

## Preauriküler ve Submandibuler İnsizyonla Kondil ve Çevresine Cerrahi Uygulamalarımız

Dr. Naci KARACAOĞLAN, Dr. Ata UYSAL

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı*

✓ There are many pathology related mandibular condyl. The preauricular, endaural, postauricular and submandibular incision are used for treatment of these pathology. Nine patients with condylar pathology have been treated by preauricular and submandibular incision between 1992-1995. During the follow up period (6-20 months) we have seen disfunction of the frontal branch of facial nerve in one patient and malocclusion in the other one. The functional and cosmetic results were excellent in the other patients.

**Key words:** Fracture of condyl, Hyperplasia of condyl, Ankylosis of temporomandibular joint.

✓ Mandibular kondille ilgili birçok patoloji vardır. Bu patolojilere preauriküler, endaural, postauriküler ve submandibular insizyonlarla yaklaşılr. 1992-1995 yılları arasında dokuz kondiler patolojili olgu preaurikular ve submandibular giriş yoluyla tedavi edilmiştir. 6-20 aylık takip süresinde bir hastada fasiyal sinirin frontal dalında disfonksiyon, diğer bir hastada maloklüzyon gözlemlendi. Diğer hastalarda fonksiyonel ve kozmetik olarak iyi sonuç alındı.

**Key Words:** Kondil fraktürü, Kondil hiperplazisi, Temporomandibular eklem ankilozu.

**M**andibulanın kondil ve Temporomandibular eklem bölgesi patolojileri değişik nedenlere bağlı oluşur. Kondil kırıkları, Temporomandibular eklem ankilozu, Kondiler hiperplazi, TME disfonksiyonu ve bu bölgeye olan değişik travmalar çene eklemi- nin hareketini sınırlar.<sup>(1,2)</sup>

Patolojilerin seyiri ve tedavi yöntemleri değişik olsa da cerrahi yaklaşım yolları sınırlıdır. Cerrahi gerektiren bu patolojilere preaurüküler, endaural, postaurüküler, submandibular ve intraoral yaklaşımla müdahale edilir<sup>(2)</sup>.

### MATERYAL ve METOD

Mayıs 1992-Ocak 1995 tarihleri arasında 9 olguda temporomandibular eklem ve çevresine preauriküler ve submandibular yaklaşımla cerrahi girişimde bulunuldu. Olguların patolojisi tabloda gösterilmiştir.

2 olgu TME ankilozu idi. Bu iki olgu nazal entübe edilerek opere edildi. Her iki olguda interpozisyonel artroplasti yapıldı. Erişkin hastada interpozisyonel materyal olarak silikon blok kullanılırken 8 yaşında olan ankilozlu olguda ise kostakondral kemik grefti kullanıldı. Greft ramusa iki adet titanyum vida ile tutturuldu. Bu olguda preauriküler yaklaşıma ilave olarak submandibular yaklaşım (Risdon yaklaşım) da kullanıldı (Resim 1,2).

Bir olguda kondiler hiperplazi mevcuttur. Preaurükular yaklaşımla eklem ortaya konulduktan sonra eklem kapsülü T insizyonla açılarak kondil başı ortaya kondu. Hiperplazik olan kısımlar tur ucuyla her taraftan yaklaşık 0.5 cm traşlanarak büyümüş olan kondil başı küçültüldü (Resim 3). ateşli silah yaralanması sonucu kondiler, subkondiler ve parçalı angular

Tablo

Ad	Yaş	Cins	Patoloji	Yapılan İşlem	Yaklaşım	Komplikasyon
A.K	24	K	Ankiloz	İnterposisyonel Artroplastisi (Silikonla)	Preauriküler	-
A.E	9	K	Ankiloz	İnterposisyonel artroplastisi Kostakondral greftle	Preauriküler ve Submandibular	Fasyal sinirin Frontal dalında zayıflık
V.E	21	E	Ateşli silah yaralanması	Rijit Fiksasyon Yabancı cisim temizlenmesi	Mevcut para ve preauriküler	-
M.A	20	E	Kondiler Hiprplazi	Kodilektomi	Preauriküler	Oklüzyon bozukluğu
F.K	26	K	TME disfonksiyon	Posterior disk eksizyonu ve plikasyon Meniskal plikasyonu artroplastisi zigomatik ark rotasyonu	Preauriküler	-
A.A	58	E	Kondiler fraktür	Açık Redüksiyon Miniplak ve vida ile osteosentez	Preauriküler ve Submandibular	-
Z.Ö	28	E	Kondiler fraktür	////////	////////	Mini vida
N.A	41	E	Kondiler fraktür	////////	////////	-
Y.A	54	E	Kondiler fraktür	////////	////////	-

fraktürü olan olguda eklem açık yaradan girildi. Bu olguda eklem içi ve eklem çevresindeki saçma taneleri temizlendi. Kondil boynu ve diğer bölgelerdeki fraktürler miniplak ve vida yardımıyla osteosentez edildi (Resim 4).

