

OKLUZAL DÜZENSİZLİKLERE BAĞLI TEMPOROMANDİBULAR EKLEM RAHATSIZLIĞININ PROTETİK REHABİLİTASYONU: VAKA RAPORU

The Prosthetic Rehabilitation of Temporomandibular Joint Disorder Related to Occlusal Irregularities: A Case Report

Fehmi GÖNÜLDAŞ*

D. Derya ÖZTAŞ**

Abstract

There are some etiologic factors related to temporomandibular joint (TMJ) disorders. According to Ash and Ramfjord, stress and occlusal irregularities are the major factors of the TMJ disorders. Therefore the researchers describe TMJ disorders as a bio-psychological discomfort. Several researches reported that eliminating the etiologic factor that cause to discomfort primarily is the most appropriate approach in the treatment of TMJ disorders. In this case, the treatment of TMJ disorders is aimed by eliminating the occlusal irregularities.

The 53 years-old female patient's main complaint was bilateral pain in TMJ. In her clinical examination Angle class III relationship was observed between jaws. According to her medical history occlusal splints are made previously however she couldn't have used them. The treatment started by extraction of maxillary central incisors. Maxillary right and left canine teeth and right lateral incisor were prepared. Modelling wax of restoration and cast metal framework were prepared with conventional techniques. The control of metal framework and necessary adjustments were performed clinically and relationship between jaws was recorded. Fixed prosthetic porcelain restoration was completed using conventional techniques. In addition, 2 mm thickness hard acrylic resin stabilization splint was made.

Angle class I relationship between jaws was achieved after prosthetic rehabilitation. At the end of treatment satisfying and pleasing results were obtained. The patient stated that she

could utilize stabilization splint more comfortable, TMJ pain is reduced depending on the correction of occlusal relationship.

Key words: Temporomandibular joint disorders, Occlusal irregularities.

Özet

Temporomandibular eklem rahatsızlıkları (TMR) ile ilgili pek çok etiyolojik faktörler vardır. Ash ve Ramfjord'a göre, stres ve oklüzal düzensizlikler TMR'nin en önemli nedenlerindedir. Bu sebeple araştırmacılar, TMR'yi biyo-psikolojik bir rahatsızlık olarak açtılar. Çeşitli araştırmalar TMR'ye neden olan etiyolojik faktörün öncelikle ortadan kaldırılmasının, TMR'nin tedavisinde en uygun yaklaşım olduğunu bildirmektedir. Bu vaka TMR'nin tedavisinde oklüzal düzensizliklerin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır.

53 yaşındaki kadın hastanın esas şikayeti çift taraflı TME ağrısıdır. Hastanın klinik muayenesinde Angle class III çeneler arası ilişkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Hastanın klinik hikayesinde daha önce oklüzal split yaptırdığı ancak bunları kullanamadığı tespit edilmiştir. Hastanın tedavisine maksiller santral kesici dişlerin çekimi ile başlanmıştır. Maksiller sağ ve sol kanin dişleri ve sağ lateral kesici diş prepare edilmiştir. Restorasyonun mum modelajı ve döküm işlemleri konvansiyonel yöntemlerle hazırlanmıştır. Metal altyapının klinik kontrolleri ve gerekli düzenlemeleri yapılarak çeneler arası ilişki kaydedilmiştir. Sabit protetik porcelen restorasyon geleneksel yöntemler kullanılarak tamamlanmıştır. Ayrıca hastaya 2 mm kalınlığında sert akrilik rezinden stabilizasyon splinti yapılmıştır.

* Dr. Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Protetik rehabilitasyondan sonra Angle class I çeneler arası ilişki elde edilmiştir. Tedavinin sonunda, tatmin edici sonuçlar gözlenmiş ve hasta, oklüzal ilişkinin düzeltilmesine bağlı olarak daha rahat stabilizasyon splinti kullandığını ve TME ağrısının azaldığını belirtmiştir.

Anahtar kelimeler: Temporomandibular eklem rahatsızlıkları, Oklüzal düzensizlikler.

GİRİŞ

1934 yılında diş dizilerinde meydana gelen değişikliklerin bazı kulak semptomlarına neden olabileceği düşünülmüştür. Böylece Costen adlı bir araştırmacı tarafından temporomandibular eklem hastalıkları diş hekimliği literatürüne dahil olmuştur (1,2).

Temporomandibular eklem hastalıkları diş hekimleri tarafından incelenmeye 1950'lerde başlamıştır. Okluziyonun çiğneme fonksiyonu üzerindeki etkisi düşünülerek Shore 1959'da "Temporomandibular Eklem Disfonksiyonları Sendromu" terimini ilk kez kullanmıştır (2,3).

