

Kapitel 10

Ansiktet

MARIA NILNER
ARNE ORRLING
ANITA GROTH
ÅKE REIMER
LENA FOLKESTAD

I detta kapitel berörs främst de vanligaste orsakerna till ansiktssmärta, nämligen muskulära spänningstillstånd vilka innefattar käkleder och tuggmuskler samt migrän. Andra mindre vanliga orsaker till ansiktssmärta och huvudvärk av icke-infektiös karaktär liksom facialis pares och ansiktstraumatologi berörs också. Gemensamt för dess tillstånd är att de kräver goda kunskaper i ansiktets anatomi och noggrann utredning för att adekvat behandling ska kunna ges. Ansiktsskador berörs med typiska kliniska fynd och primär handläggning.

Definitioner

ALLODYNI: Stimulusutlöst smärta, när en normalt icke smärtsam retning gör ont.

BLOW-OUT-FRAKTUR: isolerad fraktur av orbita-golvet.

BRILLENHEMATOM: Hematom kring bågge ögonen. Uppkommer oftast vid skallbasskada och omfattande ansiktsfraktur.

BRUXISM: Tandpressning, tandgnissling.

HYPERALGESI: Ökad smärtintensitet vid en normalt smärtsam beröring.

NEURALGI: Smärta i nerv eller nervers utbredningsområde.

NEUROPATISK (NEUROGEN) SMÄRTA: Smärttillstånd som drabbar det perifera eller centrala nervsystemet. Om långvarig = neuropatisk. Ger sensibiliseringsområde inom neuroanatomiskt definerat område och kan ge projicerad smärta.

NOCICEPTIV SMÄRTA: Sinnesförnimmelse vid vävnadsskada, t.ex. vid inflammation eller yttre skada.

ORAL PARAFUNKTION: En vid-sidan-om-funktion i tuggsystemet. Anger käkrörelser utöver dem som utförs vid tuggning och sväljning, t.ex. bruxism, läpp-kind-bitning, tungpressning, tumsugning och nagelbitning.

ORBITAL FLOOR TRAPDOOR FRAKTUR: Mjukvävnad eller m. rectus inferior inklämd i trapdoor fraktur ⇒ ischemi i mjukvävnaden ⇒ fibros ⇒ kontraktur (jfr Volkmanns d:o) ⇒ förkortad m. rect inf ⇒ inskränkt elevation ⇒ permanent diplopi.

PERIORBITALT HEMATOM: "Blått öga"; hematoma i mjukvävnaden (ögonlocken) kring ögat.

SMÄRTA: Är en obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av en sådan skada (International Association for the Study of Pain, IASP).

TMD (TEMPOROMANDIBULÄR DYSFUNKTION): Smärta och funktionsstörning i käkleder/muskler och associerade vävnader.

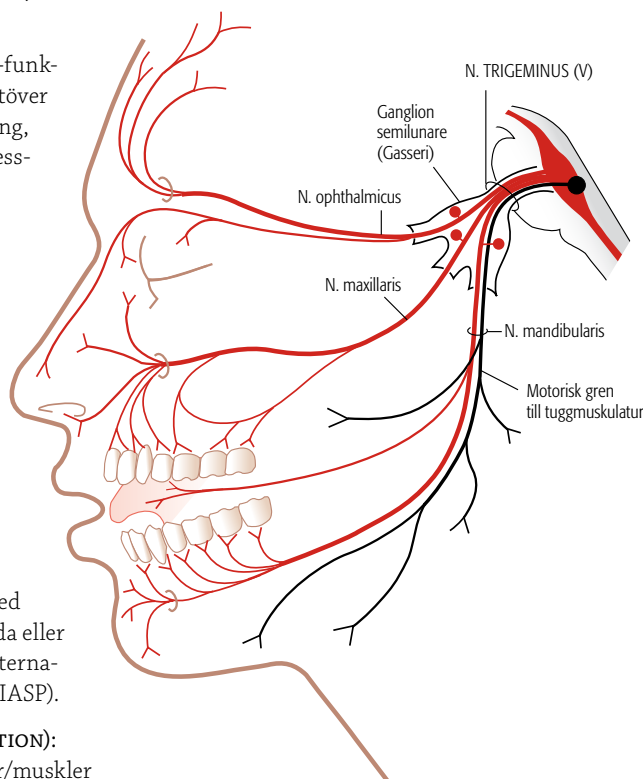
Anatomi och fysiologi

Ansiktets nerver

Trigeminusnerven

Trigeminusnerven, trillingnerven, är ansiktets känselnerv och består av en sensorisk del som innerverar ansiktet via n. ophthalmicus, n. maxillaris och n. mandibularis. Den förmedlar också känseln i munslimhinnan och i tungans två främre tredjedelar. Motoriska fibrer finns i n. mandibularis och innerverar m. masseter, m. temporalis anterior, m. pterygoideus lateralis och medialis, m. digastricus anterior, m. mylohyoideus, m. tensor tympani och m. tensor veli palatini. De tre grenarna sammanstrålar i ganglion semilunare (Gasser) som ligger intrakraniellt i fossa cranii media.

