



*Gruppo Italiano Artroscofia*



*XI Congresso Nazionale*

*Roma 2/5 maggio 1993*



---

## ARTROSCOPIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE

L. GUARDA-NARDINI, U. BACILIERO\*

Div. di Stomatologia, Ospedale Civile di Treviso

\* Div. di Chirurgia Maxillo-Facciale, Ospedale Civile di Vicenza

---

Una revisione della letteratura in ambito epidemiologico ha evidenziato come circa il 30% della popolazione sia affetta da disturbi di vario tipo interessanti l'articolazione temporo-mandibolare (ATM).

L'artroscopia applicata all'ATM è una tecnica relativamente recente essendo stata introdotta da Ohnishi nel 1975. Da allora tale procedura si è rapidamente sviluppata passando da un impiego unicamente diagnostico ad una utilizzazione anche a fini terapeutici; ciò si è reso possibile essenzialmente grazie all'introduzione di strumenti di piccole dimensioni e allo sviluppo di sistemi d'immagine più sofisticati.

Dal nostro punto di vista è essenziale far precedere all'artroscopia un adeguato esame clinico e strumentale, quest'ultimo si avvale essenzialmente dell'uso di radiografie standard, stratigrafie, artrografie, della TAC e dell'RNM.

Con la tecnica artroscopica si possono ottenere informazioni pressoché conclusive qualora le altre succitate indagini non siano sufficienti. L'artroscopia dell'ATM si rivela di estrema importanza soprattutto nei casi in cui si debba decidere se procedere o meno ad interventi di artrotomia.

L'ATM dal punto di vista anatomico, è una diartrosi bicondiloidea ed è divisa da un disco in un comparto superiore o articolazione temporo-discale, entro il quale si ha il movimento di traslazione ed in un comparto inferiore o articolazione disco-condilare entro il quale si ha il movimento di rotazione; le superfici articolari ossee sono coperte da fibrocartilagine; l'ATM è la sola articolazione ad avere un punto rigido finale di chiusura rappresentata dall'occlusione dentale e si articola bilateralmente con il cranio cosicché l'ATM di destra e quella di sinistra devono muoversi in contemporanea. La tecnica artroscopica di uso più frequente prevede l'introduzione dello strumento nello spazio articolare superiore poiché questo comparto è quello più facilmente interessato da patologie intrarticolari e anche perché più facilmente esplorabile. Tre sono i punti d'approccio articolare, l'infero-laterale, il postero-laterale ed l'endomeatale.

L'esame dell'articolazione deve essere condotto in maniera sistematica procedendo dalla parte posteriore (recesso posteriore), passando alla zona intermedia per poi finire nella parte anteriore (recesso anteriore).

I parametri che devono essere presi in considerazione sono eminentemente i seguenti:

1. Aspetto della membrana sinoviale.
2. Stato delle superfici articolari.
3. Posizione del disco articolare rispetto ai capi ossei.



L'artroscopia dell'ATM, eseguita a scopo diagnostico, può essere effettuato sia in anestesia locale che generale e trova indicazioni in quelle condizioni che necessitano di un esame diretto per confermare sospetti clinici quali, ad esempio, un'inspiegabile resistenza alla terapia medica, oppure per confermare una diagnosi preoperatoria o per eseguire una biopsia.

La tecnica artroscopica può avere anche degli obiettivi terapeutici mediante l'uso di diversi tipi di strumenti sia manuali che motorizzati i quali vengono utilizzati con la tecnica della triangolazione attraverso la contemporanea utilizzazione di due accessi all'articolazione. Un valido effetto terapeutico, nell'esperienza di vari Autori ed anche personale, soprattutto per quel che riguarda il trattamento di pazienti con dolori intensi, lo si ottiene utilizzando semplicemente la tecnica di lisi e lavaggio; tale metodica può essere eseguita con l'utilizzo di un solo punto d'entrata e alla cieca oppure mediante triangolazione.

L'artroscopia chirurgica trova indicazione in articolazioni che sono fonte di gravi disturbi per i pazienti, refrattarie a trattamenti medici e fisioterapici e che richiedono delle modifiche strutturali interne; esempi sono le disfunzioni intrarticolari, le ipomobilità secondarie ad aderenze intrarticolari, le perforazioni discali, le sinoviti, le patologie degenerative dell'articolazione, l'ipermobilità articolare esito di sublussazione o di dislocazione.

Le tecniche di chirurgia artroscopica sono le più varie e vanno dalla semplice lisi e lavaggio delle aderenze intrarticolari, alla riduzione del disco col 3/4 smusso, dalla sinoviectomia all'artroplastica, dalla cauterizzazione dell'attacco discale posteriore associato o meno alla mobilizzazione del disco mediante sezione parziale del capo superiore del muscolo pterigoideo interno.

Per il successo delle suddette metodiche è di fondamentale importanza il trattamento post-operatorio durante il quale il paziente dovrà seguire un'adeguata riabilitazione fisioterapica tendente a proteggere l'articolazione da carichi masticatori eccessivi.

## BIBLIOGRAFIA

1. BACILIERO U., PADULA E., BERNARDI L.: Correlazione RM-Artrografia-Artroscopia nello studio dell'articolazione temporo mandibolare. *Neuroradiologia*, 423-428, 1992.
2. BELTRAME A., GUARDA L.: Artroscopia dell'articolazione temporo mandibolare. *Giornale di Stomatologia e di Ortognatodonzia*, vol. VII, n. 4: 135-139, 1988.
3. BELTRAME A., GUARDA L.-NARDINI: Artroscopia dell'articolazione temporo mandibolare, studio autoptico. *Giornale di Stomatologia e di Ortognatodonzia*, vol. IX, n. 4: 3-6, 1990.
4. GOSS A.N., BOSANQUET A., TIDEMAN H.: The accuracy of temporomandibular Joint Arthroscopy. *J. Cranio-Max.-Fac. Surg.*, 15: 99-102, 1987.
5. GOSS A.N., BOSANQUET A.: Temporomandibular Joint Arthroscopy. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 44: 614-617, 1986.
6. HOLMLUND A., HELLSING G., WREDMARK T.: Arthroscopy of the temporomandibular Joint, a clinical study. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 15: 715-721, 1986.
7. McCAIN J.P.: Arthroscopy of the human temporomandibular Joint. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 46: 648-655, 1988.
8. MURAKAMI K., MATSUKI M., IIZUKA T., ONO T.: Diagnostic arthroscopy of the TMJ: differential diagnoses in patients with limited jaw opening. *The journal of craniomandibular practice*. Vol. 4, n. 2: 117-126, 1986.
9. OHNISHI M.: Clinical application of arthroscopy in the temporomandibular joint diseases. *Bull. Tokyo Med. Dent. Univ.* 27: 141-150, 1980.
10. TARRO A.W.: Arthroscopic diagnosis and surgery of the temporomandibular joint. *J. Oral Maxillofacial. Surg.*, 46: 282-289, 1988.
11. SANDERS B.: Arthroscopic surgery of the temporomandibular joint: Treatment of internal derangement with persistent closed lock. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. Vol. 62, n. 4: 361-372, 1986.