Temporomandibular eklemlerde ağrı, disfonksiyon ve açma-kapama zorluğu gibi rahatsızlıklara neden olan bazı etiyolojik faktörler bulunmaktadır. Genel olarak Temporomandibular eklem rahatsızlıkları (TMR)'nin 5 ana faktörden etkilendiği belirtilmektedir. Bu faktörler;

- 1- Oklüzal durum
- 2- Travma
- 3- Emosyonel stres
- 4- Derin ağrı hissi
- 5- Parafonksiyonel alışkanlıklar (4).

TMR'nin meydana gelmesinde stres ve oklüzal düzensizlikler son derece etkilidir. Bu nedenle bazı araştırmacılar TMR'yi biyopsikolojik bir rahatsızlık olarak tanımlamaktadır (5).

Temporomandibular Eklem Bozuklukları ile ilgili olarak pek çok isimlendirme yapılmıştır. İlk olarak Bell 1982 yılında bu konuda en kapsamlı araştırmayı yapmış ve TMR terimi Amerikan Diş Hekimleri Birliği (ADA) tarafından da kabul edilmiştir (6).

Araştırmacılar, TMR'nin tedavisinin başarısı rahatsızlığa sebep olan faktörün belirlenmesi ve bu faktörün ortadan kaldırılmasına bağlı olduğunu bildirmektedirler (4). TMR tedavisi için girişiminde bulunan diş hekimi, öncelikle TMR ile ilişkili olan nedenleri belirlemelidir. Doğru belirlenen bu faktörlerin uygun ve etkili bir şekilde ortadan kaldırılması tedavinin başarısı için oldukça önem taşımaktadır (4). Bu vakada, hastanın Angle class III çeneler arası ilişkisi ve mevcut oklüzal düzensizlikleri eklem rahatsızlığına sebep olduğu düşünülmüştür. Bu düzensizliklerin ve çeneler arası ilişkinin protetik olarak rehabilite edilmesi ve böylece TMR'nin tedavi edilmesi amaçlanmıştır.

VAKA RAPORU

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı kliniğine 53 yaşında bir bayan hasta temporomandibular eklem bölgesinde ağrı şikâyeti ile başvurmuştur. Hastanın klinik anamnezinde 13 yıl önce baş-boyun bölgesinde tümoral bir oluşumdan dolayı radyoterapi tedavisi uygulandığı bilgisine ulaşılmıştır. Hastada radyoterapi sonucu tükrük bezlerinde atrofi meydana gelmesi nedeniyle ağız kuruluğu da mevcuttur. Ayrıca hastanın istenilen düzeyde ve etkili burun solunumu yapamadığı ve ağız solunumu yaptığı, bu durumun ağız kuruluğu şikâyetini artırdığı sonucuna varılmıştır. Yapılan klinik muayenede hastanın çeneler arası ilişkisinin Angle class III ilişki olduğu ve hastanın anterior bölgede negatif overjet ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Hastanın temporal ve masseter kasları palpe edilerek, palpe edilemeyen kasları ise fonksiyonel manipulasyon testleri ile muayene edilmiştir. Anterior temporal kas bölgesinde ağrı tespit edilmiştir. Hastadan alınan anamneze göre daha önce TMR'nin tedavisi için birkaç kez oklüzal splint yapıldığı ve bu splintleri kullanamadığı bilgisine ulaşılmıştır ve yapılan ağız içi muayenesi sonucu da durumu destekler nitelikte olup hastanın splint kullanmasının neredeyse mümkün olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca hasta mevcut çeneler arası ilişkiden dolayı dudaklarını kapatmakta zorlandığını belirtmiştir. Yapılan tüm klinik ve radyolojik muayeneler sonunda hasta tedavisi ile ilgili olarak bilgilendirilerek tedaviye başlanmasına karar verilmiştir (Fig. 1).



Fig. 1. Tedavi öncesi durumda çeneler arası Angle class III ilişki ve negatif overjet.