Figur 10.1 Schematisk bild av trigeminusnervens utbredningsområde med dess tre grenar n. ophthalmicus, n. maxillaris och n. mandibularis. Illustration: Lena Lyons.



Facialisnerven

Facialisnerven är den motoriska nerven till ansiktet. Övre ansiktshalvan med m. frontalis och m. orbicularis är dubbelinnerverad från båda sidornas motorkortex. Nerven passerar ut i ponsvinkeln tillsammans med en mindre sensorisk del, n. intermedius, som försörjer yttre hörselgången, och parasympatiska fibrer från nucleus salivatorius superior till tårkörteln och spottkörtlarna i munbotten.

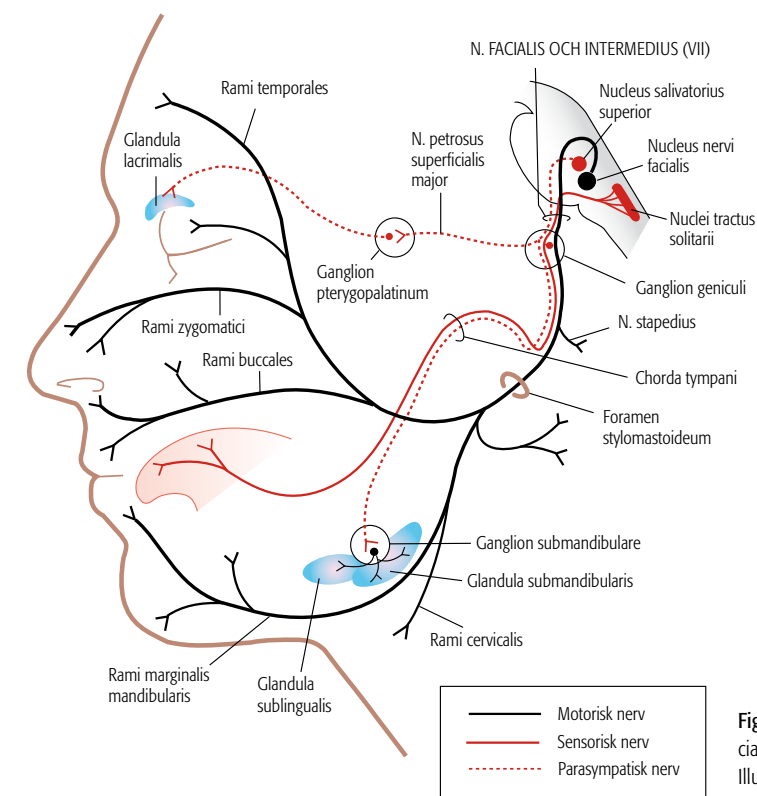
Ganglion geniculi ligger i facialiskanalen vid övergången mellan nervens förlopp nära labyrinten och mellanöressegmentet. Från detta ganglion avgår n. petrosus superficialis som går i riktning mot ögat och bildar plexus pterygopalatinum som sedan innerverar tårkörteln. Facialisnerven avger i mellanöret en gren, n. stapedius, till m. stapedius. Längre distalt avgår chorda tympani som förmedlar smak från tungans främre två tredjedelar. Nerven passerar genom facialiskanalen och lämnar skallen genom foramen stylomastoideum. Efter utträdet går nerven genom parotiskörteln och delar upp sig i grenar som innerverar all mimisk muskulatur, platysma samt de suprahyoidea musklerna

Bettfysiologi

Det ska understrykas att tuggapparaten är ett rörelseorgan. Den har en mängd funktioner.

Underkäkens funktioner styrs av käkmuskler, käkleder och ligament. Käkmusklerna innefattar m. temporalis med en anterior, en medial och en posterior del, m. masseter med en ytlig och en djup portion, m. pterygoideus medialis och lateralis, m. digastricus venter anterior och posterior. Även tungans, läpparnas och kindernas muskler samt suprahyoidea muskler deltar i underkäkens rörelser.

Mandibeln artikulera mot skallbasen genom de båda käklederna. Käklederna som är belägna cirka en cm framför hörselgången består av ledhuvud, käkledsdisk och ledpannan i squamadelen av temporalbenet. Dessa delar omges av en ligamentförsedd kapsel. M. pterygoideus lateralis fäster med sina två bukar vid ledhuvudet, ledhals och käkledsdisk. Denna muskel är involverad i mandibels alla rörelser. Käkledens rörelser är en kombination av rotation och translation. Käkleden in-



Figur 10.2 Schematisk bild av facialisnervens förlopp. Illustration: Lena Lyons.

