
Revmatiske sykdommer i kjeveleddene

– Synovektomier

TORE BJØRNLAND

Frekvensen av kjeveleddsinvolvering hos pasienter med revmatoid artritt er blitt rapportert til å være mellom 2% og 86%¹. Selv om det alltid er vanskelig å sammenligne pasientmaterialer, viser dette at de diagnostiske kriterier for å avgjøre om kjeveleddet er involvert i en generell revmatologisk tilstand er meget varierende.

De synoviale forandringer som oppstår hos pasienter med revmatiske sykdommer er heller ikke spesifikke. Man kan derfor ikke ved biopsier alene se om de synoviale forandringer skyldes en generell revmatisk sykdom eller hvorvidt det dreier seg kun om interne kjeveleddsforandringer^{2, 3}. Sammenligner man imidlertid grupper av pasienter, kan man se at pasienter med revmatisk sykdom har signifikant mer vaskulær proliferasjon, perivaskulære inflammasjons-celler, fibrose og inflammasjons-celler enn f.eks. pasienter med diskusforskyving² (se Fig. 1).

Behandling

De strategier man nå har utarbeidet for denne type pasienter inkluderer⁴:

- En pasient med mistenkt kronisk inflammatorisk artritt bør snarest henvises til revmatolog

- Ved behov for smertelindring gis ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID)
- Tidlig behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler
- Bruk av systemiske kortikosteroider bør minimeres
- Lokale kortikosteroider er et godt tillegg til øvrig behandling
- Behandlingen bør overvåkes med hensyn til effekt og sikkerhet med grundig oppfølging
- Ved mulig kjeveledsinvolvering må det gjøres radiologisk undersøkelse av kjeveleddene⁵
- Mulig utvikling av retrognatier og åpne bitt må vurderes odontologisk

Pasientene har gjerne som mål for behandlingen at man blir smertefri, har god funksjon og at man kan klare sitt sosiale liv. Fra en behandler synsvinkel vil målene kunne være at det er frihet fra inflammasjon og sykdomstegn, uforandret eller bedret funksjon, redusert skadeutvikling herunder ingen utvikling av åpent bitt eller retrognati og frihet for bivirkninger av behandlingen.

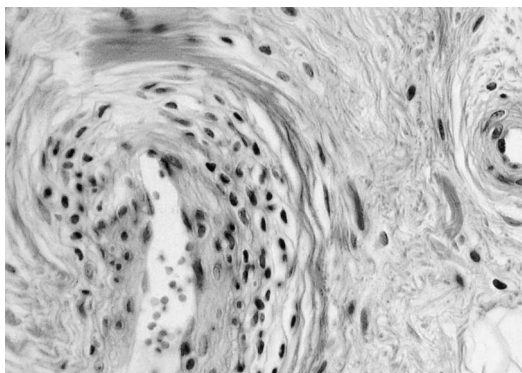
Den alt overveiende del av behandlingen vil være medisinsk og terapianbefalingene i Norge er publisert på internett: <http://www.legemiddelverket.no/dok/ma/supp0599.pdf>⁴. Ved siden av farmakoterapi, vil fysioterapi være viktig både for å styrke muskulatur og ved å opprettholde bevegelse i kjeveleddene.

Hos noen pasienter vil allikevel ikke den medisinske behandling eller fysioterapi ha god nok effekt på symptomer fra kjeveleddet. Pasientene kan ha både smerter i kjeveleddene og omgivende muskulatur^{2,3}, selv om pasienter med kronisk inflammatoriske artritt overveiende har mer leddsymptomer enn andre pasienter med symptomer fra det mastikatoriske system.

Kirurgisk behandling

Synovektomier i andre ledd har vært benyttet i en år-rekke. Den vanligste behandling har vært åpen synovektomi med fjerning av

Figur 1. Histologisk bilde med infiltrasjon av inflammasjons-celler i åre-vegg fra diskus' bakre feste hos pasient med revmatoid artritt (forstørrelse x 350).



den inflammente synovialmembran (Fig. 1). Man har også hevdet at ved tidlig synovektomi kan destruksjon av ledd forhindres. Det er også utført undersøkelser som viser at det er markert mindre inflammasjon i ledd etter synovektomier sammenlignet med før synovektomiene⁶. Siden slutten av 1980-tallet har artroskopisk synovektomi blitt mer vanlig i ortopedisk kirurgi. Man ser at det er mindre postoperativ morbiditet, mindre smerte og kortere sykehusopphold ved artroskopisk synovektomi enn ved åpen synovektomi. Ved synovektomier i kneledd er derfor artroskopi nå anbefalt.

Synovektomier i kjeveleddet er imidlertid lite utbredt. Det finnes rapporter av artroskopiske undersøkelser med biopsier^{3, 7-9}, men mer omfattende synovektomier i kjeveleddene er til nå kun lite omtalt^{2, 10}. Siden 1986 har vi utført synovektomier på 48 pasienter (Tabell 1).