Tedaviye ilk olarak üst çene santral kesici dişlerin çekilmesiyle başlanmıştır. Bu dişlerin çekilmesine karar verilmesinin nedeni, mevcut çeneler arası ilişkiye göre santral dişler çekilmeden istenilen overjet ve overbite ilişkisinin elde edilmesinin mümkün olmayacağıdır. Hastanın çeneler arası vertikal boyutunun yükseltilmesi düşünülmüştür ancak hastanın vertikal boyutunun yükseltilmesini tolere edemeyeceği net olmadığı gibi santral dişlerin çekimi yapılmadan tedavinin istenilen fonksiyon ve estetik kriterlere göre bitirilmesinin mümkün olmayacağına da karar verilmiştir (Fig. 2). Diş çekim yaralarının iyileşmesini takiben üst çene sağ lateral kesici dişe kanal tedavisi yapılmıştır. Bu dişe kanal tedavisi yapılmasının amacı lateral dişin dental arktaki pozisyonunun uygun olmaması ve dişin kole bölgesinde dentin çürüğünün bulunmasıdır. Üst çene anterior sağ ve sol kanin dişlerinin ve sağ lateral kesici dişin preparasyonları yapılmıştır. Dişlerin basamak preparasyonları geniş açılı sonlanan champher olarak bitirilmiştir. Alt çene anterior dişlerin kesici kenarlarında daha önceden oluşan düzensizliklerin giderilmesi için mine seviyesinde gerekli aşındırmalar ve düzeltmeler yapılmıştır. Bu dişlerin aşındırılmaları ve düzeltilmelerinden sonra flor cila uygulanmış ve polisajları yapılmıştır. Preparasyonları yapılan dişlerin ölçüleri dişeti retraksiyonu yapıldıktan sonra C tipi silikon esaslı ölçü maddesi (Zetaplus, Zhermack, Badia Polesine, İtalya) kullanılarak alınmıştır (Fig. 3).

Bu ölçülerin içine tip IV sert alçı (Bego, Bremen, Almanya) dökülerek modeller elde edilmiştir. Güdüklerin hazırlanmasından sonra metal destekli porselen restorasyon için metal altyapının (Wirolloy NB, Bego, Bremen, Al-

manya) mum (Modelling Wax, Dentsply, ABD) modelajı ve dökümü konvansiyonel yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Klinik olarak metal alt yapının kontrolü (Fig. 4) ve gerekli uyumlamaları yapıldıktan sonra üst yapı porseleninin hazırlanması için metal altyapı ve okluzal ilişki kaydı ile birlikte tekrar laboratuvara gönderilmiştir.



Fig. 2. Vertikal boyut yükseltilmesine rağmen santral dişlerin alt keser dişlerle ilişkisi.

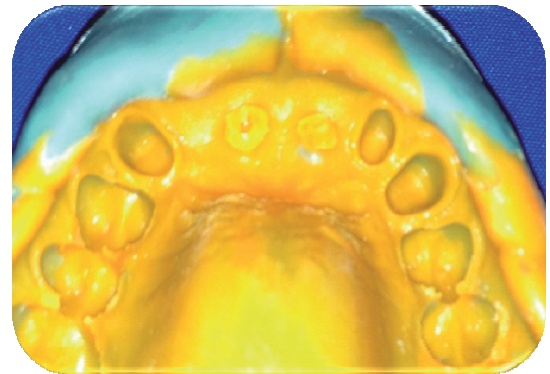


Fig. 3. Silikon esaslı ölçü maddesi ile prepare edilen dişlerin ölçüsünün alınması.



Fig. 4. Metal altyapının klinik olarak kontrolü.

Metal destekli seramik restorasyonun üst yapı porseleni, feldspatik porselenden (IPS d.SIGN, Ivoclar, Liechtenstein) geleneksel tabakalama tekniği kullanılarak hazırlanmıştır. Klinik olarak restorasyon kontrol edilmiştir. Restorasyonun renk, şekil, okluzal ilişki ve yüzey karakterleri için gereken tüm düzeltmelerden sonra glaze işlemi uygulanarak restorasyon bitirilmiştir (Fig. 5, 6).



Fig. 5. Metal destekli seramik restorasyonun bitirilmesi.



Fig. 6. Hastanın tedavisi tamamlandıktan sonraki görüntüsü.

Metal destekli seramik restorasyon tamamlandıktan sonra hastaya restorasyonun temizliği ve bakımı konusunda gerekli bilgiler verilmiştir. Restorasyonun tamamlanmasından sonra hastaya 2 mm kalınlığında sert akrilik rezinden stabilizasyon splinti yapılmıştır. Hasta oral hijyen devamlılığı ve TMR'nin tedavisi ile ilgili olarak gereken yönlendirmeler yapılarak 6 ay süreyle takip edilmiştir.