Tuggapparatens funktioner

- | | | | |
|----------|---------|-----------|---------|
| • svälja | • tugga | • nafs | • bita |
| • slicka | • gapa | • gäspa | • nynna |
| • viska | • kyssa | • skratta | • blåsa |
| • tala | | | • le |

nerveras av n. auriculotemporalis, n. massetericus och n. temporalis posterior profunda.

Normal gapningsrörelse är 50–60 mm (maximal gapning mindre än 40 mm anses nedsatt) och sido- samt framåtrörelser är mer än 5 mm och oftast runt 10 mm. De rörelser som underkäken kan utföra är inte bara tuggningsrörelser och avbitningsrörelser utan också så kallade tomgångsrörelser, vilka kan utföras med och utan tandkontakt. Vid muskulär aktivitet i elevatorerna m. masseter och m. temporalis, kan sammanbitning mellan tänderna ske. I viloläge bör ett mellanrum på cirka 2–4 mm mellan tänderna föreligga för att muskulaturen ska befinna sig i ett avslappat läge. Vid tandkontakt mellan över- och underkäke kan tandpressning ske och om dessutom en rörelse utförs med tandkontakt sker tandgnissling. Tandpressning och tandgnissling går under den gemensamma beteckningen *bruxism*. Bruxism är vanligt förekommande i populationen, men intensiteten och frekvensen varierar med både biologiska och psykosociala faktorer.

Symptomatologi

Vad gäller ansiktssymtom se respektive avsnitt och symptomregistret.

Ansiktssmärta och huvudvärk

Etiologi och epidemiologi

Smärta, värk och diverse mer diffusa obehag i huvud-halsregionen är vanliga problem, vilka oftast har sitt ursprung i muskulatur och käkleder. I mötet med en patient som söker p.g.a. smärta är det av värde att ha den vedertagna definitionen av smärta i åtanke (se definitioner ovan). För att rätt förstå patienter med smärtproblem ska man tänka på att det finns både en fysisk och en psykosocial dimension i smärtupplevelsen. Patientens ordval

kan vara missledande. Det är inte ovanligt att det som inledningsvis beskrivs som "önt" vid närmare penetration av anamnesen visar sig vara ett svårdefinierat obehag och inte smärta.

Smärtor påverkar inte bara funktionsförmågan utan kan också ge upphov till reaktioner som oro, ångest och nedstämdhet, vilket i sin tur kan sänka smärttröskeln. Upplevelsen av "kronisk" smärta i ansikte, huvud och käkar påverkas, liksom annan långvarig smärta, mer eller mindre av psykosociala faktorer.

Huvudvärk, ansiktssmärta och otalgi kan ha sitt ursprung i ett flertal strukturer. Så har man t.ex. funnit att av barn, som söker p.g.a. "önt i örat" hade färre än 50 procent akut mediaotit. Akut smärta kan utgå från käkleder, muskler, tänder, nerver, öron och även bihålorna medan långvarig smärta oftast har sitt ursprung i käkleder och muskulatur.

Två ansikts- och huvudvärkssjukdomar är oerhört mycket vanligare än alla övriga, nämligen huvudvärk av spänningstyp, som ofta uppträder tillsammans med TMD, och migrän. Dessa diagnoser står för 90 procent av fallen som söker sjukvård.

Huvudvärk i form av migrän, spänningshuvudvärk och TMD ses redan i barnaåren. Frekvensen ökar påtagligt från tonåren och uppåt och prevalensen är högst i åldern 20–40 år.

Anamnes

Det som ofta driver en patient med huvudvärk eller ansiktssmärta till sjukvården är oron för att den bakomliggande orsaken är en allvarlig och kanske till och med livshotande sjukdom. En grundlig huvudvärksanamnes och ett noggrant status är förutsättning för framgångsrik behandling.

Med hjälp av ett flödesschema avseende frågorna vid anamnesen är det i regel inte svårt för undersökaren att ringa in en sannolik diagnos:

- Vilken typ av huvud- eller ansiktssmärta (attacker, kontinuerligt etc.)?
- Hur lång är den enskilda attacken (sekunder, timmar, dagar osv.)?
- Hur ofta kommer ansikts- eller huvudvärken (frekvens)?
- Övriga symtom i ÖNH-området?

Undersökning

Otologiskt kranialnervstatus

Vid undersökning av patient med oklara symtom eller smärtor i ansiktet, facialispares eller vid vissa yrselsjukdomar (se avsnittet om yrselsjukdomar i kapitel 3) måste funktionen hos kranialnerverna undersökas. Se figur 10.4 nästa sida.

Övrigt neurologstatus som kan behövas

- Uppsträckta armar (Grasset) handgrepp, gång
- Diadokokinesi, Romberg, finger-näs, knä-häl
- Muskelreflexer i extremiteter, fotsulereflexer

Tabell 10.2 Bilddiagnostik. Indikationer för CT utan eller med kontrast och MRT.

