

TEMPOROMANDİBULER EKLEM LUKSASYONUNUN TEDAVİSİ: KAPSÜLÜN TEL İLE PLİKASYONU VE ASILMASI OLGU BİLDİRİMİ

Tamer Koldaş* Serhat Tuncer** Bedrettin Görgün***

Yayın kuruluna teslim tarihi: 1.9.1992

Yayma kabul tarihi: 14.4.1994

ÖZET

TME luksasyonlarında cerrahi tedavi metodları iki yolla olabilir. Bunlar eminensia önüne kondil hareketini önlemek ya da kondilin serbest hareketi için eminensianın ekizasyonunu yapmaktır. Kondilin aşırı hareketini önlemek için alloplastik materyeller ve otojen kemik grefti kullanarak eminensianın yükseltilmesi, kapsüller plikasyonla eklem daraltılması ya da lateral pterygoid kas myotomisi uygulayarak kas spazmının giderilmesi ile yapılabilir. Bu olguda kondil hareketini azaltmak amacıyla paslanmaz tel kullanarak kapsül plikasyonu yapılarak sabit bir yer olan zigomatik kemiğe asma işlemi yapılmıştır. 18 ay sonraki kontrolünde TME'de ağrı, çene hareketleri sırasında ses, kısıtlılık, hassasiyet ve kayma şikayetlerinin giderildiği görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Temporomandibular eklem, luksasyon, kapsül plikasyonu

TREATMENT OF THE TMJ LUXATIONS: PLICATION AND HANGING OF THE CAPSULE WITH WIRE

ABSTRACT

Surgical treatment methods in TMJ luxations can be accomplished by two methods. These are to prevent moving of condyle to the front of eminentia or by excising off eminentia to give free motion to the condyle. Prevention of extended motion of the condyle can be done by increasing the level of the eminentia with alloplastic materials and otogen bone grafts, narrowing of joint capsul with plication or spazmolizis with lateral pterygoid muscle myotomia. We used here less invasive and much more simple method. In this case, in order to decrease condyl motions plication of capsule has been done and hanged on zygomatic bone as a fixed point with stainless steel wire material.

Key words: Temporomandibular joint, luxations, capsular plications

Temporomandibular eklem (TME) ile ilgili şikayetler genç ve orta yaşlı kadınlarda daha sık olmak üzere genel popülasyonun %4-28'ini kapsamaktadır. Kadın erkek oranı yaklaşık olarak 3:1 oranındadır (3). Laskin (8) bu hastalarda 4 ana şikayetin varlığını işaret etmiştir. Bunlar sırasıyla kulak önünde ağrı, eklemde ses, çene hareketlerinde sınırlılık ve eklemde hassasiyet. Mandibula tutulan tarafa doğru kayabilir ve semptomlar epizodik olarak devam edebilir. Birçok hastada psikolojik problemler de olayı başlatabilir.

Bu hastaların çoğu cerrahi olmayan yöntemler ile tedavi edilebilir (7,9,6); oklüzal tedavi (akrilik atel) eklem içi enjeksiyon (kortizon, sklerozan madde),

transkutanöz sinir stimülasyonu, fizyoterapi, hareketi azaltacak egzersizler, ısı veya ultrason ile diatermi, eklemde istirahat ettirilmesi, yumuşak diet, psikoterapi ve medikal olarak analjezik, adele gevşeticileri ve non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar. Bu değişik yöntemler ile %25 ile %90 arasında değişen başarılı sonuçlar alınabilir (4, 5, 10, 1, 2).

Şikayetlerin konservatif yöntemler ile giderilemediği durumlarda veya anatomik bütünlüğü sağlamak amacıyla cerrahi tedavi endikasyonu vardır.

Antropolojik araştırmalar ilkel ırklarda aşırı çene hareketlerine olanak sağlayan sığ glenoid fossa ve az

* Y. Doç. Dr. İ.Ü. İst. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

** Dr. İ.Ü. İst. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

*** Prof. Dr. İ.Ü. İst. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

çıkıntılı artiküler tüberkülün varlığını göstermiştir. Modern ırklarda derin glenoid fossanın ve basamak şeklindeki artiküler tüberkül gelişiminin modern yiyecek ve yemek anlayışı ile birlikte oklüzyon ve çiğneme alışkanlığındaki değişim ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

TME eklem kronik luksasyonlarında cerrahi tedavi iki yolla olabilir.; Kondilin eminensianın önüne gelmesini önlemek veya eminensiyayı çıkararak kondilin serbest olarak eklem girip çıkmasını sağlamak. Kondilin aşırı hareketini önlemek için alloplastik materyeller veya otojen kemik grefti ile eminensiyayı yükseltmek kapsüler plikasyon ile eklem kapsülünü daraltmak (12) veya lateral pterygoid m. myotomi ile spazmı giderme işlemi yapılabilir (11).