Pasientene ble vanligvis henvist fra revmatolog til Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for undersøkelse og behandling. Den kliniske undersøkelse omfatter vurdering av gapehøyde, symptomer, varighet av sykdom og man må alltid vurdere alternative behandlingsmåter til kirurgi, som kan være fysioterapi, bittskinne, steroidinjeksjoner i kjeveleddet og vurdering av generell medikasjon. I tillegg må pasientene undersøkes radiologisk⁵.

Tabell 1. Karakteristikk av gruppen pasienter med kronisk inflammatorisk artritt operert med synovektomier i kjeveleddet.

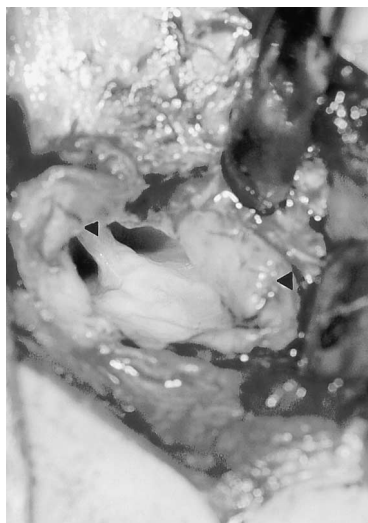
Klassifisering*:	JRA	RA	AS	PA	Totalt
Pasienter (n)	5	28	6	9	48
Opererte kjeveledd	5	37	10	12	64
Mann/Kvinne(n)	0/5	7/21	3/3	2/7	12/36
Gjennomsnittsalder	26	40	35	43	38
Reoperasjoner		1	1	1	3

* JRA = Juvenil revmatoid artritt; RA = Revmatoid artritt; AS = Ankyloserende spondylitt; PA = Psoriasisartropati.

Man ønsker alltid en viss observasjonsperiode på minst et halvt år for å se om annen behandling vil hjelpe. I vårt materiale utgjorde de pasienter som ble operert kun ca. 5% av det totale antall pasienter med kronisk inflammatoriske artritt og kjeveleddssymptomer som ble undersøkt ved Avdeling for oral medisin og oral kirurgi og Avdeling for kjeve- og ansikstradiologi. Gruppen som blir operert utgjør således kun en liten andel av det totale antall pasienter som blir undersøkt. I antall var det like mange pasienter som fikk behandling med ortognatisk kirurgi pga. retrognatier som følge av kjeveleddsinvolvering som pasienter som fikk utført synovektomier i tidsrommet fra 1986 til 1999.

Synovektomier blir utført i generell anestesi med nasal intubering. Man får tilgang til leddet via et pre-aurikulært snitt. Etter at man har kommet gjennom kjeveleddskapsel kan man i mange tilfeller observere en komplett destruert diskus². I enkelte tilfeller er den synoviale hyperplasi tydelig i tillegg til pannusdannelse og fibrose (Fig. 2). Man fjerner deretter all synlig pannus og man foretar en kirurgisk fjerning av den inflammerte synovialmebran (synovektomi), samtidig som de resterende deler av diskus fjernes. Det blir derfor utført en kombinert synovektomi og diskektomi. Det er av stor betydning at man er så nøye som mulig med synovektomien ut fra de forhold som er beskrevet av synovektomier i andre ledd¹¹. Ved en del av inngrepene ble det observert en me-

Figur 2. Synovektomi av høyre kjeveledd hos en pasient med revmatoid artritt. Man ser fortykket kapsel med synovial hyperplasi og fibrøst vev mellom kondyl og fossa (◄).



get liten leddspalte, slik at tilgjengeligheten til leddet var dårlig. Ved en åpen synovektomi bedret tilgjengeligheten seg etterhvert slik at synovektomien ble mulig. På grunn av den vanskelige tilgjengelighet til kjeveleddet, vil artroskopisk synovektomi være meget vanskelig å utføre, om ikke umulig, før eventuelt instrumentariet bli utviklet spesielt til dette bruk.

En kjent komplikasjon fra kjeveleddsoperasjoner er parese av n. facialis. I vårt materiale har ingen pasienter fått en varig parese, men to av pasientene hadde en forbigående parese av tre måneders varighet. Utenom dette fikk ingen pasienter andre varige komplikasjoner.

Postoperativt er det av stor betydning at man starter mobilisering av leddet ved hjelp av fysioterapi og man må ha en forsiktig diett med bløt kost i 4-6 uker. Etter dette settes ingen restriksjoner på diett eller funksjon forøvrig. Mange av pasientene vil fortsatt bruke medikamenter for sin generelle kronisk inflammatoriske artritt.