CT utan eller med kontrast

Ska aktualiseras vid misstänkt intrakraniell expansivitet vid:

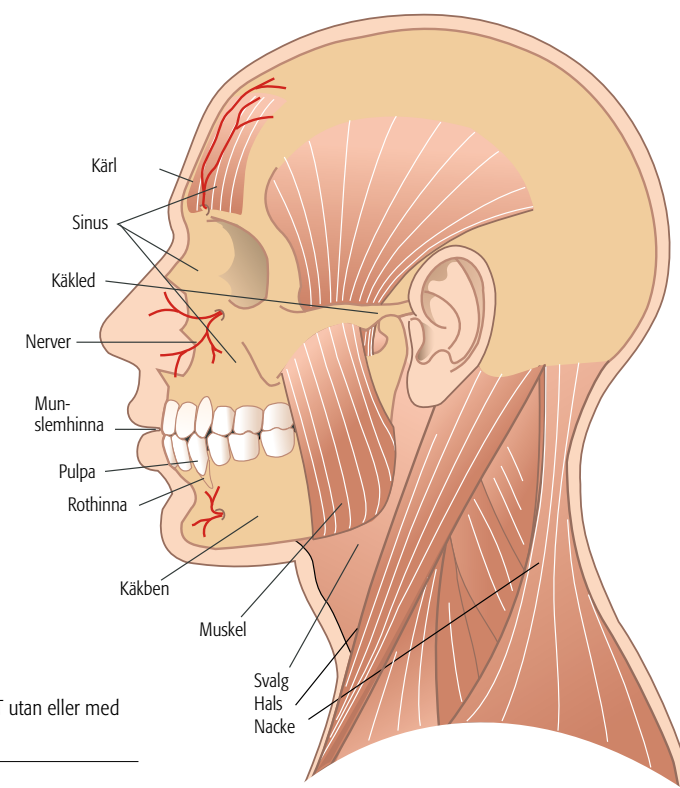
- Epileptiskt anfall
- Staspapill
- Ökande neurologiska bortfallssymtom (sensoriska, motoriska, dubbelseende, synfältstörningar eller kortvariga episoder med nedsatt syn)
- Personlighetsförändring (t.ex. ökande apati, aggressionsutbrott, oklar ångest)
- Nyttillkommen huvudvärk med kräkningar eller som ökar vid kroppsansträngning, hosta eller krystning
- Migränliknande huvudvärk med atypisk aura som aldrig skiftar sida
- Huvudvärksattack med dubbelseende eller ensidig pupillvidgning (misstänk aneurysm)
- Medvetandeförlust vid huvudvärk

MRT

Sjukdomar i hypofysområdet, skallbasen och bakre skallgroppen visualiseras bäst med MRT, som kan göras primärt eller som komplement till CT

Doppler eller MRT vid akut ensidig huvudvärk i bakhuvudet, debut eller risk för ischemisk stroke inom några dygn (misstänk vertebralisdissektion)

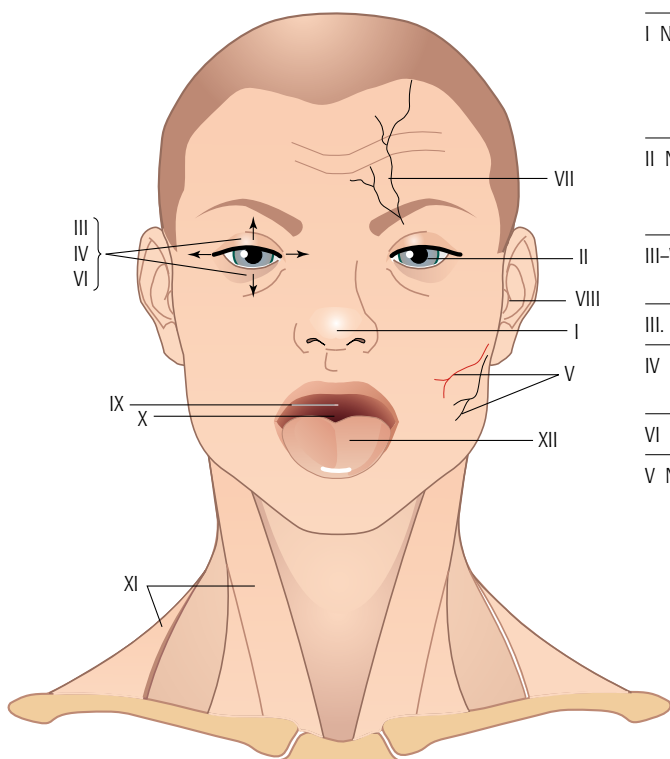
Akut ensidig ansiktssmärta med en liten pupill och nedhängande ögonlock samma sida (misstänk karotidisdissektion)



Figur 10.3 Strukturer i orofaciala regionen som kan uppvisa smärta. Illustration: Lena Lyons.