VAKA

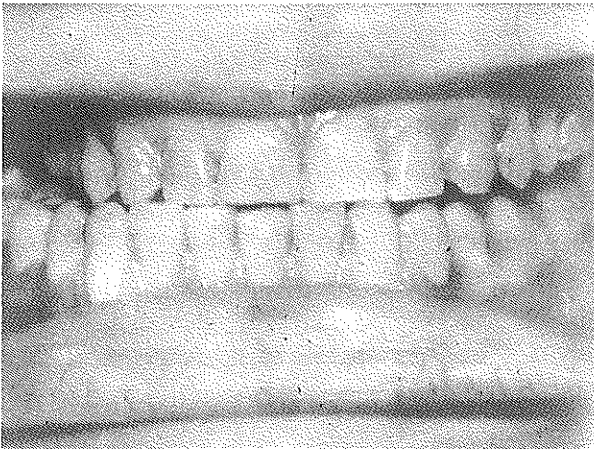
TME'de ağrı, çene hareketleri sırasında ses ve kısıtlılık, hassasiyet ve sağa kayma şikayetleri (Şekil 1) ile İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD polikliniğine gelen 19 yaşındaki (Ç.S) kadın hastada bu şikayetlerin giderilmesi için cerrahi endikasyona karar verildi.

Hasta 3 yıldır çeşitli kliniklerde konservatif tedavi yöntemleri ile tedavi edilmeye çalışılmış fakat şikayetlerinde bir azalma olmamıştır. Bilateral TME BT incelemesinde ağız açık pozisyonda her iki kondilin eminensiyayı geçtiği saptanmıştır (Şekil 2 üst).

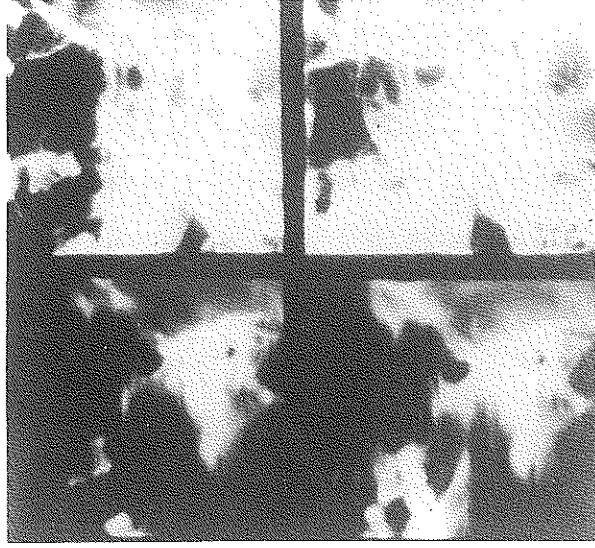
CERRAHİ TEKNİK

Genel anestezi altında (19.2.1992) yalnız sol tarafa işlem planlandı. Standart preauricular insizyon ile eklem kapsülü ve temporal kemik zigomatik çıkıntısı ve zigomatik ark ekspoze edildi. Eklem kapsülü-

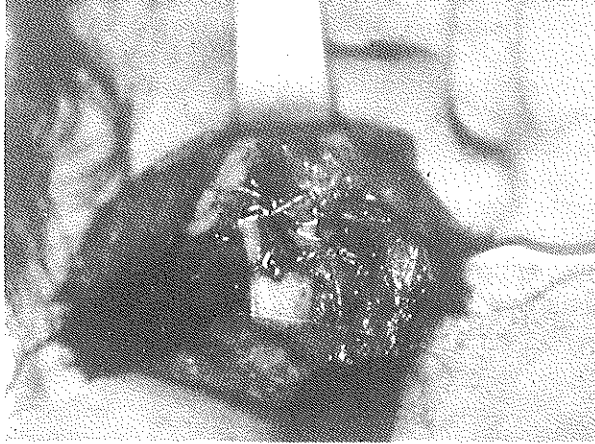
Resim 1. Preop. Laterognatik görünüm, sağa kayma.



Resim 2. Üst preop, alt postop.



Resim 3. Tel ile plikasyon ve asma



nün aşırı derecede gevşek olduğu ve kondilin stabil kalmadığı gözlemlendiğinden kapsül plikasyonu yapılmasına karar verildi. Zigomatik kemik periostu insize edilerek açıldı. Kapsülden geçirilen 0.4 mm kalınlığındaki tel sütür materyeli ile plikasyon yapıldı. İnsizyon yerleri katlarına uygun olarak kapatıldı (Şekil 3). Çenenin istirahati için iki hafta süre ile intermaksiller fiksasyon uygulandı.

