάτω των 40 χιλιοστών) ενώ ένα άλλο 43% του δείγματος είναι οριακά άνω των 40 χιλιοστών, με μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση 40, 41 ή 42 χιλιοστά, άρα οριακά φυσιολογική (από 40 χιλιοστά και πάνω).
- ο Σε ό,τι αφορά στην ευαισθησία στην ψηλάφηση των μυών, ευαισθησία ένιωθε το 95% των ασθενών. Αναλυτικότερα, από τα 20 συνολικά σημεία (10 από κάθε πλευρά) που ψηλαφώνται ενδοστοματικά και εξωστοματικά, το 81% του δείγματος ένιωθε ευαισθησία σε τουλάχιστον τα μισά, ενώ άλλο ένα 14% του δείγματος ένιωθε ευαισθησία σε 4-9 σημεία από τα 20, αφήνοντας μόνο ένα 5% να νιώθει ευαισθησία από μηδέν έως 3 σημεία από τα 20. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός πως όταν οι ασθενείς ερωτήθηκαν, στο πλαίσιο λήψης ιστορικού στο ίδιο ερωτηματολόγιο, αν υπάρχει πόνος στο πρόσωπο (και αν ναι αν αυτός εντοπίζεται στους μύες και/ή την ΚΓΔ από κάθε πλευρά), θετικά απάντησε μόνο το 32%, εντυπωσιακά μικρότερο ποσοστό

από το 95% όσων είχαν ευαισθησία κατά την ψηλάφηση των μυών.

Εντύπωση προκαλεί, επίσης, το γεγονός πως σε αντίθεση με το ότι οι ασθενείς δήλωσαν, όταν ερωτήθηκαν, πως η θεραπεία τους είναι αποτελεσματική στην ΚΓΔ όπως και στο υπόλοιπο σώμα, στην συντριπτική πλειοψηφία τους βρέθηκαν νιώθουν ευαισθησία και σε μεγάλο ποσοστό κατέληξαν με διάγνωση ΚΡΓΔ. Από το γεγονός αυτό συμπεραίνουμε ότι ενώ στο υπόλοιπο σώμα θεωρούν την έλλειψη πόνου και την καλή λειτουργικότητα ως απαραίτητα στοιχεία για να θεωρήσουν ότι η θεραπεία είναι επιτυχής, στην περιοχή του ΣΣ, πιθανότατα λόγω έλλειψης ενημέρωσης, θεωρούν ως φυσιολογική την έκπτωση της λειτουργίας σε κάποιο βαθμό και εφόσον μπορούν να μιλούν, να καταπίνουν και να μασούν, έστω και επώδυνα, θεωρούν ότι η θεραπεία είναι επιτυχής. Συχνά δε, επιρρίπτουν την “ευθύνη” της μη καλής ομιλίας, κατάποσης και μάσησης της τροφής στην απώλεια δοντιών, πιστεύοντας λανθασμένα ότι είτε επειδή δεν τα έχουν αντικαταστήσει, ή επειδή τα νέα δόντια δεν είναι η φυσική τους οδοντοστοιχία, είναι λογικό, αναμενόμενο και κυρίως, μη αποφευχταίο να πονούν και να έχουν μειωμένη λειτουργικότητα της περιοχής.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, συγκεντρώθηκαν στοιχεία σχετικά με την εμφάνιση των συμπτωμάτων των ΚΡΓΔ. Πολλοί ήταν οι ασθενείς που όταν ερωτήθηκαν για την έναρξη των συμπτωμάτων, παραδέχτηκαν πως τα είχαν τόσο καιρό που ο καλύτερος προσδιορισμός που μπορούσαν να κάνουν ήταν “χρόνια τώρα”. Υπήρχαν όμως και ασθενείς που θυμόταν την έναρξη των συμπτωμάτων τους, όπως και ασθενείς που δήλωναν πως δεν είχαν συμπτώματα, ενώ κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης αποδεικνυόταν πως έχουν (λόγου χάριν, μειωμένη μέγιστη κατάσπαση). Έτσι, 13 ασθενείς (35% του δείγματος) απάντησαν

αρνητικά στην ύπαρξη των συμπτωμάτων, ενώ από αυτούς, οι 5 ασθενείς, είχαν σημεία δυσλειτουργίας κατά την κλινική εξέταση.

Συγκεκριμένα, το 21,6% του δείγματος, δεν ανέφερε κάποιο σύμπτωμα ΚΡΓΔ ούτε είχε κάποιο σημείο κατά την κλινική εξέταση. Άλλο ένα 40% των ασθενών, ενώ ανέφερε συμπτώματα ή είχε σημεία ΚΡΓΔ, αναφορικά με την έναρξή των συμπτωμάτων αυτών, ανέφερε πως τα είχε πολύ καιρό και δε θυμόταν από πότε ακριβώς. Το υπόλοιπο 38,4% του δείγματος, απάντησε ως εξής:

- ⇒ το 10,8% του δείγματος (ποσοστό που αποτελούσε το 28,6% όσων από τους ασθενείς θυμόταν πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους), είχαν συμπτώματα από την ΚΓΔ είτε λίγο πριν είτε κατά την διάγνωση τους με ΡΑ,
- ⇒ το 2,7% του δείγματος (ποσοστό που αποτελούσε το 7,1% όσων θυμόταν πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους), εμφάνισε συμπτώματα μέσα στον πρώτο χρόνο από την διάγνωσή του,
- ⇒ το 5,4% του δείγματος (ποσοστό που αποτελούσε το 14,3% όσων θυμόταν πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους), εμφάνισαν συμπτώματα ένα έως πέντε χρόνια από την διάγνωσή τους με ΡΑ,
- ⇒ το 2,7% του δείγματος (ποσοστό που αποτελούσε το 7,1% όσων θυμόταν πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους), εμφάνισε συμπτώματα πέντε ως δέκα χρόνια από την διάγνωσή του και
- ⇒ το 16% του δείγματος (ποσοστό που αποτελούσε το 42,9% όσων θυμόταν πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους), εμφάνισαν συμπτώματα πάνω από 10 χρόνια από την διάγνωσή τους.

Φαίνεται λοιπόν πως στην πλειοψηφία των ασθενών η συμπτωματολογία από την περιοχή του ΣΣ εμφανίζεται συνήθως είτε στην έναρξη της νόσου είτε δέκα χρόνια (και άνω) μετά την έναρξή της, σε ποσοστό 28,6% και 42,9% αντίστοιχα, δηλαδή συνολικά, σε ποσοστό 71,5%. Το γεγονός αυτό συνάδει με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.⁹³

Ένας από τους στόχους της έρευνας ήταν η επικύρωση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών στο ερωτηματολόγιο της μελέτης, με την παρουσία δυσλειτουργίας του ΣΣ, ώστε συγκεκριμένες ερωτήσεις να αποτελέσουν μέρος ενός ερωτηματολογίου για τη διάγνωση ΚΡΓΔ, λειτουργώντας έτσι ως χρήσιμο εργαλείο για τον θεράποντα ιατρό και/ή τον οδοντίατρο. Έτσι, όταν παραταθούν οι απαντήσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου με σημεία, συμπτώματα και διάγνωση ανά ασθενή, μπορούμε να οδηγηθούμε σε συμπεράσματα σχετικά με την δυνατότητα του ερωτηματολογίου να επιτρέψει στον ιατρό ή τον οδοντίατρο που το χρησιμοποιεί να αναγνωρίσει τυχούσα δυσλειτουργία και/ή υποψία προσβολής της ΚΓΔ από ΡΑ.

Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να δούμε την κάθε ερώτηση ξεχωριστά και να διερευνήσουμε το αν μπορούν να συσχετιστούν οι απαντήσεις των ασθενών με κάποια διάγνωση ΚΡΓΔ (κατά τα RDC-TMD), προκειμένου να καταλήξουμε στο αν, πόσες και ποιές από τις ερωτήσεις αυτές μπορούν πράγματι να προστεθούν στη φαρέτρα των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούν οι θεράποντες των ασθενών με ΡΑ αλλά και οι οδοντίατροι που τους παρακολουθούν.

Αναλυτικότερα:

Στην ερώτηση που σχετίζεται με τον εντοπισμό του πόνου στην κεφαλή:

◇ Εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως κανένας ασθενής δεν απάντησε θετικά στο τμήμα της ερώτησης που αφορά την ύπαρξη πόνου στο πρόσωπο (παρά το ότι πολλοί από τους ίδιους ασθενείς, απάντησαν θετικά όταν ερωτήθηκαν για ύπαρξη πόνου σε μεμονωμένες περιοχές του προσώπου τους). Ως αποτέλεσμα, όλοι οι ασθενείς έχουν δώσει την ίδια απάντηση, κι έτσι δεν μπορεί να βρεθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και

της διάγνωσης ΚΡΓΔ κι επομένως δε μπορεί να βγει κανένα συμπέρασμα.

◇ Στο τμήμα της ερώτησης που αφορά στην ύπαρξη πόνου στους κροτάφους, μόνο ένα 21,6% απάντησε θετικά, αν και όλοι τους είχαν διάγνωση ΚΡΓΔ (δηλαδή κανένας ασθενής από όσους ένιωθαν πόνο στην περιοχή αυτή δεν ήταν ελεύθερος ΚΡΓΔ). [Βιβλιογραφικές αναφορές δίνουν μεγαλύτερα ποσοστά πόνου όμως αφενός δε διευκρινίζουν μεταξύ των μασητηρίων μυων και αφετέρου δεν διευκρινίζουν αν οι ασθενείς αυτοί ήταν υπό θεραπεία με αντιφλεγμονώδη.⁹⁵] Επομένως, ενώ η απουσία πόνου δεν σημαίνει απαραίτητα υγεία, η ύπαρξη πόνου φαίνεται πως συνεπάγεται δυσλειτουργία και η ερώτηση αυτή φαίνεται πως έχει κάποια βαρύτητα. Κατά την στατιστική ανάλυση, αποδείχτηκε πως υπήρχε σημαντική συσχέτιση, με $p < 0,017$, όμως αυτή ήταν *αρνητική*, αφού, σύμφωνα με τον πίνακα 4, σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που δεν είχαν πόνο στους κροτάφους εμφάνιζε ΚΡΓΔ, σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που απάντησαν θετικά στην ερώτηση και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. [17 (68%) και 8 (32%) αντίστοιχα]. Επομένως η υποερώτηση αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και να μεταγενέστερη έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα.

◇ Στο τμήμα της ερώτησης που αφορά στην ύπαρξη πόνου στην περιοχή μπροστα από το αυτί, οι απαντήσεις κινούνται στα ίδια επίπεδα, δηλαδή 28 ασθενείς δήλωσαν πως δεν ένιωθαν πόνο στην περιοχή μπροστα από το αυτί και 9 πως ένιωθαν. Από τους 28 ασθενείς που δεν ένιωθαν πόνο, οι 16 παρουσίαζαν ΚΡΓΔ (57%). Το σύνολο των ασθενών που ένιωθαν πόνο στην περιοχή μπροστα από το αυτί είχε και διάγνωση ΚΡΓΔ και συνεπώς κανένας ασθενής από όσους ένιωθαν πόνο στην περιοχή αυτή δεν ήταν ελεύθερος δυσλειτουργίας. Επομένως ενώ η ανυπαρξία πόνου δεν σημαίνει απαραίτητα υγεία, η ύπαρξη πόνου φαίνεται πως συνεπάγεται δυσλειτουργία και η ερώτηση αυτή φαίνεται πως έχει κάποια

βαρύτητα. Παρόλα αυτά κι εδώ η στατιστική ανάλυση έδειξε *αρνητική* σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και διάγνωσης δυσλειτουργίας, με $p < 0,027$, αφού, σύμφωνα με τον πίνακα 4, σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που δεν ένιωθαν πόνο μπροστά από το αυτί είχαν ΚΡΓΔ, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν πόνο μπροστά από το αυτί και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. [16 (64%) και 9 (36%) αντίστοιχα]. Επομένως ούτε αυτή η υποερώτηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και να μεταγενέστερη έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα.

◇ Στο τέταρτο τμήμα της ερώτησης που αφορά στην παρουσία πόνου στην γνάθο, πόνο δήλωσαν μόνο 5 ασθενείς. Από τους 32 που δήλωσαν πως δεν ένιωθαν πόνο, οι 21 παρουσίαζαν ΚΡΓΔ, και οι 11 όχι, άρα και εδώ η ανυπαρξία πόνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα υγεία. Από τους 5 ασθενείς που δήλωσαν πόνο στην γνάθο, οι 4 (80%) παρουσίαζαν δυσλειτουργία. Και εδώ φαίνεται πως υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ πόνου και ΚΡΓΔ και η ερώτηση αυτή φαίνεται πως έχει κάποια βαρύτητα. Η στατιστική ανάλυση όμως δεν κατέληξε σε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων και των ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 1, Πίνακας 1, σελ.87)

Η επόμενη ερώτηση αποτελείται από τρεις υποερωτήσεις στις οποίες ο ασθενής πρέπει να βαθμολογήσει τον πόνο που αισθανόταν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, με τη χρήση μιας κλίμακας από το μηδέν (καθόλου πόνος) ως το δέκα (ο χειρότερος δυνατός πόνος). Έτσι:

1. Ως προς την ένταση του πόνου στο πρόσωπο και/ή την γνάθο του ασθενούς εκείνη τη στιγμή (*τώρα*):

➤ Η πλειοψηφία των ασθενών (το 78% του δείγματος) απάντησε πως δεν αισθανόταν καθόλου πόνο. Από αυτούς, οι

το 59% παρουσίαζε δυσλειτουργία και το 41% όχι, άρα η αρνητική απάντηση στην ερώτηση αυτή δε φαίνεται να έχει ιδιαίτερη βαρύτητα. Η υποερώτηση βρέθηκε να έχει *αρνητική* σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ ($p<0,027$), καθώς, όπως φαίνεται στον πίνακα 5, σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που δεν αισθάνονταν πόνο τώρα σε πρόσωπο και/ή γνάθο (68%) έπασχε από ΚΡΓΔ, σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που αισθάνονταν πόνο τώρα σε πρόσωπο και/ή γνάθο και εμφάνισε δυσλειτουργία (32%). Η υποερώτηση δεν μπορεί, επομένως, να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν σε έρευνα μεγαλύτερου δείγματος προκύψουν διαφορετικά αποτελέσματα.