Observera

Misstänk subaraknoidalblödning vid urakut intensiv huvudvärk



Figur 10.4 De olika kranialnervernas funktion i ansiktet. Illustration: Lena Lyons.

I N. Olfactorius	<i>Luktsinne</i> Testa med olika dofter (t.ex. bensen, kaffe, parfym) och var näsborre för sig (se avsnittet om lukten i kapitel 4)
II N. Opticus.	<i>Visus</i> Synfält enligt Donders. Undersökning med enkel syntavla.
III–VI	<i>Pupiller, ljusreflex, ögonrörelser, ögonlock</i>
III. N. Oculomotorius	Ögonbulsens rörlighet i alla plan.
IV N. Trochlearis	Låt patienten följa ett finger med blicken.
VI N. Abducens	Finns ögonmuskelpares (diplopi)?
V N. Trigeminus	<i>Ansiktskänsl, käkrörelser, corneal-sensibilitet</i> Känsl i ansiktet testas för lätt beröring med bomullsarmerad träpinne. Taktill diskriminering testas yttlig sensibilitet med två tandstickor eller nålar som placeras i närheten av varandra. Känner patienten båda? Tryck och beröring testas med tandsticka och bomullspinne eller pensel, nålstick, nyp. Temperatur testas. Cornealsensibilitet testas med en fuktad utdragen bomullstuss lateralt ifrån på laterala cornean. Är blinksvaret och känslan licksidiga?
VII N. Facialis	<i>Ansiktets motorik, mimik, smaksinne, retroaural känsl</i> Symmetriska ansiktsrörelser undersöks (rynka pannan, sluta ögonen, blåsa upp kinderna, rynka på näsan, vissla, le, spänna platysma).
VIII N. Statoacusticus	<i>Hörsel och balansfunktion</i> Konversationstest, viskprov, stämgaflprov, audiogram. Balansundersökning (se kapitel 3) Stegtest, Romberg.
IX N. Glossopharyngeus	<i>Svalgreflex. Svalgets symmetri</i> Symmetriska svalgrörelser – "signe de rideau" assymetriska gombågar?
X N. Vagus	<i>Stämbandsrörligheten, röst, hoststöt</i> Förutsätter intakt n.recurrens. Funktionen bedöms med indirekt laryngoskopi.
XI N. Accessorius	<i>M. trapezius och m. sternocleidomastoideus</i> Lyfta utsträckt arm, höja axlarna. Vrida huvudet mot visst motstånd. Normal styrka?
XII N. Hypoglossus	<i>Tungmotoriken</i> Tungans rörlighet vid protrusion? "Deviation conjugée". Atrofi och fascikulationer?

Differentialdiagnostiskt deskriptivt schema över olika huvudvärkstyper. För mer fullständig klassifikation av huvudvärkstformerna och deras diagnostik hänvisas till IHS (International Headache Society) 2004. IHS har en hierarkisk klassifikation med 14 huvudgrupper.

	Spänningshuvudvärk	Migrän	Hortons huvudvärk	Trigemineusneuralgi	Temporaliserit	Huvudvärk vid hjärntumör	Rinosinuitvärk
Kön	kvinnor/män 3:1	kvinnor 60–70%	män 80–90%	kvinnor/män 2:1	kvinnor/män 2:1	båda könen	kvinnor/män 3:2
Debutålder	före 50 år	före 50 år	20–40 år	50–60 år	> 50–60 år	alla åldrar	20–50 år
Lokalisation	Bilateral Vanlig i hela huvudet (band), tinning, öra kind	Unilateral Kan växla sida mellan attacker	Alltid unilateral Samma sida	Unilateralt, sällsynt i övre trigeminusgrenen	Unilateral eller bilateralt Tinningar, öga	Variande, ofta occipitalt vid bakre skalhgropsprocesser	kinder, panna
Karaktär	Kontinuerlig, molande, skäp, tryckande Mild-mättlig, inte förvarad av fysisk aktivitet	Intensiv, pulserande, sprängande Förvärrad av fysisk aktivitet	Mycket intensiv, skärpande, sprängande	Mycket intensiv elektrisk stöt, huggande Ev. häromhnet	Yttig, skärpande Ev. tuggsmärtor Ev. häromhnet	Sprängande, förvärras av fysisk ansträngning	Molande, tryck Fyllnadskänsla
Duration	Ständig, fluktuerande inga attacker	4–72 tim	15 min–3 tim	Sekunder – 30sek (repetitiv)	Ständig	Minuter–timmar	Ständig–viss fluktuation
Associerade symptom	Palpationsöm över skälpn, nackmuskler, tinning, käkled, tandpressning	Ljus, ljudkänslighet, illamående, kräkning, ev. aura	Ögonrodnad, tårflöde, rinorré, Homers syndrom, nästiappa på affekterade sidan	Tic doloreux (smärtgrimas)	Trötthet, avmagring, subfebril, ibland synnedsättning	Illamående kräkning, neurologiska symptom	Nästiappa, sekretion från näsan, nedsatt luktsinne, vargata, ev. polyp, färgat sekret
Attackfrekvens	Sporadisk–nästan dagligen, fluktuerande, inga attacker	Variande, ofta 1–3/ mån	Dagligen i veckor–månader	Ofta flera per dygn	Inga attacker	Ofta flera per dygn	Inga attacker
Tid på dygnet	Hela dagen, väcker inte pat, men viss bruxism även vid uppvaknandet	Ofta på morgonen	1–2 ggr/dygn ofta på natten	Dagtid, utlöses vid måltider, tandborst	Hela dagen	Eftermiddag, morgonen	Hela dagen
Utfösande faktorer	Stress, depression, psykisk påfrestring	Avslappning efter stress, alkohol, sömnbrist, menstruation	Alkohol, nitroglycerin	Stimulation av triggerzoner	Vaskulit p.g.a. hereditet, miljöpåverkan, infektion	Förvärras av host-nysstöt, fysisk ansträngning	Vid/efter ÖLI