I vårt materiale blir pasientene fulgt opp i minst tre år og man vurderer funksjon og symptomer. I en studie med tre års oppføl-

ging økte gjennomsnittlig gapehøyde fra 19 mm preoperativt til 32 mm tre år postoperativt og smerteintensitet og frekvens minsket signifikant¹⁰.

Resultatene av våre undersøkelser etter synovektomier skiller seg derfor ikke vesentlig fra andre undersøkelser der man foretar operative inngrep i kjeveleddet. Imidlertid er gapehøyden både preoperativt og postoperativt lavere enn hos pasienter med diskusforskyving, der diskektomier har blitt utført¹⁰.

Konklusjon

Synovektomier i kjeveleddet har en meget god effekt på funksjon og smerter hos pasienter med kronisk inflammatorisk artritt. Indikasjonene for inngrepet er langvarig redusert funksjon og smerter fra kjeveleddet som ikke lar seg behandle med annen terapi som fysioterapi og medikamenter. Av det totale antall pasienter med kronisk inflammatoriske artritter og kjeveleddsinvolvering, er det kun en liten gruppe pasienter der det er indisert med synovektomier. Det er få komplikasjoner med inngrepet men mulighetene for parese av n. facialis er til stede. Det er nødvendig med langvarig oppfølging av pasientene der fysioterapi og fortsatt bruk av medikamenter for den generelle kronisk inflammatoriske artritt ofte er nødvendig.

Det synes som om man oppnår den samme effekt i kjeveleddet som ved synovektomier i andre ledd, med en reduksjon av videre destruksjon av brusk/benvev som et resultat av minsket inflammatorisk aktivitet i leddet.

I andre ledd har man gått over til artroskopisk synovektomi, men dette har ikke så langt vært utført i kjeveleddet. Medisinsk forskning vil også være viktig for å kunne gi pasienter med kronisk inflammatoriske artritter sykdomsmodifiserende medikamenter og ikke minst er det viktig med rask diagnose og behandling, slik at man unngår større destruksjoner av kjeveleddet som vil kunne føre til varige bittforandringer. Ved varige bittforan-

dringer vil synovektomier ikke være tilstrekkelig og man må vurdere mer omfattende korreksjoner av kjeveledd med evt. transplantasjoner eller korrektive osteotomier.

LITTERATUR

- 1 Carlsson GE, Kopp S, Öberg T. Arthritis and allied diseases of the temporomandibular joint. In Zarb GA, Carlsson GE, eds. Temporomandibular joint. Function and dysfunction. Copenhagen: Munksgaard, 1979: 269-320.
- 2 Bjørnland T, Larheim TA, Haanæs HR. Surgical treatment of temporomandibular joints in patients with chronic arthritic disease: preoperative findings and one-year follow-up. *J Craniomandib Pract* 1992;10:205-10.
- 3 Gynther GW, Holmlund AB, Reinholt FP, Lindblad S. Temporomandibular joint involvement in generalized osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a clinical arthroscopic, histologic and immunohistochemical study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;26:10-6.
- 4 Nytt om legemidler (The Norwegian Drug Bulletin) 1999;22, Suppl 5. <http://www.legemiddelverket.no/dok/ma/supp0599.pdf>
- 5 Larheim TA. Revmatiske sykdommer i kjeveleddene: Diagnostikk. *Odontologi* 2003. København: Munksgaard Danmark, 2003.
- 6 Paus AC, Refsum S, Førre Ø. Histopathologic changes in arthroscopic synovial biopsies before and after open synovectomy in patients with chronic inflammatory joint diseases. *Scand J Rheumatol* 1990;19:202-8.
- 7 Holmlund AB, Gynther G, Reinholt FP. Rheumatoid arthritis and disk derangement of the temporomandibular joint. A comparative arthroscopic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:273-7.
- 8 Gynther GW, Holmlund AB, Reinholt FP. Synovitis in internal derangement of the temporomandibular joint: correlation between arthroscopic and histologic findings. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:913-7.
- 9 Gynther GW, Dijkgraaf LC, Reinholt FP, Holmlund AB, Liem RSB, de Bont LGM. Synovial inflammation in arthroscopically obtained biopsy specimens from the temporomandibular joint: a review of

the literature and a proposed histologic grading system. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:1281-6.

- 10 Bjørnland T, Larheim TA. Synovectomy and diskectomy of the temporomandibular joint in patients with chronic arthritic disease compared with diskectomies in patients with internal derangement. A 3-year follow-up study. *Eur J Oral Sci* 1995;103:2-7.
- 11 Paus AC, Førre Ø, Pahle JA, Refsum S, Mellbye OJ. A prospective clinical five year follow up study after open synovectomy of the knee joint in patients with chronic inflammatory joint disease. *Scand J Rheumatol* 1992;21:248-53.