➤ Οι 8 ασθενείς που δήλωσαν πως ένιωθαν πόνο (6 ενόχληση και 2 μέτριο πόνο), παρουσίαζαν ΚΡΓΔ, άρα η θετική απάντηση στην ερώτηση φαίνεται πως έχει κάποια βαρύτητα. Κανένας ασθενής δεν εμφάνιζε σοβαρό πόνο τώρα σε πρόσωπο και/ή γνάθο. Για τις τρεις αυτές υποερωτήσεις δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

(Ερώτηση 2α, Πίνακας 2, σελ.88)

2. Ως προς τον μέσο όρο της έντασης του πόνου των τελευταίων τριών μηνών στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο.

➤ Εδώ δήλωσε ανυπαρξία πόνου το 54% του δείγματος, δηλαδή 20 ασθενείς, από τους οποίους περίπου οι μισοί παρουσίαζαν δυσλειτουργία (9 ασθενείς ή 45%) και οι μισοί όχι (11 ασθενείς ή το 55%). Για την ερώτηση αυτή βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p<0,001$), καθώς, όπως φαίνεται στον πίνακα 6, ο αριθμός ασθενών που αισθάνονταν κάποιας έντασης πόνο το τελευταίο τρίμηνο ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από τον αριθμό ασθενών που δεν αισθάνονταν πόνο. [16 ασθενείς (64%) και 9 ασθενείς

(36%) αντίστοιχα]. Η υποερώτηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, συνεπώς, στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο.

➤ Από τους 17 ασθενείς που δήλωσαν πως αισθάνονταν πόνο (6 ενόχληση, 8 μέτριο πόνο και 3 έντονο πόνο), οι 16 (δηλαδή το 94%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και ο 1 όχι, άρα μόνο η θετική απάντηση στην ερώτηση φαίνεται πως έχει βαρύτητα. Κανένας ασθενής δεν εμφάνιζε σοβαρό πόνο ως τον μέσο όρο της έντασης του πόνου το τελευταίο τρίμηνο σε πρόσωπο και/ή γνάθο. Για τις τρεις αυτές υποερωτήσεις δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση δυσλειτουργίας και επομένως χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

(Ερώτηση 2β, Πίνακας 3, σελ.89)

3. Ως προς τον χειρότερο (εντονότερο) πόνος των τελευταίων τριών μηνών στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο.

➤ Εδώ δήλωσε απουσία πόνου το 54% του δείγματος, δηλαδή 20 ασθενείς, από τους οποίους περίπου οι μισοί παρουσίαζαν ΚΡΓΔ (9 ασθενείς ή 45%) και οι μισοί όχι (11 ασθενείς ή το 55%). Για την υποερώτηση αυτή βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με τις ΚΡΓΔ** ($p < 0,001$), καθώς, σύμφωνα με τον πίνακα 7, σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που είχαν κάποιας έντασης πόνο ως τον χειρότερο πόνο το τελευταίο τρίμηνο είχαν ΚΡΓΔ, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν καθόλου πόνο και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. Η υποερώτηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, συνεπώς, στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο.

➤ Από τους 16 ασθενείς που δήλωσαν πως αισθάνονταν πόνο, τον οποίο χαρακτήριζαν ως ενόχληση ή μέτριο πόνο (3 ενόχληση, 13 μέτριο πόνο), οι 5 παρουσίαζαν ΚΡΓΔ (δηλαδή το 31%) και οι 11 όχι. Για τις δυο αυτές υποερωτήσεις δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

➤ Από τους 11 ασθενείς που δήλωσαν ως σοβαρό πόνο τον χειρότερο πόνο που ένιωσαν το τελευταίο τρίμηνο, και οι 11 (100%) εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. Για την ερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τις ΚΡΓΔ** ($p < 0,006$), καθώς, σύμφωνα με τον πίνακα 7, οι ασθενείς που απάντησαν πως ο χειρότερος πόνος του τελευταίου τριμήνου δεν ήταν σοβαρός και είχαν ΚΡΓΔ, ήταν περισσότεροι από αυτούς που απάντησαν πως ήταν σοβαρός ο χειρότερος πόνος του τελευταίου τριμήνου και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. [14 ασθενείς (56%) και 11 ασθενείς (44%) αντίστοιχα]. Η υποερώτηση δεν μπορεί, επομένως, να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο, εκτός και αν σε έρευνα μεγαλύτερου δείγματος προκύψουν διαφορετικά αποτελέσματα.
(Ερώτηση 2γ, Πίνακας 4, σελ.91)

Ερωτώμενοι εάν αισθάνονται πόνο ή ευαισθησία σε μύες της κεφαλής και του αυχένα, το 19% των ασθενών (7 ασθενείς) δήλωσαν πως δεν αισθάνονταν πόνο. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 4 (57%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και οι 3 όχι (43%). Το 81% των ασθενών, δηλαδή 30 ασθενείς, απάντησαν θετικά στην παρουσία πόνου, ποσοστό που συμβαδίζει με τα ποσοστά στα βιβλιογραφικά δεδομένα.^{76,77} Από αυτούς, οι 22 ασθενείς (73%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και οι 8 όχι (27%). Άρα και πάλι, αρνητική απάντηση στην ερώτηση δε φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη ή μη δυσλειτουργίας, αλλά η θετική απάντηση φαίνεται πως έχει βαρύτητα. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 3, Πίνακας 5, σελ.91)

Σε ότι αφορά στην ύπαρξη πόνου ή ευαισθησίας σε μύες εκτός κεφαλής και αυχένα, 27 ασθενείς απάντησαν θετικά (το 73% του δείγματος) και 10 αρνητικά (27% του δείγματος). Μεταξύ αυτών που απάντησαν αρνητικά, οι μισοί (5 ασθενείς και το 50%) είχαν ΚΡΓΔ

και οι μισοί όχι. Από αυτούς που απάντησαν θετικά, οι 20 (το 74%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και οι 7 όχι (το 26%). Τα ποσοστά ασθενών με πόνο δεν ξαφνιάζουν, αφού έρευνες συμφωνούν με τα ποσοστά αυτά κι εξηγούν πως δημιουργείται, σε αυτούς τους ασθενείς, κεντρική ευαισθητοποίηση από την επίδραση των κυτοκινών στον νωτιαίο μυελό.^{96,97} Άρα και πάλι, η αρνητική απάντηση στην ερώτηση δε φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη ή μη δυσλειτουργίας, αλλά η θετική απάντηση φαίνεται πως έχει βαρύτητα. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 4, Πίνακας 6, σελ.92)

Συμπτώματα από τα αυτιά, όπως πόνο, εμβοές, μπούκωμα αυτιών και μειωμένη ακουστική ικανότητα δήλωσαν πως είχαν 25 ασθενείς, δηλαδή το 67,5% του δείγματος. Από αυτούς, οι 18 (το 72%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και οι 7 (το 28%) όχι. Από τους 12 ασθενείς που δεν είχαν συμπτώματα από τα αυτιά, 7 είχαν ΚΡΓΔ και (58%) 5 όχι (42%). Τα βιβλιογραφικά δεδομένα επίσης υποστηρίζουν πως οι ασθενείς με ΡΑ έχουν συμπτωματολογία από τα αυτιά.^{94,98,99,100} Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 5, Πίνακας 7, σελ.93)

Πόνο ή ευαισθησία στο πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου είχαν 4 ασθενείς, το σύνολο των οποίων παρουσίαζε ΚΡΓΔ. Από τους 33 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 12 δεν είχαν ΚΡΓΔ και οι υπόλοιποι 21 είχαν, άρα η αρνητική απάντηση δεν σχετίζεται απαραίτητα με υγεία στην περιοχή του ΣΣ, ενώ η θετική φαίνεται πως έχει κάποια βαρύτητα. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 6, Πίνακας 8, σελ.93)

Πόνο ή ευαισθησία σε περιοχές του του σώματος εκτός από το πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου είχαν 20 ασθενείς από τους οποίους οι 15 (δηλαδή το 75%) είχαν ΚΡΓΔ ενώ οι 5 (το 25%) όχι. Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά (17 ασθενείς), δέκα ασθενείς (το 59%) παρουσίαζαν ΚΡΓΔ και επτά (το 41%) όχι. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 7, Πίνακας 9, σελ.94)

Πόνο, ευαισθησία, θερμότητα ή οίδημα στην ΚΓΔ είχαν παρατηρήσει 11 ασθενείς (το 30%). Από αυτούς που απάντησαν θετικά, οι δέκα (το 91%) διαγνώστηκαν με ΚΡΓΔ και μόνο ένας (9%) όχι. Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά, 11 ασθενείς δεν είχαν ΚΡΓΔ (το 42%) και 15 ασθενείς είχαν (το 58%). Από μια άλλη οπτική, αυτοί οι 15 ασθενείς αποτελούν το 41% του συνόλου των ασθενών και ναι μεν είχαν ΚΡΓΔ αλλά όχι συμπτώματα από τα αυτιά. Για την ερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση δυσλειτουργίας** ($p < 0,049$), γιατί, όπως φαίνεται και στον πίνακα 13, σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που δεν είχαν πόνο, ευαισθησία, θερμότητα ή οίδημα στην ΚΓΔ είχε ΚΡΓΔ, σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που απάντησε θετικά στην ερώτηση και εμφάνιζε ΚΡΓΔ. Επομένως η ερώτηση αυτή δεν μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο (εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό συμπέρασμα). [15 ασθενείς (60%) και 10 (40%) αντίστοιχα]. Στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν πως τα ποσοστά ασθενών που έχουν βλάβη στην ΚΓΔ η οποία αποδεικνύεται με απεικονιστικές μεθόδους, είναι μικρότερα από τα ποσοστά σθενών που δηλώνουν συμπτώματα ΚΡΓΔ, συμπεραλαμβανομένων του πόνου, της θερμότητας και του οιδήματος. Έτσι δεν εκπλήσουν ποσοστά της τάξης του 51% για βλάβες της ΚΓΔ που βρέθηκαν ως απεικονιστικά ευρήματα άλλων ερευνών, όταν συγκρίνονται με το

30% των ασθενών της έρευνας αυτής που δήλωσαν συμπτωματολογία φλεγμονής¹⁰¹. Σύμφωνα με έρευνα σε ασθενείς με ΡΑ η θερμοκρασία του δέρματος πάνω από τον μαστήρα μυ ήταν χαμηλότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στους ασθενείς με ΡΑ, εκτός από τους ασθενείς με ΡΑ που είχαν και ΚΡΓΔ, οπότε η θερμοκρασία του δέρματος ακόμα και πάνω από τον μαστήρα ήταν αυξημένη¹⁰². (Ερώτηση 8, Πίνακας 10, σελ.95)

Πόνο ή ευαισθησία σε άλλες αρθρώσεις εκτός της ΚΓΔ απάντησαν πως νιώθουν 35 ασθενείς, δηλαδή σχεδόν το σύνολο του δείγματος (95%). 25 από τους ασθενείς αυτούς είχαν συμπτώματα ΚΡΓΔ ενώ οι δύο που απάντησαν αρνητικά ήταν ελεύθεροι συμπτωμάτων. Για την ερώτηση βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p < 0,036$), αφού, όπως φαίνεται στον πίνακα 14, το σύνολο των ασθενών που είχαν πόνο, ευαισθησία, θερμότητα ή οίδημα σε αρθρώσεις εκτός της ΚΓΔ, είχε και ΚΡΓΔ. (25 ασθενείς, 100%). Επομένως, η ερώτηση αυτή μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο. (Ερώτηση 9, Πίνακας 11, σελ.96)

Ξηροστομία δήλωσαν πως νιώθουν 21 ασθενείς (57% του δείγματος), από τους οποίους οι 17 είχαν συμπτώματα ΚΡΓΔ (81%) και οι 4 όχι (19%). Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά (16 ασθενείς, δηλαδή το 43% του δείγματος), 8 ασθενείς δεν είχαν ΚΡΓΔ και 8 είχαν. Η θετική απάντηση επομένως δείχνει αυξημένο κίνδυνο δυσλειτουργίας ΣΣ, ενώ η αρνητική δε φαίνεται να έχει κάποια επίδραση. Από την άλλη πλευρά, μεταξύ των 12 ασθενών που δεν παρουσιάζουν ΚΡΓΔ, μόνο 4 απάντησαν θετικά στην ύπαρξη ξηροστομίας (33%). Κι εδώ βρέθηκε **θετική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p < 0,046$), γιατί, όπως φαίνεται στον πίνακα 15, σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη ξηροστομίας είχαν ΚΡΓΔ σε σχέση με τους

ασθενείς που απάντησαν αρνητικά και εμφάνισαν ΚΡΓΔ. [17 ασθενείς (68%) και 8 ασθενείς (32%) αντίστοιχα]. Επομένως, η ερώτηση αυτή μπορεί να περιληφθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο. (Ερώτηση 10, Πίνακας 12, σελ.96)

Αλλαγές στην σύγκλεισή τους δήλωσαν πως έχουν παρατηρήσει μόνο 5 ασθενείς, 3 από τους οποίους είχαν διάγνωση ΚΡΓΔ, ένας έχει μειωμένη κατάσπαση αλλά όχι διάγνωση ΚΡΓΔ κατά τα RDC-TMD κριτήρια και ένας ασθενής (20%) είναι ελεύθερος συμπτωμάτων. Από τους ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, 22 ασθενείς (69%) είχαν ΚΡΓΔ και 10 όχι (31%). Στη συγκεκριμένη ερώτηση οστόσω οι ασθενείς φαίνεται πως είχαν πρόβλημα να απαντήσουν, καθώς μερικοί ασθενείς δεν είχαν προσέξει αν υπήρχε κάποια διαφορά, ενώ άλλοι, λόγω του προχωρημένου της ηλικίας, κακών συνηθειών και της χρονιότητας της νόσου, είχαν αλλαγές στην οδοντική τους κατάσταση (προσθετικές εργασίες, μερική ή ολική ανωδοντία κτλ) που δεν τους επέτρεπαν να κάνουν ασφαλείς συγκρίσεις. Κατά την άποψή μας, η ερώτηση αυτή δεν έχει νόημα να συμπεριληφθεί σε ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 11, Πίνακας 13, σελ.97)