IHS fullständiga klassifikation inkl. diagnoskriterier, med tips hur den ska användas, samt en förkortad upplaga kan laddas ner via länk på bokens webbplats, www.studentlitteratur.se/32999.

Temporomandi- bulär dysfunktion (TMD, käkleds- och tuggmuskel- besvär)

MARIA NILNER
ARNE ORRLING

Temporomandibulär dysfunktion (TMD) inklusive förhöjd muskelspänning i huvud-halsområdet är de absolut vanligaste – och ofta mest missuppfattade orsakerna till smärta i ansikts-, öron- och tinningregionen.

Det är viktigt att smärta från bettapparaten övervägs som differentialdiagnos vid ansiktssmärta och huvudvärk. Erfarenheten visar att dessa tillstånd både av patienter och läkare ofta missuppfattas och tolkas som infektionsutlösta.

Denna insikt ger förutsättningar för att undvika vanliga misstag i diagnostik och behandling av patienter med smärta i huvud-halsområdet.

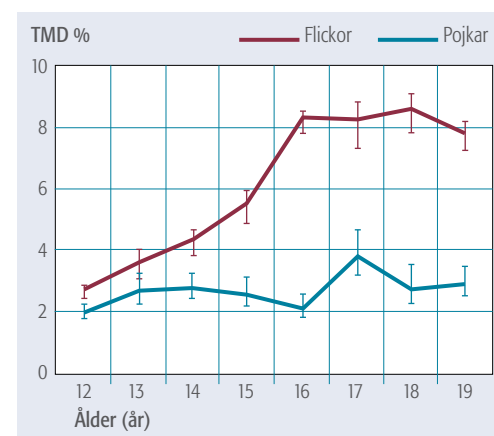
Kom ihåg

- Öronvärk, framför allt hos ungdomar och vuxna, beror oftast inte på akut otit
- Värk över kinderna är inte synonymt med bakteriell rinosinuit (maxillarsinuit)
- Långvarig värk i pannan beror inte på kronisk frontalsinuit

Epidemiologi

Man har funnit att cirka 12 procent av den vuxna befolkningen har eller har haft smärta i ansikte och käkled under de senaste sex månaderna. Vid jämförelse mellan TMD och andra smärttillstånd som huvudvärk, ryggsmärtor, bröstsmärtor och magsmärter fann man att vad gäller frekvens och intensitet uppvisade TMD samma mönster som de andra smärttillstånden.

I olika undersökningar har man funnit att 2–7 procent av tonåringar rapporterade TMD-smärta. Behandlingsbehov för dessa tillstånd har bedömts finnas hos 3–5 procent bland både vuxna och tonåringar. Huvudvärk en gång i veckan eller mer



Figur 10.5 Prevalens av självrapporterad TMD minst en gång i veckan hos 28 000 ungdomar. Källa: Nilsson et al. 2005.b

har rapporterats hos 10 procent av 12–18-åringar. Spänningshuvudvärk förekommer hos 50 procent av de patienter som har en TMD-diagnos.

När det gäller patienter som söker på grund av smärta är förhållandet kvinnor och män cirka 7/1. Det har därför spekulerats i huruvida hormonella faktorer påverkar smärtperceptionen. Före puberteten är prevalensen för TMD lika mellan könen, men den ökar sedan för flickor jämfört med pojkar.

Etiologi

TMD är ett samlingsbegrepp för ett flertal olika underdiagnoser. Symtomen kan klassas i tre huvuddiagnosgrupper: *myofasciella-, led- och diskrelaterade besvär/smärtor*. Inte sällan förekommer mer än en av underdiagnoserna samtidigt hos den vård sökande patienten.