Yapılan kontrollerde çene hareketlerinin, oklüzyonun normale döndüğü, ağrının ve hassasiyetin geçtiği, maksimal ağız açıklığının 40 mm. olduğu saptandı (Şekil 4 a,b). Bilateral TME BT incelemesinde ağız açık pozisyonda kondilin eminensiyayı geçmediği görüldü (Şekil 2 at ve Şekil 5). 18. aydaki son kontrolünde de hastanın tedaviden fayda görmüş olduğu tespit edildi.

Resim 4a. postop, oklüzyon



Resim 4b. postop ağız açıklığı

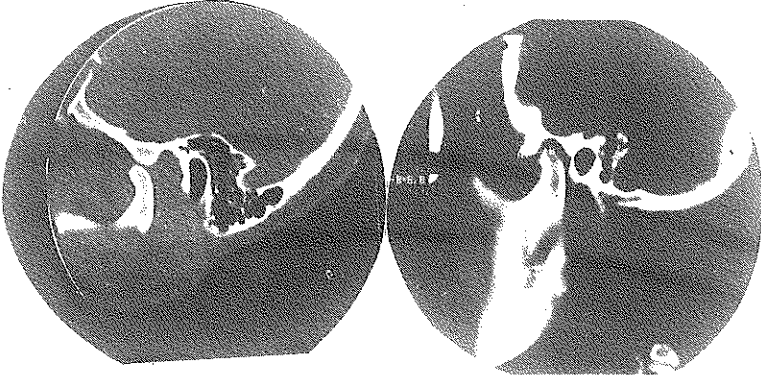


SONUÇ

Paslanmaz tel sütür materyeli kullanılarak kapsülün plikasyonunun yapılması ve sabit bir nokta olan zigomatik kemiğe asılması kondil hareketini sınırlandıran komplike olmayan cerrahi bir yöntemdir. Plikasyon ve asma için tel kullanılması onu diğer tekniklerden ayrı tutmaktadır. Bu işlem ile osteotomiye, alloplastik materyellere gerek kalmamıştır. Diğer yöntemlere göre daha az invaziv ve geriye dönüşümlüdür. Normal çene hareketlerini etkilememiştir.

TME kronik luksasyonlarında çeşitli cerrahi tekniklerin kullanılabilir olması standart bir yöntemin olmadığı göstermektedir. Bununla birlikte sunulan metodun konservatif tedaviye yanıt vermeyen kronik luksasyonlu olgularda alternatif olacağı düşünülebilir.

Resim 5. Sol TME Ağız Açık preop. B.T.sı ve Sol TME Ağız Açık postop. BT'si



KAYNAKLAR

1. Bell WW. Recent concepts in management of the temporomandibular joint. *J Oral Surg* 1970; 28: 569.
2. Benson BJ and Keith DA. Patient response to surgical/non-surgical treatment for internal derangement. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 770.
3. Bush FM, et al. Prevalence of Mandibular dysjunction: Subjective Signs and Symptoms. In MA. Littleton (ed.), Occlusion: Diagnosis and Treatment. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 355.
4. Farrar WB. Diagnosis and treatment of painful TMJ. *J Prothet Dent* 1968; 20: 494.
5. Farrar WB, and McCarty WL Jr. A clinical outline of TMJ Diagnosis and Treatment. 7th Ed. Montgomery, Normandie Publications 1982.
6. Fredeus MS, Ziter WD and Doyle PK. Principles of treatment for TMJ ankylosis. *J Oral Surg* 1975; 33: 757.
7. Greene C and Laskin D. Splint therapy for the myofascial pain dysfunction syndrome, a comparative study. *J Am Dent Assoc* 1972; 84: 624.
8. Laskin DM. Etiology of pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 1969; 79: 147
9. Mc Kelvey LE. Sclerozan solution in the treatment of chronic subluxation of TMJ *J Oral Surg* 1950; 8: 225.
10. Miller GA, and Page HL. TMJ ankylosis o literature. *J Oral Surg* 1985; 33: 792.
11. Sindet-Pedersen S. Intraoral myotomy of the lateral pterygoid muscle for treatment of recurrent dislocation of the mandibular condyle. *J Oral Maxillofacial Surg* 1988; 46: 445.
12. Toller PA. Temporomandibular capsular rearrangement. *Br J Oral Surg* 1974; 11: 207.

Yazışma adresi

Y. Doç. Dr. Tamer Koldaş
Plastik ve Rekonstrüktif
Cerrahi ABD
İstanbul Tıp Fakültesi
34390 Çapa - İstanbul