Οι ασθενείς επίσης ερωτήθηκαν για ύπαρξη ήχων κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου. Τόσο για την ύπαρξη ήχων αυτή καθ'εαυτή αλλά και για το είδος των ήχων (κλίκινγκ, κριγμώδεις ήχοι, και ήχοι που οι ασθενείς δεν μπορούν να χαρακτηρίσουν ως κλίκινγκ ή κριγμώδεις). Θετικά απάντησαν 19 ασθενείς από τους οποίους οι 15 (79%) είχαν ΚΡΓΔ και οι 4 (21%) όχι. Από τους 18 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 10 (56%) είχαν ΚΡΓΔ και οι 8 όχι (44%). Επομένως, ένα 26% του δείγματος, ενώ είχε ΚΡΓΔ, απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αυτή. Για την

ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Έρευνες, όμως, έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ήχων από την ΚΓΔ και επιβεβαιωμένων μεταβολών στην ΚΓΔ.¹⁰³

- ✚ Ως προς το είδος των ήχων, 12 ασθενείς είχαν κλίκινγκ (το 31,5% του δείγματος), 8 κριγμώδεις ήχους (21% του δείγματος) κι ένας είχε, παράλληλα με το κλίκινγκ και άλλου τύπου ήχο που δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει ως κριγμώδη.
- ✚ Από τους 12 ασθενείς με κλίκινγκ, οι 10 (83%) είχαν ΚΡΓΔ και οι 2 (17%) όχι, ενώ από τους ασθενείς που δεν είχαν κλίκινγκ, ΚΡΓΔ είχαν 15 ασθενείς (60%) και 10 όχι (40%). Φυσικά στην προκειμένη περίπτωση δεν αρκεί να δούμε μόνο τους ασθενείς χωρίς κλίκινγκ. Θα πρέπει να δούμε και πόσοι από αυτούς δεν είχαν ούτε κριγμώδεις ήχους. Έτσι, από τους 25 ασθενείς χωρίς κλίκινγκ οι 10 (40%) δεν είχαν ούτε ΚΡΓΔ, 10 ασθενείς (40%) είχαν ΚΡΓΔ αλλά δεν είχαν κανενός είδους ήχο και 5 ασθενείς (20%) είχαν ΚΡΓΔ χωρίς κλίκινγκ αλλά με κριγμώδεις ήχους.
- ✚ Από τους 8 ασθενείς με κριγμώδεις ήχους, οι 6 (75%) είχαν ΚΡΓΔ και οι 2 όχι (25%). Από τους 29 ασθενείς χωρίς κριγμώδεις ήχους, 19 είχαν ΚΡΓΔ (66% δηλαδή όσων απάντησαν αρνητικά είχε ΚΡΓΔ) και 10 όχι (34%). Από τους 19 ασθενείς που δεν είχαν κριγμώδεις ήχους αλλά είχαν ΚΡΓΔ, οι 9 (47%) είχαν κλίκινγκ. Αρα από τους 29 ασθενείς χωρίς κριγμώδεις ήχους, 10 ασθενείς δεν είχαν ΚΡΓΔ, 10 ασθενείς δεν είχαν κανενός είδους ήχο αλλά είχαν ΚΡΓΔ και 9 είχαν κλίκινγκ και ΚΡΓΔ. Και πάλι, η αρνητική απάντηση δεν φαίνεται να έχει βαρύτητα αλλά η θετική φαίνεται πως έχει.

(Ερώτηση 12, Πίνακας 14, σελ.99)

Επώδυνη χαρακτήρισαν την μάσηση της τροφής τους 10 ασθενείς. Από αυτούς, οι 9 είχαν και ΚΡΓΔ (90%), ενώ ένας όχι (10%). Από τους 27 που απάντησαν αρνητικά, οι 16 (59% οσων

απάντησαν αρνητικά και το 43% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ και οι 11 όχι. Και πάλι, η αρνητική απάντηση δεν φαίνεται να έχει βαρύτητα αλλά η θετική φαίνεται πως έχει. Ούτε για την ερώτηση αυτή βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 13, Πίνακας 15, σελ.99)

Πως δεν καταφέρνουν να μασήσουν καλά την τροφή τους απάντησαν 3 ασθενείς, το σύνολο των οποίων είχε ΚΡΓΔ. Από τους 34 που απάντησαν αρνητικά, 22 ασθενείς (65% όσων απάντησαν αρνητικά και το 59% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ και 12 όχι. Κι εδώ, για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 14, Πίνακας 16, σελ.100)

Ερωτηθέντες εαν το στόμα τους δεν ανοίγει όσο παλαιότερα, θετικά απάντησαν 10 ασθενείς (27%), από τους οποίους οι 8 (80%) είχαν ΚΡΓΔ και οι 2 όχι. Από τους 27 που απάντησαν αρνητικά οι 17 είχαν ΚΡΓΔ (63%) και οι 10 όχι. Άρα το 46% του δείγματος απαντησε αρνητικά ενώ είχε ΚΡΓΔ. Και πάλι, η αρνητική απάντηση δεν φαίνεται να έχει βαρύτητα αλλά η θετική φαίνεται πως έχει. Ούτε για την ερώτηση αυτή βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 15, Πίνακας 17, σελ.101)

Μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο κατά την πρωινή αφύπνιση απάντησαν πως ένιωθαν 8 ασθενείς (21,6% του δείγματος), το σύνολο των οποίων είχε ΚΡΓΔ. Από τους 29 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 17 (59% όσων απάντησαν αρνητικά και 46% του συνόλου) είχαν ΚΡΓΔ και οι 12 όχι. Για την ερώτηση βρέθηκε αρνητική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ, καθώς, σύμφωνα με τον πίνακα 22, σημαντικά περισσότερα άτομα που δεν είχαν μούδιασμα/κόπωση σε πρόσωπο/γνάθο το πρωί

κατά την αφύπνιση, είχαν ΚΡΓΔ, σε σχέση με τα άτομα που είχαν μούδιασμα/κόπωση σε πρόσωπο/γνάθο το πρωί κατά την αφύπνιση, και εμφάνισαν ΚΡΓΔ [17 (68%) έναντι 8 (32%), αντίστοιχα]. Συνεπώς, η υποερώτηση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. Κι εδώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 16, Πίνακας 18, σελ.102)

Ερωτώμενοι εαν τους έχει τύχει να μην μπορούν να ανοίξουν ή να κλείσουν το στόμα τους και εαν αυτό έγινε μια φορά ή κατ'επανάληψη, 11 ασθενείς απάντησαν θετικά, από τους οποίους οι 10 είχαν ΚΡΓΔ (91%) και ο 1 όχι. Από τους 26 που απάντησαν αρνητικά, οι 15 είχαν ΚΡΓΔ (58% ή 41% του δείγματος). Και πάλι, η αρνητική απάντηση δεν φαίνεται να έχει βαρύτητα αλλά η θετική φαίνεται πως έχει. Αναλυτικότερα, από αυτούς που απάντησαν θετικά, οι 6 ασθενείς (55%) το δηλωσαν ως κατι που συνεβει μια μονο φορα (και στο συνολο τους ειχαν ΚΡΓΔ) και 5 ως κατι που συνεβαινε κατ'επαναληψη (4 απο τους 5 ειχαν ΚΡΓΔ). Για τις ερωτήσεις που αφορούσαν τη συχνότητα εμφάνισης της ανικανότητας πλήρους ανάσπασης/κατάσπασης, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, αλλά η υποερώτηση που αφορά στον αν η αδυναμία έχει συμβεί (γενικά), βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση ΚΡΓΔ** ($p<0,049$), καθώς, όπως φαίνεται στον πίνακα 21, σημαντικά περισσότερα άτομα που δεν είχαν τέτοιο ιστορικό είχαν ΚΡΓΔ, σε σχέση με τα άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. [15 ασθενείς (60%) και 10 ασθενείς (40%) αντίστοιχα]. Επομένως η υποερώτηση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μελλοντικό ερωτηματολόγιο εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερωτήσεις 17α και 17β-γ, Πίνακες 19 σελ.103 και 20 σελ.104, αντίστοιχα).

Μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης σε περιοχές εκτός από το πρόσωπο και/ή τη γνάθο κατά την πρωινή αφύπνιση δήλωσαν 32 ασθενείς (86% του δείγματος) από τους οποίους οι 22 είχαν ΚΡΓΔ (69%). Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά 3 (60% ή 8% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ και 2 όχι (40% ή 5% του δείγματος). Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 18, Πίνακας 21. Σελ.105)

Οι ασθενείς ερωτήθηκαν εάν τον τελευταίο χρόνο παρατήρησαν επαλαμβανόμενο οίδημα στην πρωτιαία περιοχή. Θετικά απάντησε μόνο 1 ασθενής (3% του δείγματος), ο οποίος και είχε ΚΡΓΔ. Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά 24 είχαν ΚΡΓΔ (67%). Και σε αυτήν την ερώτηση πολλοί ασθενείς απαντούσαν «δεν είμαι σίγουρος», «δεν έχω προσέξει», «δε θυμάμαι» κτλ. Δεν προέκυψε για την ερώτηση αυτή συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 19, Πίνακας 22, σελ.105)

Επαλαμβανόμενο οίδημα εκτός της ΚΓΔ απάντησαν πως είχαν 26 ασθενείς, δηλ το 70% του δείγματος, από τους οποίους οι 17 (το 65%) είχε ΚΡΓΔ και 9 όχι. Από τους 11 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 8 (73% ή 22% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ και οι 3 όχι. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 20, Πίνακας 23, σελ.106)

Ενοχλητικά συμπτώματα δυσλειτουργίας του ΣΣ δήλωσε το 62% του δείγματος, δηλαδή 23 ασθενείς, από τους οποίους οι 17 (74%) είχαν ΚΡΓΔ. Τα ποσοστά συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, που υπολογίζουν πως 1 στους 2 ασθενείς με ΡΑ θα εμφανίσει συμπτώματα από την ΚΓΔ.¹⁰⁴ Από αυτούς που απάντησαν

αρνητικά οι 8 (57% ή 22% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ. Ως προς την διάρκειά τους, οι περισσότεροι από όσους απάντησαν θετικά, δεν ήταν βέβαιοι για το πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα, αλλά οι 21 (91%) ήταν βέβαιοι ότι ξεκίνησαν τουλάχιστον από ένα χρόνο νωρίτερα. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερωτήσεις 21α και 21β-δ, Πίνακες 24-σελ.107 και 25-σελ.108, αντίστοιχα).¹⁰⁰

Ερωτώμενοι εαν έχουν λάβει στο παρελθόν θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της δυσλειτουργίας του ΣΣ, θετικά απάντησαν 6 ασθενείς (το 16% του δείγματος) από τους οποίους οι 4 (67%) είχαν διάγνωση ΚΡΓΔ και 1 (16,5%) ακόμα ασθενής είχε ευαισθησία στην ψηλάφηση, κριγμώδες ήχους και ιστορικό περιορισμένης διάνοιξης (αλλά όχι διάγνωση ΚΡΓΔ κατά τα RDC-TMD). Ένας μόνο ασθενής (16,5%) ήταν ελεύθερος συμπτωμάτων. Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά, οι 21 (68% ή 57% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ. Ούτε εδώ βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερωτήσεις 22α και 22β, Πίνακες 26-σελ.109 και 27 και 28-σελ.110, αντίστοιχα).

Όταν οι ασθενείς ερωτήθηκαν εαν έχουν ιστορικό τραυματισμού στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο, θετικά απάντησαν 8 ασθενείς (21,6%) από τους οποίους 3 είχαν ΚΡΓΔ κατά τα RDC-TMD (37,5%) και άλλοι δυο ασθενείς (25%) είχαν κάποια συμπτώματα αλλά όχι αρκετά για να τεθεί διάγνωση ΚΡΓΔ κατά τα RDC-TMD. Συγκεκριμένα, 1 ασθενής είχε ευαισθησία στην ψηλάφηση και μειωμένη μέγιστη κατάσπαση και 1 ευαισθησία στην ψηλάφηση, ιστορικό περιορισμένης διάνοιξης και κριγμώδεις ήχους. Οι υπόλοιποι 3 ασθενείς (37%) ήταν ελεύθεροι συμπτωμάτων. Από τους 29 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, οι 22 (76% ή 59% του δείγματος) είχαν ΚΡΓΔ. Για την ερώτηση αυτή βρέθηκε **αρνητική σημαντική συσχέτιση με την διάγνωση ΚΡΓΔ**

($p < 0,04$), καθώς, όπως φαίνεται και στον πίνακα 29, σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που δεν είχαν ιστορικό τραυματισμού στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο είχαν ΚΡΓΔ, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν τέτοιο ιστορικό και εμφάνιζαν ΚΡΓΔ. [22 (88%) και 3 (12%) αντίστοιχα]. Άρα η ερώτηση αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο ερωτηματολόγιο εκτός και αν έρευνα μεγαλύτερου δείγματος καταλήξει σε διαφορετικό αποτέλεσμα. (Ερώτηση 23, Πίνακας 29, σελ.111)

Με σκοπό την επιβεβαίωση πως οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής της έρευνας και δεν έχουν κάποιο από τα κριτήρια αποκλεισμού, ερωτήθηκαν αν πάσχουν από ΡΑ και μόνο από αυτή την αυτοάνοση νόσο και όπως ήταν αναμενόμενο απάντησαν όλοι θετικά. Η ερώτηση ζητούσε επίσης από τους ασθενείς να δηλώσουν από πότε πάσχουν από ΡΑ. Παρότι υπήρξαν λίγοι ασθενείς που δεν διαγνώστηκαν αμέσως μόλις εμφάνισαν τα συμπτώματα που τους οδήγησαν στην αναζήτηση βοήθειας/θεραπείας, θεωρήθηκε χρόνος έναρξης της νόσου η στιγμή της διάγνωσης, καθώς στα αυτοάνοσα νοσήματα η διάγνωση μπορεί με τον καιρό να αλλάζει καθώς νέα συμπτώματα εμφανίζονται ή τα ίδια συμπτώματα διαφοροποιούνται αρκετά ώστε να αλλάζει η κλινική εικόνα κι επομένως, παρά το γεγονός ότι υπήρχαν κάποια συμπτώματα νωρίτερα, αυτό δε σημαίνει πως οι ασθενείς πληρούσαν τα διεθνή κριτήρια ώστε να τεθεί η διάγνωση της ΡΑ. Έτσι:

- ⇒ Ένας ασθενής (2,7% του δείγματος) έπασχε από ΡΑ λιγότερο από 2 χρόνια και αυτός ο ασθενής δεν έπασχε από ΚΡΓΔ.
- ⇒ 7 ασθενείς (18,9% του δείγματος) έπασχαν από ΡΑ 2-6 χρόνια και από αυτούς οι 3 (42,8% ή 8,1% του δείγματος) έπασχαν από ΚΡΓΔ
- ⇒ 7 ασθενείς (18,9% του δείγματος) έπασχαν από ΡΑ 6-10 χρόνια και από αυτούς οι 5 (71,4% ή 13,5% του δείγματος) έπασχαν από ΚΡΓΔ

⇒ 22 ασθενείς (59,5% του δείγματος) έπασχαν από ΡΑ πάνω από 10 χρόνια και από αυτούς οι 17 (77,2% ή 45,9% του δείγματος) έπασχαν από ΚΡΓΔ.