Myofasciella besvär/smärtor

Orsaken till den långvariga smärtan från käkmuskulaturen anses vara frekvent överbelastning eller hyperaktivitet i muskulaturen, s.k. *orala parafunktioner*, såsom tandpressning, tandgnissling, tungpressning, läpp-, kind- och nagelbitning. Men kontraktionen räcker inte för att smärta ska uppstå. Om däremot kontraktionen kombineras med ischemi uppstår smärta. Dock saknas fullständig kunskap om hur och varför smärta uppstår i tuggmuskulaturen, men både en perifer och central sensitisering innefattas i förklaringen till den myofasciella smärtan.

Ledbesvär/smärtor (artralg, artrit, artros)

Artralg ger smärta och artrit innebär inflammation i käkleden med smärta och krepitationer vid rörelser. Vid överbelastning i tuggapparaten, (som vid parafunktionell aktivitet), såsom vid olika stresstillstånd eller då reumatiska och andra systemsjukdomar föreligger, kan käkleden engageras. Tuggummituggande eller en ny fyllning eller krona som är för hög kan förorsaka otalgi på grund av artrit eller artralg i käkleden. Barn som påbörjat tandregleringsbehandling med tandställning känner ibland att bettet inte passar riktigt och patienten klagar över smärta från öronregionen. Detta kan i sin tur leda till omedveten tandpressning med åtföljande käkledsbelastning – artralg som ger symtom i form av otalgi.

Trauma mot käken är också en orsak till

artralg eller artrit. Smärta och svullnad kan då uppkomma i käkleden. Svullnad är svårt att kliniskt registrera då käkledens lokalisering gör att svullnaden ”försvinner in i skallen”.

Lokaliserad käkledsartros beror på en degenerativ förändring och uppkommer sällan före 40-årsåldern. En viktig orsak till artros är frekvent mekanisk överbelastning av ledstrukturerna, men artros förekommer också som ett naturligt åldrande. De klassiska tecknen på inflammation saknas och etiologin är därmed skild från den som ses vid artrit. Vid artros i käkleden ses en nedbrytning och förslitning av de mjuka fibrösa broskytorna och en ombyggnad av ledfossan (ledskålen) som ibland, men inte alltid, är förenad med smärta på grund av en sekundär inflammation.

Diskrelaterade besvär/smärtor

Käkledsdysken som normalt ligger som en mössa över ledhuvudet följer med ledhuvudet vid mandibels alla rörelser (figur 10.6 a och b). När käkledsdysken hamnar i ett ”förskjutet” ofta anteriort läge (figur 10.6 c) uppkommer vid gapningsrörelse ett käkledsljud, då dysken hamnar rätt (figur 10.6 d).

En nedsatt gapförmåga på grund av ett anteriort låst läge av dysken medför att gapförmågan minskar påtagligt till cirka 20–25 mm mellan över- och underkäkens incisiver (figur 10.6 e). Diskförskjutningen i sig är inte smärtsam såvida inte ett inflammatoriskt engagemang finns i ledens mjukvävnader.

Övriga faktorer

Morfologiska och funktionella *bettfaktorer* har historiskt ansetts ha en avgörande betydelse. Emellertid har denna uppfattning fått revideras och nyare forskning har visat att förklaringsvärdet för bettfaktorer som orsak till TMD är cirka 15 procent. I dag anses alltså bettfaktorerna inte vara den viktigaste etiologiska faktorn, men kan väl underhålla utvecklingen.

Orsaken till varför vissa individer utvecklar TMD och andra inte gör det är oklart. Flera olika faktorer förefaller att utlösa, förstärka eller samverka till uppkomsten av TMD. Man talar om predisponerande, utlösande och underhållande faktorer. Det finns en rik dokumentation om att *stress* och *psykosociala faktorer* bidrar till TMD. *Oro och ångest* är vanligare hos TMD-patienter jämfört med friska kontroller, men däremot skiljer de sig inte åt när det gäller personlighetsfaktorer. Ned-



Figur 10.6

- a) Diskens normala läge i sammanbitning.
 b) Diskens normala läge i öppningsrörelse.
 c) Disken i ett anteriort displacerat läge i sammanbitning.
 d) Vid gapning hamnar disken rätt och en knäppning kan ofta registreras.
 e) Disken befinner sig i ett låst läge anterior. Patienten gapar i en akut situation enbart 20–25 mm.
 Foto: Maria Nilner

stämdhet och depression är relativt vanligt vid TMD men skjler sig inte i frekvens nämnvärt från andra smärttillstånd. Huruvida det är smärtan som leder till nedstämdhet eller om det är nedstämdheten som ger en nedsatt smärttolerans är ofta oklart.

Klinik

I patientens beskrivning av "ont i bihålorna" eller "ont i örat" inryms såväl regelrätt smärta som tryckkänsla och spänningsskänsla av växlande intensitet.

Smärtan är koncentrerad till kinder och panna eller örat och kan ibland vara kraftig. Ofta beskrivs utstrålning mot tinningarna samt öronsymtom i form av lock, tryckkänsla, spänning och ibland värk. Dessa patienter plågas så gott som alltid också av smärta/stelhet i nacke och axlar och lider också frekvent av spänningshuvudvärk.