TARTIŞMA

Temporomandibular rahatsızlıklar ile ilgili yapılan araştırmalar, stres ve okluzal düzensizliklerin TMR üzerinde etkili olabildiğini bildirmektedir (4). Ancak bazı araştırmacılar TMR'de okluzal düzensizliklerin etkili olabildiğini öne sürerken bazı araştırmacılar okluzal düzensizliklerin etkili olmadığını iddia etmektedir. TMR'nin tedavisinde rahatsızlığa neden olan etiyolojik etkeni ortadan kaldırmanın etkili bir yöntem olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (4,7). Bu vakada hastanın sahip olduğu malokluzyona bağlı okluzal düzensizliklerin iki farklı tedavi seçeneği ile düzeltilebileceği düşünülmüştür. Bunlardan birincisi ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahi tedavidir ancak hastanın yaşı ve cerrahi tedaviye olan korkusu sebebiyle bu tedavi seçeneği mümkün olmamıştır. Ayrıca hastanın dudaklarını kapatma zorluğu olduğundan ve dişlerin üzerine braketler yapıştırıldığında bu durum daha da artacağından ortodontik tedavi yapılması sakıncalı bulunmuştur. İkinci tedavi seçeneği ise protetik tedavi ile hastanın rehabilite edilmesidir. Protetik tedavinin kısa süreli olması, ekonomik olması ve tedavi sonunda istenilen düzeyde estetik sonuç elde edilebileceği düşünüldüğünden TMR'nin tedavisinin protetik rehabilitasyon ile yapılması uygun bulunmuştur.

Protetik restorasyonun tamamlanmasından ve okluzal düzensizliklerin düzeltilmesinden sonra hastanın TME bölgesindeki ağrısının rahatlatılması amacı ile maksiller stabilizasyon splinti yapılmıştır. Bazı araştırmacılar maksiller splintlerinin daha başarılı olduğunu savunurken bazı araştırmacılar ise mandibular splintleri savunmaktadır. Hangi splintin kullanılacağı noktasındaki husus, hangisinin daha rahat kullanılması ile ilgilidir (8). Bu vakada hastaya daha rahat kullanabileceği düşünülerek maksiler splint yapılmış, hasta iyi tolere etmiş ve eklem rahatsızlığını tedavi ettiği gözlenmiştir.

SONUÇ

Yapılan protetik rehabilitasyon sonucu hastanın mevcut olan Angle class III çeneler arası ilişkisi ve negatif overjet yerine Angle class I ilişki ve pozitif (1 mm) overjet elde edilmiştir. Hastanın tedavi başındaki durumuna

göre dudaklarını daha rahat kapattığı tespit edilmiştir. İyileştirilen bu durumun hasta tarafından son derece mutluluk verici olduğu bildirilmiş ve aynı zamanda iyi bir estetik de sağlandığı gözlenmiştir. Hasta dudaklarını daha rahat kapatabildiği için ağız kuruluşunun azaldığını ifade etmiştir. Ayrıca hastanın çeneler arası okluzal ilişkisinin düzeltilmesi ile daha rahat okluzal splint kullanabilmesi, TME ağrılarının azalmasında etkili olmuştur. Hastaya daha önce almış olduğu radyoterapi sonucu tükürük bezlerinin atrofisine bağlı ağız kuruluşunun tedavisinde yapay tükürük kullanması gerektiği söylenmiştir. Yapılan restorasyonun bakımı, ağız hijyeni ve periodontal dokuların sağlığının devam ettirilmesi ile ilgili hastaya bilgi verilmiş ve hastanın düzenli takibi yapılmıştır.

TMR durumlarında, öncelikle okluzal durumun değerlendirilmesi ve gerekli tedavilerin yapılmasının kaçınılmaz olduğu bu vakada da gözlenmektedir. Öncelikle rahatsızlığın etkeninin doğru tespit edilmesi ve buna göre tedavi uygulanması hastanın rahatlamasını sağlayacaktır. Bu tedavi yöntemi ile cerrahi operasyona gerek kalmadan çeneler arası ilişki değiştirilmeden normal bir overjet ve overbite ilişkisi sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

- 1. Costen JB.** (1934). Syndrome of ear and sinus symptoms depended upon disturbed functions of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 43: 1.
- 2. Yalçın S, Aktaş İ.** (2010). Diş Hekimliğinde Temporomandibular Eklem Hastalıklarına Yaklaşım. *Vestiyer Yayıncılık, İstanbul.* Bl.,2 s. 23-24.
- 3. Shore NA.** (1959). Occlusal equilibration and temporomandibular joint dysfunction. Philadelphia, JB Lippincott Co.
- 4. Okeson JP.** Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 6th ed. Elsevier Mosby Inc. 2008; p. 140
- 5. Ramfjord SP, Ash MM.** (1983). Occlusion, ed 3. Philadelphia, Saunders.
- 6. Bell WE.** (1982). Clinical management of temporomandibular disorders. Chicago, Year Book Medical Publisher Inc.
- 7. Birgit T, Krister B.** Posterior crossbite and temporo mandibular disorders (TMDs) need for orthodontic treatment? *European Journal of Orthodontics*, 2012; 34:667–673.
- 8. Dawson PE.** Functional Occlusion from TMJ to Smile Design. St. Louis, MO: Mosby Elsevier. 2007; Chapter 28-32.

Yazışma Adresi

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi
Beşevler\ANKARA
E-mail: dt.fehmi@gmail.com
Gsm: 0 532 568 38 39