Είναι δηλαδή σαφές πως όσο περισσότερα χρόνια πάσχουν οι ασθενείς από ΡΑ τόσο μεγαλύτερο ποσοστό τους πάσχει από ΚΡΓΔ, γεγονός που συμβαδίζει με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.¹⁰⁵ Ωστόσο για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Ερώτηση 24, Πίνακας 30, σελ.112)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών στην αντίστοιχη ερώτηση, όλοι οι ασθενείς ήταν υπο θεραπεία και μάλιστα όλοι πάνω από ένα χρόνο, δηλαδή ήταν υπό θεραπεία αρκετό χρόνο ώστε να έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για την ερώτηση αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση με ΚΡΓΔ και επομένως η ερώτηση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Αναλυτικότερα, πάντως:

✚ Αποτελεσματική στο σώμα θεώρησαν τη θεραπεία 29 ασθενείς (78% του δείγματος) από τους οποίους οι 18 είχαν ΚΡΓΔ (62% ή 48,6% του δείγματος). Από τους 8 ασθενείς που απάντησαν αρνητικά, οι 7 είχαν ΚΡΓΔ (87,5% ή το 19% του δείγματος).

✚ Εξίσου αποτελεσματικά θεώρησαν τα αποτελέσματα της θεραπείας τους στο σώμα και στην ΚΓΔ 27 ασθενείς, δηλαδή το 73% του δείγματος. Από αυτούς οι 16 ασθενείς (59%) είχαν ΚΡΓΔ. Επίσης ΚΡΓΔ όμως είχε και το 90% όσων απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση (δηλαδή δε θεωρούσαν εξίσου αποτελεσματική τη θεραπεία στο σώμα και στην ΚΓΔ).

(Ερωτήσεις 25α-δ, Πίνακας 31, σελ.113 και 25ε-στ, Πίνακας 32, σελ.113)

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως ήταν αναμενόμενο, μια πιλοτική μελέτη (έρευνα) δεν οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα, αλλά μας δίνει μια πρώτη εικόνα, και μας βοηθά να δούμε τις αδυναμίες του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας. Τόσο κατά τη διεξαγωγή της έρευνας όσο και κατά τη διάρκεια της συγγραφής της, προκύπτουν προβλήματα, λύσεις και ιδέες για το πως, σε μεταγενέστερο χρόνο, μπορεί η έρευνα αυτή να διεξαχθεί πιο ομαλά, τι μπορούμε ή τι πρέπει να προσθέσουμε στους σκοπούς και στο πρωτόκολλο της.

Η παρούσα πιλοτική έρευνα δεν αποτέλεσε εξαίρεση. Με δείγμα 37 ασθενών, είδαμε κατά την περιγραφική στατιστική ανάλυση πως τα ποσοστά κατανομής των ασθενών κατά ηλικία, φύλο, διάγνωση ΚΡΓΔ κτλ, ήταν σύμφωνα με τα αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Κατά τη διενέργεια των συσχετίσεων, όμως, φάνηκε πως το δείγμα δεν ήταν αρκετά μεγάλο για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα, καθώς ήταν λίγες οι ερωτήσεις (ή υποερωτήσεις) για τις οποίες βρέθηκε σημαντική συσχέτιση (μόνο 12 από τις 57), και ακόμα λιγότερες (μόνο 4) όσες βρέθηκαν να έχουν θετική σημαντική συσχέτιση.

Πριν γίνει όμως αναφορά στα ερωτηματολόγια και τις απαντήσεις των ασθενών σε αυτά σε ό,τι αφορούσε τον πόνο που ένιωθαν, καλό θα ήταν να αναφερθούμε στο γεγονός ότι στο σύνολό τους οι ασθενείς αυτοί ήταν υπό θεραπεία για τη γενική νόσο (ΡΑ). Μια θεραπεία που συχνά αποτελείται από αντιφλεγμονώδη φάρμακα, κάτι που λόγω της παυσίπονης δράσης τους επηρεάζει την αντίληψη του πόνου. Επομένως γίνεται αντιληπτό πως συνεπακόλουθα μπορεί να επηρεάζονται και οι απαντήσεις των ασθενών τόσο ως προς την

ύπαρξη ή μη πόνου, όσο και προς την ένταση του πόνου, εφόσον αυτός υπάρχει.

Ειδικά πάντως σε ό,τι αφορά στην ύπαρξη ή όχι πόνου (όπως αυτός δηλώνεται από τον ασθενή), καλό είναι να θυμόμαστε πως σε προχωρημένα στάδια προσβολής από ΡΑ και λόγω του χώρου που έχει δημιουργηθεί από την οστική καταστροφή, ο πόνος παύει να υφίσταται, οπότε ο ασθενής μπορεί να έχει προσβεβλημένη την ΚΓΔ και μάλιστα βαρύτατα και πραγματικά να μην αισθάνεται πόνο.

Παρότι υπάρχουν παράγοντες λοιπόν που περιμένουμε πως περιορίζουν το πως αντιλαμβάνεται τον πόνο ο ασθενής, 12 ασθενείς, (δηλαδή ένας στους τρεις) είχαν χρόνια πόνο, δηλαδή πονούν τουλάχιστον τις μισές μέρες του μήνα (ή τις μισές μέρες του χρόνου) και μάλιστα με θετική CPI (συνηθέστερη ένταση του πόνου που νιώθει ο ασθενής με χρόνια πόνο και έχει συγκεκριμένη τιμή σε κάθε ασθενή), με τιμές από 20 έως 70, και διαβάθμιση χρόνιου πόνου από I-III (δεν υπήρξε διαβάθμιση IV). Από αυτούς, οι 5 είχαν και βαθμούς ανικανότητας (Disability points).

Προσοχή χρήζει επίσης και το γεγονός πως οι ίδιοι ασθενείς, απαντούν διαφορετικά σε ερωτήσεις που έχουν το ίδιο θέμα μεταξύ τους, αλλά διαφορετική διατύπωση. Για παράδειγμα, συνολικά 17 ασθενείς (46% του δείγματος) δήλωσαν ότι αισθάνονται πόνο σε κάποιο σημείο της κεφαλής, αλλά κανείς από αυτούς δεν απάντησε θετικά στη γενική ερώτηση για πόνο στο πρόσωπο (βλ. Διάγραμμα 21, σελ. 97). Συγκεκριμένα, οκτώ ασθενείς δήλωσαν πόνο στους κροτάφους, εννέα πόνο μπροστά από το αυτί και πέντε στη γνάθο. Χρειάζεται επομένως δουλειά το πως θα διατυπωθούν οι ίδιες οι ερωτήσεις, ώστε να είμαστε σίγουροι, ότι οι απαντήσεις που παίρνουμε ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Προβλήματα στην διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων δημιουργεί και η πεποίθηση των ασθενών πως κάτι είναι, λόγω ηλικίας, νόσου και/ή οδοντικής κατάστασης (προσθετικές εργασίες, μερική ή ολική ανωδοντία), αναπόφευκτο και “φυσιολογικό”, καθώς οι ασθενείς πριν απαντήσουν στην ερώτηση κρίνουν και αποφασίζουν τι είναι φυσιολογικό και αν θεωρήσουν κάτι φυσιολογικό δεν το δηλώνουν.

Για παράδειγμα, ασθενής που το στόμα του δεν κλείνει σωστά, θεωρεί ότι λόγω ηλικίας, απώλειας φυσικών δοντιών και απόκτησης ακίνητων προσθετικών εργασιών, είναι φυσιολογικό και αναπόφευκτο να μην μπορεί να μασήσει καλά και να μην κλείνει καλά το στόμα του. Έτσι, ερωτόμενος εαν κλείνει καλά το στόμα του και αν μασάει ικανοποιητικά την τροφή του, απαντά θετικά. Όταν στην κλινική εξέταση φανεί πως δεν κλείνει σωστά το στόμα του και ερωτηθεί ξανά, δηλώνει πως όχι, δεν μασάει καλά και δεν κλείνει όπως πρώτα, αλλά πως για την ηλικία και την οδοντική του κατάσταση, πιστεύει πως τρώει και κλείνει ικανοποιητικά. Συγκεκριμένα, 5 ασθενείς από τους 13 που απάντησαν αρνητικά στην ύπαρξη συμπτωμάτων δυσλειτουργίας (δηλαδή το 13,5% του συνολικού δείγματος ή το 38% όσων απάντησαν πως δεν είχαν κάποιο σύμπτωμα δυσλειτουργίας), αποδείχθηκε κατά την κλινική εξέταση πως είχαν τέτοια συμπτώματα, όπως μειωμένη μέγιστη κατάσπαση. Να σημειωθεί πως, η ερώτηση δεν ήταν γενική του τύπου αν υπάρχουν συμπτώματα δυσλειτουργίας του ΣΣ, ώστε να δημιουργηθεί σύγχυση στους ασθενείς, αλλά ανέφερε τα εν λόγω συμπτώματα ένα-ένα. Χρειάζεται επομένως προσοχή το πως θα γίνει η συλλογή του υλικού ώστε τελικά, να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Όταν δουλεύουμε με βάση διεθνή πρωτόκολλα μέρος των οποίων αποτελούν ερωτήσεις ιστορικού, δεν μπορούμε να αλλάξουμε τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς.

Ενδιαφέρον είχε, επίσης, πως μεγάλο ποσοστό ασθενών είχε οριακά φυσιολογική μέγιστη κατάσπαση (δεδομένης της κοινής παραδοχής πως κατάσπαση άνω των 40 χιλιοστών είναι φυσιολογική), με τη μέγιστη κατάσπασή τους μόλις 41-43 χιλιοστά. Αναλυτικότερα, ενώ οι ασθενείς που κατατάσσουμε στην κατηγορία ασθενών με περιορισμένη κατάσπαση είναι μόνο 16%, είναι σημαντικός ο αριθμός ασθενών οι οποίοι έχουν οριακά φυσιολογική μέγιστη κατάσπαση. Για την ακρίβεια, άλλο ένα 43% του συνόλου των ασθενών έχουν μέγιστη κατάσπαση που δεν υπερβαίνει τα 45 χιλιοστά, με την πλειοψηφία τους να έχουν μέγιστη ελεύθερη κατάσπαση 40, 41 ή 42 χιλιοστά, άρα οριακά φυσιολογική. Συνολικά, λοιπόν, το ποσοστό των ασθενών που έχουν μειωμένη μέγιστη κατάσπαση προστιθέμενο στο ποσοστό των ασθενών που η μέγιστη κατάσπασή τους είναι μεν φυσιολογική αλλά οριακά, φτάνει το 59%. Ξέρουμε δε, πως δεν είναι ασυνήθιστο κάποιος που εξεταζόμενος σήμερα έχει μέγιστη κατάσπαση 40 χιλιοστά, εξεταζόμενος αύριο να έχει 39 ή 41, κάτι που σημαίνει πως το γεγονός ότι ένα 43% του συνόλου του δείγματος είχε μέγιστη κατάσπαση οριακά φυσιολογική (στην συντριπτική τους πλειοψηφία κάτω των 43 χιλιοστών), έχει ιδιαίτερη σημασία. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω στοιχεία από την κλινική εξέταση, εντύπωση προκαλεί, ότι σε δυο διαφορετικές ερωτήσεις σχετικά με την ύπαρξη ιστορικού περιορισμένης διάνοιξης, μόνο 30% και 32% ασθενείς αντίστοιχα απάντησαν θετικά, ενώ μειωμένη κατάσπαση (διάνοιξη του στόματος) δήλωσε το 27%.

Έτσι, σε επόμενη έρευνα, θα είχε ενδιαφέρον να κινηθούμε βασιζόμενοι εκτός από τις διαγνώσεις κατά τα RDC-TMD κριτήρια (ή κατά τα DC-TMD τα οποία τα αντικαθιστούν αλλά ακόμα δεν είναι επίσημα μετεφρασμένα στα Ελληνικά), αλλά και σε αποδεδειγμένη προσβολή της ΚΓΔ από ΡΑ, η οποία θα αποδεικνύεται με απεικονιστικές μεθόδους (ιδανικά, CBCT).

Ενδιαφέρον θα είχε, επίσης, να εξετάζονται οι ασθενείς κατά την πρώτη συνεδρία τους, όταν οι ρευματολόγοι θα κάνουν την πρώτη εξέταση και λήψη ιστορικού, και εφ' όσον διαγνωστούν με ΡΑ να επανεξετάζονται στις επόμενες συνεδρίες, δηλαδή 6 και 12 μήνες μετά και να καταγράφονται τυχόν διαφορές της κατάστασης του ΣΣ τους (ύπαρξη πόνου, μέγιστη κατάσπαση, ήχοι, διαφορές στη σύγκλειση, ύπαρξη θερμότητας/οιδήματος, κτλ). Έτσι θα μειωνόταν το φαινόμενο των ασθενών που δεν είχαν προσέξει τα συμπτώματα από το στοματογναθικό του σύστημα (είτε γιατί ο πόνος η δυσφορία και ή τα προβλήματα που προκαλούνταν από άλλες επώδυνες περιοχές ήταν εντονότερα, είτε επειδή θεωρούσαν την επιδείνωση της κατάστασης του στοματογναθικού τους συστήματος φυσιολογική). Από την πρώτη εξέταση και μέχρι να δράσει πλήρως η θεραπεία οι ασθενείς έχοντας πλέον γνώση του τι είναι φυσιολογικό και σε τι θα μπορούσαν να βοηθηθούν, στην επόμενη εξέταση θα μπορούν να μας απαντήσουν με μεγαλύτερη σιγουριά για τα συμπτώματα ΚΡΓΔ που είχαν, πριν η δράση της νέας θεραπείας τους φτάσει σε θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι διαφορές αυτές θα είχε επίσης ενδιαφέρον να συσχετιστούν τόσο με τη βαρύτητα της νόσου όσο και με το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν οι ασθενείς (πχ ΜΣΑΦ, βιολογικοί παράγοντες κτλ) και να μπορέσουμε έτσι να διαπιστώσουμε αν κάποια θεραπεία έχει μεγαλύτερη επίδραση στην ΚΓΔ σε σχέση με τις άλλες.