Spänning och tryckkänsla över näsryggen är ibland ett symtom vid tandpressning. Patienten upplever och beskriver detta som nästappa – "stopp i näsan" – trots att luftpassagen är fri. Och nota bene: patienten är inte snuvförkyld. "Bak-

snuva" – slemkänsla i halsen samt klumpkänsla bakom näsan – "det sitter något mellan näsan och svalget" – är vanliga symtom, vilka kan vara ett resultat av tungpressning mot gommen – en oral parafunktion. Spänd halsmuskulatur ger ofta symtom i form av svullnadskänsla eller globus – klumpkänsla i halsen och ibland också röstpåverkan med heshet och rösttrötthet.

Tinnitus kan framkallas eller förstärkas av muskelspänningar i huvud-nacke samt TMD (se avsnittet tinnitus i kapitel 3).

Vid *myofasciell smärta* är smärtan lokaliserad till käkmuskulatur och kringliggande bindväv. Smärtan beskrivs som dov och molande med en fluktuerande karaktär. Ofta anger patienten smärtlokaliseringen genom att lägga hela handen över det smärtande området (figur 10.7). Inte sällan klagar patienten dessutom över huvudvärk i tinningar och hjässa. Ofta föreligger s.k. *orala parafunktioner* såsom tandpressning, tandgnissling, tungpressning, läpp-, kind- och nagelbitning.

Vid *ledsmärta* anger patienten smärtans lokalisering genom att mer precist peka med ett finger mot käkleden till skillnad från den som har en muskulär affektion (figur 10.8).



Figur 10.7 Patient som visar lokalisationen av smärtan från käkmuskulatur. Foto: Maria Nilner.

Smärtan upplevs som kommande från örat men förstärks oftast vid gapning och tuggning. Käkledsartrosen kännetecknas kliniskt av krepitationer i käkleden.

I samband med muskel- och ledsmärta kan även *diskförskjutning (käkledsknäppningar)* finnas i käkleden. Diskförskjutning kan förekomma i två former.

Diskförskjutning med korrektion – återgång till normal position vid rörelse i käkleden. Patienten beskriver, eller vid lätt palpation registreras, att käkledsknäppningar finns vid både öppnings- och slutningsrörelser av underkäken.

Diskförskjutning med låsning. Härvid ligger käkledsdiskens konstant förskjutna framför ledhuvudet. Patienten anger att gapförmågan plötsligt har minskat kraftigt och den maximala gapförmågan uppmäts till 20–25 mm (mellan framtänderna). Detta tillstånd har ofta föregåtts av knäppningar och upphakningar. Förutom inskränkt gapförmåga finns ofta en deviation av underkäken åt den symtomgivande sidan. Om inflammation dessutom föreligger i käkleden förstärks befintlig smärta vid käkrörelsen.

Observera

Käkledsknäppningar är vanliga i befolkningen och bör enbart behandlas om det samtidigt förekommer smärta eller påtagliga rörelsestörningar. Vid käkledslåsning noteras inskränkt gapförmåga.

Hos vuxna har man funnit att de dagliga aktiviteterna inskränkts vid TMD, liksom vid flera andra



Figur 10.8 Patient som pekar på smärta från käkleden.

smärttillstånd. Vissa av patienterna kan förmedla känslor av hopplöshet och har ofta en pessimistisk syn på framtiden. Detta får i sin tur ekonomiska konsekvenser inte bara för den enskilde individen utan också för samhället genom en förhöjd sjukskrivningsfrekvens. Man har kunnat visa att adekvat behandling av TMD minskar sjukfrånvaron. Hos ungdomar med TMD har man, förutom ett personligt lidande, även funnit ett sänkt stämningsslag, inskränkt i vardagliga aktiviteter samt ökad skolfrånvaro och analgetikakonsumtion.

Diagnostik

Anamnes

Hos patienten som på grund av smärta söker för otit eller rinosinuit utesluts inledningsvis infektösa genes till patientens besvär. För patienten är rinosinuit i första hand en smärtdiagnos. Men bakteriell rinosinuit föregås så gott som alltid av ÖLI och patienten har eller har haft purulent snuva. Detta är således en högst väsentlig del av anamnesen och här är det viktigt att frågan formuleras på rätt sätt. Undvik ordet förkylning. Fråga i stället om patienten har snuva och måste snyta sig ofta. Svaret blir nekande hos patienter med TMD. Om man enbart frågar huruvida patienten är förkyld så blir svaret jakande, eftersom den upplevda nästappan och baksnuvan av patienten uppfattas som typiska förkylningssymtom. Patienter som söker p.g.a. smärta och värk "i bihålorna" har inte sällan flera gånger tidigare fått sina besvär diagnostiserade som rinosinuit och söker för att få det sedvan-