Η παρούσα έρευνα μας έδειξε πέραν από τις αδυναμίες του πρωτοκόλλου, τις ελλείψεις στο σχεδιασμό του, τι δηλαδή θα έπρεπε να προσθέσουμε και τι ήταν περιττό. Μας έδειξε επίσης, πως αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, είναι αδιαμφισβήτητη η παρουσία ΚΡΓΔ στην πλειοψηφία των ασθενών με ΡΑ. Επομένως υπάρχει λόγος να συνεχιστεί η έρευνα ώστε να έχουμε πληρέστερη εικόνα και να μπορέσουμε έτσι, στο πλαίσιο των ρευματολόγων, να συνεργαστούμε ώστε να γίνει η καθημερινότητα των ασθενών αυτών, καλύτερη.

Άλλωστε, τόσο από το γεγονός πως στην παρούσα έρευνα οι ίδιοι οι ασθενείς δηλώνουν δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών λειτουργιών (πχ πάνω από 1 στους 3 δήλωσε πόνο κατά τη μάσηση), όσο και από τη βιβλιογραφία, φαίνεται πως τα συμπτώματα από το ΣΣ και κυρίως την ΚΓΔ έχουν σημαντικά αρνητικό αντίκτυπό στην καθημερινότητα των ασθενών (κυρίως καθημερινές δραστηριότητες όπως μάσηση, ομιλία, χάσημα, κατάποση κτλ) και επομένως είναι ιδιαίτερης σημασίας να επέμβουμε θεραπευτικά και βελτιώσουμε στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν την καθημερινότητά τους.^{91,92} Η δε έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος και η στενή συνεργασία γναθολόγων και ρευματολόγων είναι απαραίτητες για την καλύτερη αντιμετώπιση της παθολογίας της ΚΓΔ.⁹⁵

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Α.Γ.Τζιούφας, Π.Γ.Βλαχογιαννόπουλος, Χ.Μ. Μουτσόπουλος στο Σωτηρίου Α. Ράπτη, Εσωτερική Παθολογία, τόμος 2^{ος}, εκδόσεις Παρισιάνος, 1996
2. Χαράλαμπος Μουτσόπουλος, Εγκυκλοπαίδεια αυτοάνοσων νοσημάτων, τρίτη έκδοση, εκδόσεις Καπον 2010
3. Papadimitraki ED, Kyrmizakis DE, Kritikos I, et al. Ear-nose-throat manifestations of autoimmune rheumatic diseases. Clin Exp Rheumatol 2004; 22(4):485-494
4. Jeffrey P. Harris, Michael H. Weisman., Head and neck manifestations of systemic disease, Informa Healthcare USA, Inc., 2007
5. Landre-Beauvais AJ. The first description of rheumatoid arthritis. Unabridged text of the doctoral dissertation presented in 1800. Joint Bone Spine 2001;68:130-143
6. Fraser KJ. Anglo-French contributions to the recognition of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1982;41: 335-343.
7. Short C. The antiquity of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1974;17:193-205
8. Heberden W. Commentaries on the history and cure of diseases. London: Payne, 1802
9. Garrod AB. A treatise on gout and rheumatic gout. In Rheumatoid Arthritis, 3rd ed. London: Longmans, Green, 1875
10. Marc C.Hochberg, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H Weisman, Rheumatoid arthritis, Mosby 2009
11. Short C, Bauer W, Reynolds WE. Rheumatoid arthritis. A definition of the disease and a clinical description based on a numerical study of 293 patients and controls. Commonwealth Fund. The Harvard University Press, 1957, pages 24-26

12. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing spondylitis and HL-A 27. *Lancet* 1973;1:904–907
13. Waaler E. On the occurrence of a factor in human serum activating the specific agglutination of sheep red corpuscles. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1940;17:172–176
14. Rose HM, Ragan C, Pearce E, Lipman MO. Differential agglutination of normal and sensitized sheep erythrocytes by sera of patients with rheumatoid arthritis. *Proc Soc Exp Biol Med* 1949;68:1–10
15. Carson DA, Chen PP, Kipps TJ. New roles for rheumatoid factor. *J Clin Invest* 1991;87:379–383.
16. Fleming A, Crown JM, Corbett, M. Early rheumatoid disease. I. Onset. *Ann Rheum Dis* 1976;35(4):357–360
17. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001;358(9285): 903–911
18. MacGregor AJ, Snieder H, Rigby AS, et al. Characterizing the quantitative genetic contribution to rheumatoid arthritis using data from twins. *Arthritis Rheum* 2000;43:30–37
19. Bali D, Gourley S, Kostyu DD, et al. Genetic analysis of multiplex rheumatoid arthritis families. *Genes Immun* 1999;1:28–36
20. Amos CI, Chen WV, Lee A, et al. High-density SNP analysis of 642 Caucasian families with rheumatoid arthritis identifies two new linkage regions on 11p12 and 2q33. *Genes Immun* 2006;7:277–286
21. Etzel CJ, Chen WV, Shepard N, et al. Genome-wide meta-analysis for rheumatoid arthritis. *Hum Genet* 2006;119:634–641
22. Cornelis F, Faure S, Martinez M, et al. New susceptibility locus for rheumatoid arthritis suggested by a genome-wide linkage study. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998;95:10746–10750
23. MacKay K, Eyre S, Myerscough A, et al. Whole-genome linkage analysis of rheumatoid arthritis susceptibility loci in 252 affected

- sibling pairs in the United Kingdom. *Arthritis Rheum* 2002;46: 632–639
24. Silman AJ, MacGregor AJ, Thomson W, et al. Twin concordance rates for rheumatoid arthritis: Results from a nationwide study. *Br J Rheumatol* 1993;32:903–907
 25. Aho K, Koskenvuo M, Tuominen J, Kaprio J. Occurrence of rheumatoid arthritis in a nationwide series of twins. *J Rheumatol* 1986; 13:899–902
 26. Jarvinen P, Aho K. Twin studies in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum* 1994;24:19–28
 27. Wolfe F, Kleinheksel SM, Khan MA. Prevalence of familial occurrence in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1988; 27(Suppl 2):150–152
 28. Deighton CM, Walker DJ, Griffiths ID, Roberts DF. The contribution of HLA to rheumatoid arthritis. *Clin Genet* 1989;36:178–182
 29. Hasstedt SJ, Clegg DO, Ingles L, Ward RH. HLA-linked rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet* 1994;55:738–746
 30. Pedersen M, Jacobsen S, Klarlund M, Frisch M. Socioeconomic status and risk of rheumatoid arthritis: A Danish case–control study. *J Rheumatol* 2006;33(6):1069–1074
 31. Bengtsson C, Nordmark B, Klareskog L, et al. Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: Results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis* 2005;64(11):1588–1594
 32. Criswell LA, Merlino LA, Cerhan JR, et al. Cigarette smoking and the risk of rheumatoid arthritis among postmenopausal women: Results from the Iowa Women’s Health Study. *Am J Med* 2002; 112(6):465–471
 33. Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B, et al. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: Results

- from a population based case-control study, using incident cases. *Ann Rheum Dis* 2003;62(9):835–841
34. Pedersen M, Stripp C, Klarlund M, et al. Diet and risk of rheumatoid arthritis in a prospective cohort. *J Rheumatol* 2005;32(7): 1249–1252
 35. Linos A, Kaklamani VG, Kaklamani E, Koumantaki Y, et al. Dietary factors in relation to rheumatoid arthritis: A role for olive oil and cooked vegetables? *Am J Clin Nutr* 1999;70(6):1077–1082
 36. Olsson AR, Skogh T, Axelson O, Wingren G. Occupations and exposures in the work environment as determinants for rheumatoid arthritis. *Occup Environ Med* 2004;61(3):233–238
 37. Calvert GM, Rice FL, Boiano JM, et al. Occupational silica exposure and risk of various diseases: An analysis using death certificates from 27 states of the United States. *Occup Environ Med* 2003; 60(2):122–129
 38. Stolt P, Kallberg H, Lundberg I, et al. Silica exposure is associated with increased risk of developing rheumatoid arthritis: Results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis* 2005;64(4): 582–586
 39. Costenbader KH, Karlson EW. Epstein-Barr virus and rheumatoid arthritis: Is there a link? *Arthritis Res Ther* 2006;8(1):204
 40. Balandraud N, Roudier J, Roudier C. Epstein-Barr virus and rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev* 2004;3(5):362–367
 41. Toussirot E, Roudier J. Pathophysiological links between rheumatoid arthritis and the Epstein-Barr virus: An update. *Joint Bone Spine* 2007;74:418–426
 42. Symmons DPM, Bankhead CR, Harrison BJ, et al. Blood transfusion, smoking, and obesity as risk factors for the development of rheumatoid arthritis—Results from a primary care-based incident case-control study in Norfolk, England. *Arthritis Rheum* 1997; 40(11):1955–1961

43. Cerhan JR, Saag KG, Criswell LA, et al. Blood transfusion, alcohol use, and anthropometric risk factors for rheumatoid arthritis in older women. *J Rheumatol* 2002;29(2):246–254
44. Jorgensen C, Picot MC, Bologna C, Sany J. Oral contraception, parity, breast feeding, and severity of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1996;55(2):94–98
45. Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, van Zeben D, et al. Pregnancy and oral contraceptive use do not significantly influence outcome in long-term rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61(5):405–408
46. Brun JG, Nilssen S, Kvale G. Breast-feeding, other reproductive factors and rheumatoid-arthritis—a prospective study. *Br J Rheumatol* 1995;34(6):542–546
47. Nelson JL, Koepsell TD, Dugowson CE, et al. Fecundity before disease onset in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1993;36(1):7–14
48. Merlino LA, Cerhan JR, Criswell LA, et al. Estrogen and other female reproductive risk factors are not strongly associated with the development of rheumatoid arthritis in elderly women. *Semin Arthritis Rheum* 2003;33(2):72–82
49. Rudwaleit M, Andermann B, Alten R, et al. Atopic disorders in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61(11):968–974
50. Hilliquin P, Allanore Y, Coste J, et al. Reduced incidence and prevalence of atopy in rheumatoid arthritis. Results of a case-control study. *Rheumatology (Oxford)* 2000;39(9):1020–1026
51. Hartung AD, Bohnert A, Hackstein H, et al. Th2-mediated atopic disease protection in Th1-mediated rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(4):481–484
52. Torrey EF, Yolken RH. The schizophrenia–rheumatoid arthritis connection: Infectious, immune, or both? *Brain Behav Immun* 2001;15(4):401–410

53. Δρούκας Χρ. Βύρων. Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, 2008
54. Mason, Stephen F. (1962). *A History of the Sciences*. New York, NY: Collier Books. p. 550
55. Μαργέτη Αναστασία. Συμβολή εις την μελέτην του συνδρόμου COSTEN και την διά αποκαταστάσεως θεραπείαν λειτουργικών διαταραχών των γναθοκροταφικών διάρθρωσεων. 1970
56. Costen JB, A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. 1934, *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997 Oct;106(10 Pt 1):805-19
57. Rafael Poveda Roda et al, Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification, epidemiology and risk factors, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E292-8
58. J.D. RUGH, B.J. WOODS, L. DAHLSTROM, Temporomandibular Disorders: Assessment of Psychological Factors, *ADR* August 1993, vol.7, no.2, 127-136
59. Melzack R (1986). *Neurophysiological foundations of pain. The psychology of pain*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1-25
60. Turk DC, Rudy TE. Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behav Res Ther*. 1987;25:237-49
61. Carlsson EG, Magnusson T. Κλινική φυσιολογία του Στοματογναθικού συστήματος για τον γενικό οδοντίατρο. Εκδόσεις Παρισιάνου, 2006.
62. Δρ. Βύρων Χ. Δρούκας, Ιωάννης Γ. Γκισάκης, Η Ρευματοειδής αρθρίτιδα της Κροταφογναθικής διάρθρωσης, εκδοσεις Παρισιάνου, 2001
63. D. Melchiorre et al, A comparison of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis, *Rheumatology* 2003;42:673-676
64. Twilt M, Schulten AJ, Nicolaas P, Dülger A, van Suijlekom-Smit

- LW. Facioskeletal changes in children with juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(6):823–5.
65. Arabshahi B, Cron RQ. Temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: the forgotten joint. *Curr Opin Rheumatol* 2006; 18(5):490–5.
66. Foster HE, Eltringham MS, Kay LJ, Friswell M, Abinun M, Myers A. Delay in access to appropriate care for children presenting with musculoskeletal symptoms and ultimately diagnosed with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 57(6):921–7
67. Torin Barr; Nicole M. Carmichael; George K.B. Sándor, Juvenile Idiopathic Arthritis: A Chronic Pediatric Musculoskeletal Condition with Significant Orofacial Manifestations, *JCDA* November 2008, Vol. 74, No. 9
68. Ince DO, Ince A, Moore TL. Effect of methotrexate on the temporomandibular joint and facial morphology in juvenile rheumatoid arthritis patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000; 118(1):75–83
69. Sidiropoulou-Chatzigianni S, Papadopoulos MA, Kolokithas G. Dentoskeletal morphology in children with juvenile idiopathic arthritis compared with healthy children. *J Orthod* 2001; 28(1):53–8
70. Walton AG, Welbury RR, Thomason JM, Foster HE. Oral health and juvenile idiopathic arthritis: a review. *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39(5):550–5
71. Maguire A, Rugg-Gunn AJ. Consumption of prescribed and over-the-counter (OTC) liquid oral medicines (LOMs) in Great Britain and the northern region of England, with special regard to sugar content. *Public Health* 1994; 108(2):121–30
72. Ueeck BA, Mahmud NA, Myall RW. Dealing with the effects of juvenile rheumatoid arthritis in growing children. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2005; 17(4):467–73.

73. Jordan A, McDonagh JE. Juvenile idiopathic arthritis: the paediatric perspective. *Pediatr Radiol* 2006; 36(8):734–42. Epub 2006 May 4
74. Pedersen TK, Gronhøj J, Melsen B, Herlin T. Condylar condition and mandibular growth during early functional treatment of children with juvenile chronic arthritis. *Eur J Orthod* 1995; 17(5):385–94
75. Elisabeth Gonzaga Canova Fernandes et al. Osteonecrosis of the jaw on imaging exams of patients with juvenile systemic lupus erythematosus, *Bras J Rheumatol* 2010;50(1):3-15
76. Saadet Sag, İsmail Atsu, Ayşe Figen Ayhan-Ardic. Temporomandibular disorders seen in rheumatology practices: a review, *Rheumatol Int* (2006) 26: 781–787
77. Iacopino AM, Wathen WF. Craniomandibular disorders in the geriatric patient. *J Orofac Pain* 1993;7:38-52
78. American Academy of Orofacial Pain. de Leeuw R (ed). Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management, 4th ed. Chicago: Quintessence, 2008:145–151
79. Edward F. Wright, Manual of temporomandibular disorders, Wiley-Blackwell, second edition, 2010
80. Goupille P, Fouquet B, Goga D, Cotty P, Valat J. The temporomandibular joint in rheumatoid arthritis: correlations between clinical and tomographic features. *J Dent* 1993; 21:141-6
81. Kreutziger KL, Mahan PL., Temporomandibular degenerative joint disease I: Anatomy, pathophysiology, and clinical description. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975;40:165-9.
82. Redlund-Johnell L. Upper airway obstruction in patients with rheumatoid arthritis and temporomandibular joint destruction. *Scand Rheumatol* 1988;17:273-9.
83. Voog U, Alstergren P, Eliasson S, Leibler E, Kallikorm R, Kopp S (2003). Inflammatory mediators and radiographic changes in

- temporomandibular joints of patients with rheumatoid arthritis. *Acta Odontol Scand* 61:57–64
84. Goupille P, Fouquet B, Colty G, Goga D, Valat JP (1992). Direct coronal computed tomography of the temporomandibular joint in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Radiol* 66:955–960.
 85. Celiker R, Gokce-Kutsal Y, Eryilmaz M (1995). Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis. Relationship with disease activity. *Scand J Rheumatol* 24:22–25
 86. Tegelberg A (1987). Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis. A clinical study. *Swed Dent J* 49:1–133
 87. Laskin DM (2005) Temporomandibular joint pain. In: Harris ED, Budd RC, Firestein GS, Genovese MC, Sargent JS, Ruddy S, Sledge CB (eds) *Kelley's textbook of rheumatology*. Elsevier Saunders, Philadelphia
 88. McNeill C (1997). Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 77:510–522
 89. Okeson JP, ed (1996). *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Quintessence Publishing Co, Chicago.
 90. K Moen et al, Salivary gland and TMJ involvement in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. *Oral Diseases* (2005) 11, 27-34.
 91. Voog U et al. Impact of temporomandibular joint pain on activities of daily living in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Odontol Scand*. 2003 Oct; 61(5):278-82
 92. Neveen Ahmed et al., Impact of Temporomandibular Joint Pain in Rheumatoid Arthritis. *Mediators of Inflammation*, Volume 2013, (2013), Article ID 597419, 6 pages.
 93. Bracco P, et al. Evaluation of the stomatognathic system in patients with rheumatoid arthritis according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Cranio* 2010 Jul;28(3):181-6

94. Scrivani Steven et al. Temporomandibular disorders. N Engl J Med 2008;359:2693-705
95. Bono AE et al, Stomatognathic system involvement in rheumatoid arthritis patients. Cranio, 2014 Jan;32(1):31-7
96. Schaible HG. Nociceptive neurons detect cytokines in arthritis. Arthritis Res Ther. 2014;16(5):470
97. Ahlstrand I et al. Pain and difficulties performing valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2015 Jan 25. DOI 10.1007/s10067-015-2874-5
98. Raut VV et al. Hearing loss in rheumatoid arthritis. The Journal of Otolaryngology. 2001, 30(5):289-294
99. Tavernier L et al. Rheumatoid arthritis involved in the ear drum. Otolology and neurotology. Jan 2011, volume 32, issue1, ppe5-e6
100. Ioannis Kastanioudakis, Antonios Skevas, Vasilios Danielidis, Eleni Tsiakou, A. Alexandros Drosos and M. Haralampos Moustopoulos (1995). Inner ear involvement in rheumatoid arthritis: a prospective clinical study. The Journal of Laryngology & Otology, 109, pp713-718. doi:10.1017/S0022215100131135.
101. Ozcan I, et al. Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritisQ correlation of clinical, laboratory and magnetic resonance imaging findings. B-ENT 2008;4(1):19-24
102. Tegelberg A, Kopp S. Skin surface temperature over the masseter muscle in individuals with rheumatoid arthritis. Acta Odontol Scand. 1988 Jun;46(3):151-8
103. Witulski S., et al. Evaluation of the TMJ by means of clinical TMD examination and MRI diagnostics in patients with rheumatoid arthritis. Biomed Res Int. 2014;2014:328560.
104. Lobbezoo F. et al. Topical review: New insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular Joint. J OROFACIAL PAIN 2004;18:181-191
105. Koh ET et al. Temporomandibular disorders in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 1999, 26(9):1918-1922

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- ✓ 9.1: Αποδοχή για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας από την κλινική της Παθολογικής Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ



✓ 9.2: Έντυπο συναίνεσης ασθενούς (consent form)

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΥΞΩΝ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____

i. Τίτλος Προγράμματος: **Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην κροταφογναθική διάρθρωση.**

ii. Σχολή/Τμήμα: Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου

iii. Κύριος ερευνητής: Καθηγητής Δρούκας Βύρων, τηλ: 2107461321

iv. Ερευνητής: Καλούμενου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία.

Σας ζητείται να συμμετέχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που γίνεται με τη στήριξη του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι ακόλουθες πληροφορίες παρέχονται προς ενημέρωσή σας προκειμένου να αποφασίσετε αν επιθυμείτε να συμμετέχετε.

1. Σκοπός

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διερευνηθεί το ποια είναι η συχνότητα προσβολής των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, ποια είναι η συχνότητα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού σε ασθενείς με Ρευματοειδή αρθρίτιδα, και αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφόρων μορφών της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της προσβολής των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από τη νόσο. Επίσης, σε ποιο σημείο στην πορεία της συστηματικής νόσου (Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας) εμφανίζεται η προσβολή των κροταφογναθικών διαρθρώσεων και αν απαντάει η προσβεβλημένη κροταφογναθική διάρθρωση στη συστηματική θεραπεία. Τελος, πόσο εύκολα είναι δυνατό ο ιατρός ή ο οδοντίατρος να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η κροταφογναθική διάρθρωση του ασθενούς έχει προσβληθεί από ΡΑ, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών σε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργηθεί από την Καλούμενου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία ειδικά για αυτή την έρευνα.

2. Διαδικασίες

Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Συμπλήρωση ερωτηματολογίων που είναι μέρος του πρωτοκόλλου και της ρουτίνας εξέτασης ασθενών που προσέρχονται στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Συμπλήρωση ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε για αυτή την έρευνα, με βάση τα σημεία και συμπτώματα που βάση βιβλιογραφίας παρατηρούνται στους ασθενείς που έχουν προσβολή της κροταφογναθικής τους διάρθρωσης από αυτοάνοση νόσο, ή που πάσχουν από κρανιογναθικές διαταραχές.

- Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού του ασθενή
- Λήψη ιατρικού ιστορικού του ασθενή
- Κλινική εξέταση του ασθενή η οποία αποτελείται από μετρήσεις και ψηλάφηση τόσο της κροταφογναθικής διάρθρωσης όσο και των μυών του στοματογναθικού συστήματος.
- Πανοραμική ακτινογραφία με σκοπό της επιβεβαίωση των ερημάτων(Περιγραφή των διαδικασιών ώστε να είναι γλωσσικά κατανοητές στο συμμετέχοντα και ενημέρωση για διαδικασίες που είναι σε πειραματικό στάδιο.
- Στην έρευνα θα υπάρχουν τρεις ομάδες ασθενών, ανάλογα με το ιατρικό ιστορικό τους, και κάθε μια θα αποτελείται από 20 άτομα.
- Εφόσον γίνουν όλα τα ανωτέρω σε μια συνεδρία, ο ασθενής δε θα χρειάζεται να επανέλθει.
- Στο τέλος της συνεδρίας ο ασθενής θα πληροφορηθεί για το εάν έχει προσβληθεί η κροταφογναθική του διάρθρωση από το αυτοάνοσο νόσημα από το οποίο πάσχει, εάν πάσχει από κρανιογναθικές διαταραχές και τι μπορεί να κάνει για να βελτιωθεί ή να μην χειροτερέψει η κατάστασή του.

3. Εξαιρέσεις

Δεν μπορείτε να συμμετάσχετε σε αυτήν την έρευνα αν κάποιο από τα ακόλουθα ισχύει για εσάς:

Εάν είστε εγκυμονούσα και χρειαστεί να γίνει απεικονιστικός έλεγχος της κροταφογναθικής σας διάρθρωσης. Εάν μείνετε εγκυος κατά την διάρκεια της έρευνας, ο κύριος ερευνητής πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως,

4. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Η εξέταση (τόσο η κλινική, όσο και η ακτινογραφική) δεν είναι πειραματικές και αποτελούν μέρος τους πρωτοκόλλου που ακολουθείται στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, είναι δηλαδή μέρος της συνηθισμένης και ενδεδειγμένης οδοντιατρικής φροντίδας.

5. Κόστος έρευνας

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

6.α. Οφέλη

Η συμμετοχή σας στη μελέτη δεν θα επιφέρει αλλαγές στον τρόπο ζωής σας, ούτε τροποποίηση των φαρμάκων που ήδη λαμβάνονται. Εφόσον συμμετέχετε στη μελέτη, θα διαπιστωθεί το αν και σε ποιο βαθμό πάσχετε από κρανιογναθικές διαταραχές, ενώ αν πάσχετε από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, θα εξακριβωθεί και το αν υπάρχει προσβολή της κροταφογναθικής σας διάρθρωσης. Σε κάθε περίπτωση εάν πάσχετε από κρανιογναθικές διαταραχές και/ή προσβολή των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από ρευματοειδή αρθρίτιδα, θα σας προταθεί η κατάλληλη θεραπεία, την οποία

μπορείτε εάν θέλετε να ακολουθήσετε στη Κλινική του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου της Οδοντιατρικής Σχολής, με δική σας επιβάρυνση. Επίσης, εάν χρειάζεται να γίνει κάποιο άλλο είδος θεραπείας (π.χ. προσθετική, ενδοδοντική, έμφραξη) το κόστος θα βαρύνει εσάς. Σε κοινωνικό επίπεδο με τη συμμετοχή σας θα βοηθήσετε στη δημιουργία ερωτηματολογίου που θα βοηθά στην ευκολότερη και γρηγορότερη διάγνωση προσβολής της Κροταφογναθικής Διάρθρωσης από ρευματοειδή αρθρίτιδα.

6.8. Πληρωμή

Καμία πληρωμή δε θα πραγματοποιηθεί για τη συμμετοχή σας.

7. Εμπιστευτικότητα

Κρατείται πλήρης εμπιστευτικότητα για όλα τα αρχεία. Πάραυτα, δεν υπάρχει εγγύηση ότι αυτές οι πληροφορίες δε μπορούν να γνωστοποιηθούν σε δικαστήριο ή άλλη νομική διαδικασία. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, το όνομά σας δε θα αναφέρεται σε καμία αναφορά ή δημοσίευση.

8. Δικαίωμα μη- συμμετοχής ή απόσυρσης

Μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα όποτε εσείς επιθυμείτε. Η απόσυρσή σας δεν επηρεάζει τη δυνατότητά σας να λαμβάνετε θεραπεία από τον θεράποντα ιατρό σας, την Οδοντιατρική Σχολή ή άλλα προνόμια τα οποία έχετε, ούτε η άρνησή σας να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα επηρεάζει τη δυνατότητά σας να λαμβάνετε θεραπεία από τον θεράποντα ιατρό σας, την Οδοντιατρική Σχολή ή την απολαβή άλλων προνομίων που έχετε. Το ίδιο ισχύει και για τη θεραπεία που λαμβάνετε από το Λαϊκό Νοσοκομείο.

Ο υπεύθυνος ερευνητής αυτής της έρευνας έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη συμμετοχή σας σε οιονδήποτε χρόνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μη αναμενόμενη αντίδρασή σας, ή σε μη επιτυχή παρακολούθηση των οδηγιών από εσάς, ή επειδή έχει σταματήσει η έρευνα εξ ολοκλήρου.

9. Εγγύηση ότι οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί και θα απαντηθούν

Αν έχετε επιπλέον ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον κύριο ερευνητή, καθηγητή Βύρων Δρούκα, στον αριθμό 210-7461321.

Αυτό το πρόγραμμα έχει αναθεωρηθεί και έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Λαϊκού Νοσοκομείου. Αν υπάρχουν ερωτήσεις οι οποίες αφορούν στην Επιτροπή, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Πρόεδρο του Τμήματος, καθηγητή Ηλιάδη Γεώργιο στον αριθμό 210-746-1101.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα. Εκτιμώ ότι θα λάβω αντίγραφο της φόρμας συγκατάθεσης όταν αυτή έχει υπογραφεί.

Υπογραφή συμμετέχοντα ή νόμιμου κηδεμόνα

Ημερομηνία

Υπογραφή ερευνητή που έλαβε τη συγκατάθεση

Ημερομηνία

- ✓ 9.3: RDC-TMD, Ιστορικό και κλινική εξέταση (επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά από την επίσημη ιστοσελίδα <http://www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/RDC-TMD/Translations/Greek.aspx>).

Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια για Κροταφογναθικές Διαταραχές ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ											
Αριθμός Ασθενή: _____											
Ημερομηνία: ____ / ____ / ____											
Παρακαλούμε διαβάστε κάθε ερώτηση και απαντήστε αναλόγως. Για καθεμία από τις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε μόνο μία απάντηση.											
1.	Θα λέγατε πως η υγεία σας γενικά είναι εξαιρετική, πολύ καλή, καλή, ικανοποιητική ή φτωχή; <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">εξαιρετική</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">πολύ καλή</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">καλή</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">μέτρια</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">φτωχή</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	εξαιρετική	1	πολύ καλή	2	καλή	3	μέτρια	4	φτωχή	5
εξαιρετική	1										
πολύ καλή	2										
καλή	3										
μέτρια	4										
φτωχή	5										
2.	Θα λέγατε ότι η στοματική σας υγεία γενικά είναι εξαιρετική, πολύ καλή, καλή, ικανοποιητική ή φτωχή; <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">εξαιρετική</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">πολύ καλή</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">καλή</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">μέτρια</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">φτωχή</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	εξαιρετική	1	πολύ καλή	2	καλή	3	μέτρια	4	φτωχή	5
εξαιρετική	1										
πολύ καλή	2										
καλή	3										
μέτρια	4										
φτωχή	5										
3.	Είχατε πόνο στο πρόσωπο, στην κάτω γνάθο, στον κρόταφο, μπροστά από το αυτί ή μέσα στο αυτί τον περασμένο μήνα; <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Όχι</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ναι</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> </table>	Όχι	0	Ναι	1						
Όχι	0										
Ναι	1										
[Αν όχι, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 14]											
Αν Ναι,											
4.a.	Πριν πόσα χρόνια ξεκίνησε για πρώτη φορά ο πόνος στο πρόσωπό σας ____ Χρόνια [Εάν 1 χρόνο πριν ή περισσότερο περάστε στην ερώτηση 5] [Εάν λιγότερο από 1 χρόνο πριν, συμπληρώστε 00]										
4.b.	Πριν πόσους μήνες ξεκίνησε για πρώτη φορά ο πόνος στο πρόσωπό σας; ____ Μήνες										
5.	Ο πόνος στο πρόσωπό σας είναι επίμονος, επανεμφανιζόμενος ή εμφανίστηκε μόνο μια φορά; <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Επίμονος</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Επανεμφανιζόμενος</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Μια φορά</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	Επίμονος	1	Επανεμφανιζόμενος	2	Μια φορά	3				
Επίμονος	1										
Επανεμφανιζόμενος	2										
Μια φορά	3										

6. Έχετε επισκεφθεί ποτέ κάποιον παθολόγο, οδοντίατρο, χειροπρακτικό ή άλλον επαγγελματία υγείας για πόνο στο πρόσωπο;
- | | |
|---------------------------------------|---|
| Όχι | 1 |
| Ναι, μέσα στους τελευταίους έξι μήνες | 2 |
| Ναι, περισσότερο από 6 μήνες πριν | 3 |
7. Πώς θα αξιολογούσατε αυτή τη στιγμή, τον πόνο στο πρόσωπό σας σε μία κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καθόλου πόνο” και το 10 στον “χειρότερο δυνατό πόνο”;
- | Καθόλου πόνος | | | | | | | | | | | Χειρότερος δυνατός πόνος |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
8. Τους περασμένους έξι μήνες, πόσο έντονος ήταν ο χειρότερος πόνος σας σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καθόλου πόνο” και το 10 στον “χειρότερο δυνατό πόνο”;
- | Καθόλου πόνος | | | | | | | | | | | Χειρότερος δυνατός πόνος |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
9. Τους περασμένους έξι μήνες, πόσο έντονος ήταν, κατά μέσο όρο, ο πόνος σας σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καθόλου πόνο” και το 10 στον “χειρότερο δυνατό πόνο”; [Η ερώτηση αναφέρεται στο συνηθισμένο σας πόνο τις στιγμές που είχατε πόνο]
- | Καθόλου πόνος | | | | | | | | | | | Χειρότερος δυνατός πόνος |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
10. Πόσες ημέρες περίπου, τους τελευταίους έξι μήνες, έχετε μείνει μακριά από τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες (δουλειά, σχολείο ή οικιακά) εξαιτίας του πόνου στο πρόσωπο;
- — — Ημέρες
11. Τους περασμένους έξι μήνες, πόσο έχει επηρεάσει ο πόνος στο πρόσωπο τις καθημερινές σας δραστηριότητες, σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καμιά επίδραση” και το 10 σε “αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα”;
- | Καμία επίδραση | | | | | | | | | | | Αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
12. Τους περασμένους έξι μήνες, πόσο έχει επηρεάσει ο πόνος στο πρόσωπό σας την ικανότητά σας να συμμετέχετε σε ψυχαγωγικές, κοινωνικές και οικογενειακές δραστηριότητες σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καμιά επίδραση” και το 10 σε “αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα”;
- | Καμία επίδραση | | | | | | | | | | | Αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
13. Τους περασμένους 6 μήνες, πόσο έχει επηρεάσει την ικανότητά σας να εργάζεστε (συμπεριλαμβανοντας τις δουλειές του σπιτιού) σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε “καμιά επίδραση” και το 10 σε “αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα”;
- | Καμία επίδραση | | | | | | | | | | | Αδυναμία να κάνει οποιαδήποτε δραστηριότητα |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

- 14.a. Είχε ποτέ «κλειδώσει» ή «πιαστεί» η γνάθος σας έτσι ώστε να μην μπορείτε να ανοίξετε πολύ το στόμα σας;

Όχι	0
Ναι	1

[Εάν δεν υπήρξε πρόβλημα στο άνοιγμα του στόματος, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 15]

Εάν Ναι,

- 14.b. Ήταν τόσο έντονος ο περιορισμός στο άνοιγμα του στόματός σας, ώστε να σας παρεμποδίζει στο φαγητό;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.a. Ακούτε κλικ από τη γνάθο σας όταν ανοίγετε ή κλείνετε το στόμα σας ή όταν μασάτε;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.b. Ακούτε έναν ερπυστικό ή κριγμώδη ήχο από τη γνάθο σας όταν ανοίγετε ή κλείνετε το στόμα σας ή όταν μασάτε;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.c. Σας έχουν πει ή έχετε παρατηρήσει ότι τρίζετε τα δόντια σας ή σφίγγετε τη γνάθο σας όταν κοιμάστε τη νύχτα;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.d. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, τρίζετε τα δόντια σας ή σφίγγετε τη γνάθο σας;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.e. Πονάει η γνάθο σας ή την αισθάνεστε πιασμένη όταν ξυπνάτε το πρωί;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.f. Έχετε θορύβους ή κουδούνισμα στα αυτιά σας;

Όχι	0
Ναι	1

- 15.g. Αισθάνεστε τον τρόπο που δαγκώνετε άβολο ή ασυνήθιστο;

Όχι	0
Ναι	1

- 16.a. Έχετε ρευματοειδή αρθρίτιδα, ερυθηματώδη λύκο, ή άλλη συστηματική νόσο των αρθρώσεων;

Όχι	0
Ναι	1

- 16.b. Γνωρίζετε αν κάποιος από την οικογένειά σας είχε μία από τις παραπάνω νόσους;

Όχι	0
Ναι	1

- 16.c. Είχατε ή έχετε κάποιο πρήξιμο ή πόνο σε άλλη(ες) άρθρωση(εις) εκτός από τις αρθρώσεις που βρίσκονται κοντά στα αυτιά σας (ΚΓΔ);

Όχι	0
Ναι	1

[Αν δεν έχετε πρήξιμο ή πόνο στις αρθρώσεις, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 17.a.]

Εάν Ναι,		
16.d.	Είναι αυτός ο πόνος επίμονος και τον είχατε για τουλάχιστον ένα χρόνο;	
	Όχι	0
	Ναι	1
17.a.	Είχατε κάποιον πρόσφατο τραυματισμό στο πρόσωπο ή στη γνάθο;	
	Όχι	0
	Ναι	1
[Αν δεν είχατε πρόσφατο τραυματισμό, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 18]		
Εάν ναι,		
17.b.	Είχατε πόνο στη γνάθο πριν τον τραυματισμό;	
	Όχι	0
	Ναι	1
18.	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, είχατε πρόβλημα με πονοκεφάλους ή ημικρανίες;	
	Όχι	0
	Ναι	1
19.	Ποιες δραστηριότητες σας εμποδίζει ή σας περιορίζει από το να κάνετε, το πρόβλημα που έχετε με τη γνάθο σας;	
a.	Να μασάτε	
	Όχι	0
	Ναι	1
b.	Να πίνετε	
	Όχι	0
	Ναι	1
c.	Να αθλείστε	
	Όχι	0
	Ναι	1
d.	Να τρώτε σκληρές τροφές	
	Όχι	0
	Ναι	1
e.	Να τρώτε μαλακές τροφές	
	Όχι	0
	Ναι	1
f.	Να χαμογελάτε/ Να γελάτε	
	Όχι	0
	Ναι	1
g.	Σεξουαλική δραστηριότητα	
	Όχι	0
	Ναι	1
h.	Να καθαρίζετε τα δόντια ή το πρόσωπο	
	Όχι	0
	Ναι	1
i.	Να χασμουριέστε	
	Όχι	0
	Ναι	1
j.	Να καταπίνετε	
	Όχι	0
	Ναι	1
k.	Να μιλάτε	
	Όχι	0
	Ναι	1
l.	Να έχετε τη συνηθισμένη εμφάνιση του προσώπου σας	
	Όχι	0
	Ναι	1

20. Τον τελευταίο μήνα, πόσο έχετε αισθανθεί αγχωμένος-πιεσμένος από:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
1. Πονοκεφάλους	1	2	3	4	5
2. Νευρική ή εσωτερική αναστάτωση-ανησυχία	1	2	3	4	5
3. Τάση λιποθυμίας ή ζαλάδα	1	2	3	4	5
4. Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή απόλαυσης	1	2	3	4	5
5. Πόνους στην καρδιά ή στο στήθος	1	2	3	4	5
6. Αίσθημα έλλειψης ενέργειας ή μειωμένων ρυθμών	1	2	3	4	5
7. Διαταραγμένο ή ανήσυχο ύπνο	1	2	3	4	5
8. Τρέμουλο	1	2	3	4	5
9. Μειωμένη όρεξη για φαγητό	1	2	3	4	5
10. Να κλαίτε εύκολα	1	2	3	4	5
11. Αίσθημα ότι είστε εγκλωβισμένος ή παγιδευμένος	1	2	3	4	5
12. Ξαφνικό φόβο χωρίς λόγο	1	2	3	4	5
13. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για πράγματα	1	2	3	4	5
14. Πόνους στη μέση	1	2	3	4	5
15. Αίσθημα μοναξιάς	1	2	3	4	5
16. Αίσθηση ότι τα «βλέπετε σκούρα»	1	2	3	4	5
17. Ανησυχείτε υπερβολικά για πράγματα	1	2	3	4	5
18. Έχετε χάσει το ενδιαφέρον για πράγματα	1	2	3	4	5
19. Νιώθετε τρομαγμένος (-η)	1	2	3	4	5
20. Νιώθετε καρδιοχτύπι ή ταχυπαλμία	1	2	3	4	5
21. Ναυτία ή ανακατεμένο στομάχι	1	2	3	4	5
22. Πόνο στους μύες	1	2	3	4	5
23. Δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος	1	2	3	4	5
24. Δυσκολία να πάρετε αναπνοή	1	2	3	4	5
25. Αίσθημα ότι ξεσταίνετε ή κρυώνετε	1	2	3	4	5
26. Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα σε μέρη του σώματός σας	1	2	3	4	5
27. Έναν «κόμπο» στο λαιμό σας	1	2	3	4	5
28. Αίσθημα απόγνωσης για το μέλλον	1	2	3	4	5
29. Αίσθημα αδυναμίας σε διάφορα μέρη του σώματός σας	1	2	3	4	5
30. Αίσθημα έντασης ή υπερδιέγερσης	1	2	3	4	5
31. Αίσθημα βάρους στα χέρια ή στα πόδια	1	2	3	4	5
32. Σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε	1	2	3	4	5
33. Βουλιμία	1	2	3	4	5
34. Ξύπνημα από τα άγρια χαράματα	1	2	3	4	5
35. Σκέψεις ότι δίνετε τέλος στη ζωή σας	1	2	3	4	5
36. Αίσθημα ότι όλα είναι «βουνό»	1	2	3	4	5
37. Στιγμές τρόμου ή πανικού	1	2	3	4	5
38. Αίσθημα υπερέντασης που δε σας αφήνει να ηρεμήσετε	1	2	3	4	5
39. Αίσθημα ότι δεν αξίζετε τίποτα	1	2	3	4	5
40. Αίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί	1	2	3	4	5
41. Σκέψεις και εικόνες τρομακτικής φύσης	1	2	3	4	5
42. Αίσθημα ενοχής	1	2	3	4	5

21. Πόσο καλή δουλειά αισθάνεστε ότι κάνετε στο να φροντίζετε την υγεία σας συνολικά;

εξαιρετική	1
πολύ καλή	2
καλή	3
μέτρια	4
φτωχή	5

22. Πόσο καλή δουλειά αισθάνεστε ότι κάνετε στο να φροντίζετε τη στοματικής σας υγεία;
- | | |
|------------|---|
| εξαιρετική | 1 |
| πολύ καλή | 2 |
| καλή | 3 |
| μέτρια | 4 |
| φτωχή | 5 |
23. Πότε γεννηθήκατε; Ημέρα ___ Μήνας ___ Έτος ___
24. Είστε άντρας ή γυναίκα; Γυναίκα 0
Άντρας 1
26. Αντιπροσωπεύει κάποια από τις παρακάτω ομάδες την εθνική σας καταγωγή ή προέλευση;
- | | |
|--------------------------------|---|
| Αλβανοί | 1 |
| Βούλγαροι | 2 |
| Ρουμάνοι | 3 |
| Ρώσοι | 4 |
| Ουκρανοί | 5 |
| Άγγλοι | 6 |
| Πολωνοί | 7 |
| Άλλες χώρες ανατολικής Ευρώπης | 8 |
| Καμία από τις παραπάνω | 9 |
27. Ποια είναι η ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;
- | | |
|-----------------------|---|
| Καμία εκπαίδευση | 1 |
| Δημοτικό | 2 |
| Γυμνάσιο (3ετές) | 3 |
| Γυμνάσιο (6ετές) | 4 |
| Λύκειο (3ετές) | 5 |
| Πτυχίο TEI | 6 |
| Πτυχίο AEI | 7 |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 8 |
| Διδακτορικό | 9 |
28. Κατά τη διάρκεια των 2 προηγούμενων εβδομάδων, εργαστήκατε σε κάποια δουλειά ή επιχείρηση εξαιρουμένων των δουλειών του σπιτιού (συμπεριλάβετε τις ώρες εργασίας σε οικογενειακή επιχείρηση);
- [Εάν εργαστήκατε, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 29]**
- Εάν Δεν εργαστήκατε,**
- 28.b. Παρόλο που δεν δουλέψατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων, έχετε δουλειά ή επιχείρηση;
- [Εάν έχετε, ΠΕΡΑΣΤΕ στην ερώτηση 29]**
- Εάν Δεν έχετε,**
- 28.c. Ψάχνετε για δουλειά ή για αποχώρηση από την εργασία σας κατά τη διάρκεια αυτών των 2 εβδομάδων;
- | | |
|---|---|
| Ναι, έψαχνα για δουλειά | 1 |
| Ναι, αποχώρησα από την εργασία μου | 2 |
| Ναι, αποχώρησα από την εργασία μου και έψαχνα για δουλειά | 3 |
| Όχι | 4 |

29. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
- | | |
|--|---|
| Παντρεμένος-σύντροφος που ζει στο ίδιο σπίτι | 1 |
| Παντρεμένος-σύντροφος που δεν ζει στο ίδιο σπίτι | 2 |
| Χήρος/α | 3 |
| Διαζευγμένος/η | 4 |
| Σε διάσταση | 5 |
| Ελεύθερος/η | 6 |
30. Ποιο από τα ακόλουθα αντιπροσωπεύει καλύτερα το συνολικό οικογενειακό σας εισόδημα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;
- ☐ € 0 – € 10,500 ετησίως
 - ☐ € 10.500 – € 15.400 ετησίως
 - ☐ € 15.400 – € 20.300 ετησίως
 - ☐ € 20.300 – € 25.200 ετησίως
 - ☐ € 25.200 – € 30.800 ετησίως
 - ☐ € 30.800 – € 39.200 ετησίως
 - ☐ € 39.200 – € 49.000 ετησίως
 - ☐ Περισσότερο από € 49.000
31. Ποιος είναι ο ταχυδρομικός σας κώδικας;

RDC-TMD Κλινική Εξέταση

Όνομα		Ημερομηνία		Εξεταστής					
I. Λήψη ιστορικού									
Υπαρξη πόνου στο πρόσωπο		0 ΠΟΥΘΕΝΑ 1 ΔΕΞΙΑ 2 ΑΡΙΣΤΕΡΑ 3 ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ							
Εντόπιση πόνου στο πρόσωπο		Δεξιά	Καμία	Μύες	ΚΓΔ	Και στις δύο			
			0	1	2	3			
		Αριστερά	Καμία	Μύες	ΚΓΔ	Και στις δύο			
			0	1	2	3			
II. Τρόπος Διάνοιξης									
		(5) Διευκρινίστε:							
Ευθεία		0	Αριστερή παρέκκλιση (χωρίς διόρθωση)			3			
Δεξιά παρέκκλιση (χωρίς διόρθωση))		1	Αριστερή παρέκκλιση με διόρθωση			4			
Δεξιά παρέκκλιση με διόρθωση		2	Άλλη			5			
III. Κατακόρυφο Εύρος Κίνησης									
Χρήση τομέα άνω γνάθου: 8 9		χιλ	Πόνος δεξιά		Πόνος αριστερά				
			Πουθενά	Μύες	ΚΓΔ	Και στις δύο			
Ελεύθερη διάνοιξη χωρίς πόνο									
Μέγιστη ελεύθερη διάνοιξη			0	1	2	3			
Μέγιστη διάνοιξη με υποβοήθηση			0	1	2	3			
IV. Σχέσεις τομέων									
		χιλ							
Κατακόρυφη πρόταξη									
Οριζόντια πρόταξη									
Μέση γραμμή			Η μέση γραμμή της κάτω γνάθου: Δ Α σε σχέση με την κάτω γνάθο						
V. Οριζόντιες Ολισθήσεις									
		χιλ	Πόνος δεξιά		Πόνος αριστερά				
			Πουθενά	Μύες	ΚΓΔ	Και στις δύο			
Δεξιά Πλαγιολίσθηση			0	1	2	3			
Αριστερή Πλαγιολίσθηση			0	1	2	3			
Προολίσθηση			0	1	2	3			
VI. Αρθρικοί Ήχοι: κατάσπαση									
(≥ 2 από 3 προσπάθειες, κατά την ψηλάφηση)		Ήχοι		Εντόπιση κλικ	Εξάλειψη κλικ				
		Κανένας	Κλικ		Τραχύς κριγμός	Λεπτός κριγμός	Όχι	Ναι	Κ/Α
Αριστερά: Κατάσπαση		0	1	1	1		0	1	2
Αριστερά: Ανάσπαση		0	1	1	1		0	1	2
Δεξιά: Κατάσπαση		0	1	1	1		0	1	2
Δεξιά: Ανάσπαση		0	1	1	1		0	1	2
Ήχοι: Ολισθήσεις									
(≥ 2 από 3 προσπάθειες, κατά την ψηλάφηση)		Ήχοι Δεξιά				Ήχοι Αριστερά			
		Κανένας	Κλικ	Τραχύς κριγμός	Λεπτός κριγμός	Κανένας	Κλικ	Τραχύς κριγμός	Λεπτός κριγμός
Πλαγιολίσθηση δεξιά		0	1	1	1	0	1	1	1
Πλαγιολίσθηση δεξιά		0	1	1	1	0	1	1	1
Προολίσθηση		0	1	1	1	0	1	1	1

VII. Μυϊκός και αρθρικός πόνος στην ψηλάφηση									
		ΔΕΞΙΑ				ΑΡΙΣΤΕΡΑ			
		RDC Πρωτόκολο				RDC Πρωτόκολο			
		καθόλου ήπιος μέτριος έντονος				καθόλου ήπιος μέτριος έντονος			
Μητετώδυνα σημεία									
	Μαστοϊδής (πλάγια άνω περιοχή)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Μετωπία (στο επίπεδο με τις κόρες του οφθαλμού, κάτω από το τριχωτό της κεφαλής)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Βρεγματική περιοχή (1 εκ πλάγια από την κορυφή του κρανίου)	0	1	2	3	0	1	2	3
Εξωστοματικοί και τραχηλικοί μύες									
	Κροταφίτης-οπίσθια μοίρα (Πίσω μέρος του κροτάφου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Κροταφίτης-μέση μοίρα (Μέση του κροτάφου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Κροταφίτης-πρόσθια μοίρα (Πρόσθιο μέρος του κροτάφου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Μασσητήρας-έκφυση (Παρειά/κάτω από το ζυγωματικό τόξο)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Μασσητήρας-σώμα (Παρειά/πλάγια του προσώπου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Μασσητήρας-κατάφυση (Παρειά/σώμα κάτω γνάθου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Οπίσθια κάτω γναθική περιοχή (Γναθο/φαρυγγική περιοχή)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Υπογνάθια περιοχή (Κάτω από τον πώγωνα)	0	1	2	3	0	1	2	3
Αρθρικός πόνος									
	Πλάγια μοίρα (εξωτερικά)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Οπίσθια πρόσφυση (μέσα στο αυτί)	0	1	2	3	0	1	2	3
Ενδοστοματικοί μύες									
	Περιοχή έξω πτερυγοειδούς (Πίσω από τους γομφίους της άνω γνάθου)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Τένοντας του κροταφίτη (Τένοντας)	0	1	2	3	0	1	2	3

- ✓ 9.4: Ειδικό ερωτηματολόγιο (αποτελείται από 25 ερωτήσεις, και συνολικά 5 σελίδες):

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΣ ΚΑΙ ΡΑ.

1. Νιώθετε πόνο στο πρόσωπο, στους κροτάφους σας, στην περιοχή μπροστά από το αυτί ή την γνάθο σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, που ακριβώς και από πότε;

2. Σε μια κλίμακα από το μηδεν έως το 10 (0-10) όπου το μηδέν είναι καθόλου πόνος και το 10 ο χειρότερος δυνατός πόνος, τι βαθμό θα βάζατε:

- a. Στην ένταση του πόνου που αισθάνεστε αυτή τη στιγμή στο πρόσωπο και/ή τη γνάθο σας; _____
- b. Στον μέσο όρο της έντασης του πόνου (δηλαδή στο συνήθη πόνο σας) που αισθανθήκατε τους τελευταίους 3 μήνες στο πρόσωπο και / ή τη γνάθο σας; _____
- c. Στον χειρότερο πόνο που αισθάνεστε στο διάστημα των τελευταίων 3 μηνών στο πρόσωπο και / ή τη γνάθο σας; _____

3. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε μύς της κεφαλής και του αυχένα; Κυκλώστε την απάντηση που ισχύει: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, που και από πότε;

4. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε μύς εκτός κεφαλής και αυχένα; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, πού και από πότε;

(Συνοδό έντυπο μέρος του πρωτοκόλλου "Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην ΚΓΑ" Συγγραφέας, Καλουμένου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία)

5. Νιώθετε πόνο, εμβοές, αίσθηση μπουκώματος στα αυτιά ή μειωμένη ακουστική ικανότητα; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ ΟΧΙ** Αν ναι, τι από αυτά και από πότε;

6. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία στο πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ ΟΧΙ**

Αν ναι, που και από πότε;

7. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία σε περιοχές του σώματός σας, εκτός από το πρόσωπο ή το κεφάλι για πάνω από 15 μέρες το μήνα ή τις μισές μέρες του χρόνου; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ ΟΧΙ** Αν ναι, πού και από πότε;

8. Νιώθετε πόνο, ευαισθησία, θερμότητα ή οίδημα στην κροταφογναθική διάρθρωση; Αν ναι, τι από αυτά και από πότε;

Είναι τα συμπτώματα συμμετρικά; (Ιδια κι απ' τις δυο πλευρές;)

9. Νιώθετε πόνο ή ευαισθησία και σε άλλες αρθρώσεις εκτός από την άρθρωση της κροταφογναθικής; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ ΟΧΙ** Αν ναι, σε ποιές και από πότε;

(Συνοδό έντυπο μέρος του πρωτοκόλλου "Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην ΚΓΔ" Συγγραφέας, Καλουμένου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία)

10. Νιώθετε στεγνό το στόμα σας; Αν ναι, από πότε;

11. Έχετε παρατηρήσει αλλαγές στον τρόπο που κλείνουν τα δόντια σας; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, τι αλλαγές και από πότε;

12. Κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου (μάσηση, ομιλία, χάσμημα, κατάποση κτλ) ακούτε ποτέ ήχους μέσα στο αυτί σας από την κροταφογναθική σας διάρθρωση;

ΝΑΙ - ΟΧΙ (κυκλώστε τη σωστή απάντηση)

- **Αν ναι**, από πότε; _____
- **Αν ναι**, οι ήχοι αυτοί είναι σαν:
 - α) κλίκ ή ποπ,
 - β) σαν τρίξιμο παπουτσιών πάνω δε χιόνι ή σαν τον ήχο που κάνουμε όταν τρίβουμε τα μαλλιά μας μεταξύ τους,
 - γ) άλλο ήχο (πως θα τον χαρακτηρίζατε;).

13. Σας προκαλεί δυσφορία η μάσηση της τροφής; (Δηλαδή είναι η μάσηση επώδυνη;) Αν ναι, από πότε;

14. Δυσκολεύεστε στην μάσηση της τροφής; (Δηλαδή δεν καταφέρνετε να μασήσετε καλά την τροφή;) Αν ναι, από πότε;

15. Νιώθετε ότι το στόμα σας δεν ανοίγει τόσο όσο παλιότερα; Αν ναι, από πότε;

(Συνοδό έντυπο μέρος του πρωτοκόλλου "Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην ΚΓΔ" Συγγραφέας, Καλουμένου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία)

16. Το πρωί όταν ξυπνάτε, αισθάνεστε μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης στο πρόσωπο ή τη γνάθο σας; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν ναι, τι και από πότε;

17. Έχει τύχει ποτέ να μην μπορείτε να ανοίξετε το στόμα σας ή να μην μπορείτε να το κλείσετε; Βάλτε σε κύκλο την απάντηση που ισχύει: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν ναι, ποιά από τα δύο προβλήματα είχατε;

Πότε έγινε για πρώτη φορά;

Πόσο συχνά γίνεται;

18. Το πρωί όταν ξυπνάτε, αισθάνεστε μούδιασμα ή αίσθηση κόπωσης σε περιοχές του σώματός σας **ΕΚΤΟΣ** απ'το πρόσωπο ή τη γνάθο σας; Βάλτε σε κύκλο τη σωστή απάντηση: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν ναι, πού και από πότε;

19. Τον τελευταίο χρόνο είχατε επαναλαμβανόμενο οίδημα στην πρωτιαία περιοχή; (Δηλαδή στην περιοχή μπροστά από το αυτί, που βρίσκεται η κροταφογναθική σας διάρθρωση;)

20. Τον τελευταίο χρόνο είχατε επαναλαμβανόμενο οίδημα σε άλλες αρθρώσεις, **ΕΚΤΟΣ** της κροταφογναθικής σας διάρθρωσης; Βάλτε σε κύκλο τη σωστή απάντηση: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν ναι, σε ποιές;

(Συνοδό έντυπο μέρος του πρωτοκόλλου “Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην ΚΓΔ” Συγγραφέας, Κολουμένου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία)

21. Ποιό από τα συμπτώματα δυσλειτουργίας του στοματογναθικού (πόνος στο πρόσωπο ή τις γνάθους, πονοκέφαλο, πόνο στις κινήσεις της γνάθου και/ή τη μάσηση, δυσκολία στο άνοιγμα ή το κλείσιμο του στόματος, ήχοι κατά τη λειτουργία της άρθρωσης, ευαισθησία στα δόντια, ίλιγγο, βούισμα ή μπούκωμα στα αυτιά, κτλ) **είναι το ποιό ενοχλητικό για εσάς και πότε ξεκίνησε;**

22. Λάβατε στο παρελθόν θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων από τη δυσλειτουργία του στοματογναθικού; Βάλτε σε κύκλο τη σωστή απάντηση: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, πότε;

Με τι αποτέλεσμα;

23. Είχατε ποτέ τραυματιστεί στο πρόσωπο και/ή τις γνάθους; Βάλτε σε κύκλο τη σωστή απάντηση: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, πότε και πώς;

24. Έχετε διαγνωστεί ως πάσχον/πάσχουσα από ρευματοειδή αρθρίτιδα; Βάλτε σε κύκλο την σωστή απάντηση: ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, από πότε;_____

25. Εάν πάσχετε από ρευματοειδή αρθρίτιδα:

- Είστε υπό θεραπεία για τη νόσο; _____
- Από πότε; _____
- Είναι αποτελεσματική; _____
- Είναι εξίσου αποτελεσματική στο υπόλοιπο σώμα και στην κροταφογναθική διάρθρωση; _____

(Συνοδό έντυπο μέρος του πρωτοκόλλου “Ρευματοειδής αρθρίτιδα στην ΚΓΔ” Συγγραφείς, Καλουμένου Ι. Βαρβάρα-Γεωργία)