Dört olgu kondiler ve subkondiler fraktür nedeniyle opere edildi. Fraktürler titanyum mini plak ve vidalarla tespit edildi. Bu olguların birinde iki taraflı subkondiler

fraktür vardı ve bir tarafında mediyale doğru eklemden disloke olmuştu. Diğer bir olgu dişsiz ve parçalı mandibula fraktürlü idi. Başka bir olgu ise kondil fraktürü ile birlikte karşı tarafta korpus fraktürü mevcuttu. Bir haftalık intraoral bismaksillar tespiti rağmen oklüzyonun düzelmemesi nedeniyle açık cerrahi müdahale yapıldı. Son olguda bilateral kondil fraktürü ve cerrahi müdahale endikasyonu düşünülerek

opere edildi. Kondil frktürü olan olgularda preauriküler yaklaşıma ilave olarak submandibular yaklaşım da kullanıldı (Resim 5). Diğer olgu iki yıllık tıbbi tedaviye yanıt vermeyen intraartiküler disfonksiyonlu olgu idi. Ana şikayeti ağrı, eklemde ses ve takılma hissi olan bu olguda posterior disk ekzizyonu ve plikasyonu (meniskal plikasyon artroplastisi) yapıldı.

### Cerrahi Teknik:

Saçlı deriden tragusa kadar planlanan insizyon hattı 1/100000 lik adrenaline infiltre edildikten sonra skalpten başlatılan bölgede insizyon temporal adele fasyasının üzerine kadar derinleştirildi. Zigomatik arkın yaklaşık 2 cm üzerinde ve arkın posteriorunda fasya insize edildi ve insizyon yukarı ve öne ilerletilerek üzerindeki fasya ve ciltle birlikte subfasiyal olarak kaldırıldı. Zigomatik arka tutunan posterior temporal fasya uzantısı intak bırakılıp zigomatik ark üzerindeki periost insize edildi ve öne doğru kaldırıldı. Eklem kapsülü ve kondilin lateral ve ön kısmı ortaya kondu. İntrakapsüler müdahale düşünülen olgularda kapsül T insizyonla açılarak eklemi oluşturan yapılar ortaya kondu.

Kondil fraktürlü olgularda ve kostakondral greft uygulanan olguda ilave submandibular insizyon kullanıldı.

### BULGULAR

Olgular ortalama 6 ay-20 ay takip edildiler. Her iki ankiloz olgumuzda çene hareketinin normal sınırlara yakın olduğu görüldü ve takiplerde rekürrens gözlenmedi (Erişkin hastada preoperatif interincisel mesafe 1.2 cm iken post operatif 2.8 cm, çocuk olan olguda preoperatif 1.7 cm iken postoperatif 3 cm olarak ölçüldü) (Resim 1,2). Ancak çocuk olan ankilozlu olguda, facial sinirin frontal dalının ameliyat son-

rasında disfonksiyone olduğu görüldü. Altı aydan son-ra giderek düzelmesine rağmen karşı tarafa oranla az miktarda fonksiyon kaybı sebat etti.

TME disfonksiyonlu olgumuzda hastanın ağrı şikayetinin ve çene hareketleriyle ortaya çıkan seslerin kayıp olduğu gözlemlendi.

Kondiler fraktürlü olgularımızın hepsinde oklüzyonun tam sağlandığı ve çene hareketlerin normal olduğu görüldü. Bir olguda 6 ay sonra dış kulak kanalında, tragusun hemen arkasında bir mini vidanın ekspoze olduğu görüldü ve vida çıkarıldı (Resim 5).

Ateşli silah yaralanması sonucu intraartiküler ve kondiler patolojisi olan olguda herhangi bir problemle karşılaşılmadı, çene hareketlerinin ve oklüzyonun normal olduğu görüldü (Resim 4). Takibimizde preauriküler bölgede cilt altına kadar geldiği görülen iki adet saçma tanesi çıkarıldı.

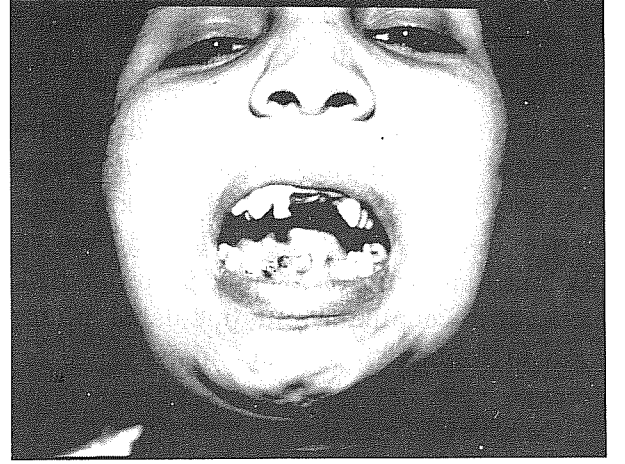
Kondiler hiperplazili olgumuzun 20 aylık takibinde ameliyattan önce normal olan oklüzyonun ameliyattan sonra bir miktar bozulduğu görüldü. Bu durum patoloji olan tarafta kondiler traşlamanın sonucu yüksekliğin azalmasına bağlı gelişti. Takip edilen bu olguda hiperplaziye bağlı büyümenin durduğu ve yüz asimetrisinin kısmen düzeldiği görüldü. Hasta Ortodontik olarak takip edilmekte ve tarafımızdan yapılacak ortognatik cerrahiye hazırlanmaktadır (Resim 3).

### TARTIŞMA

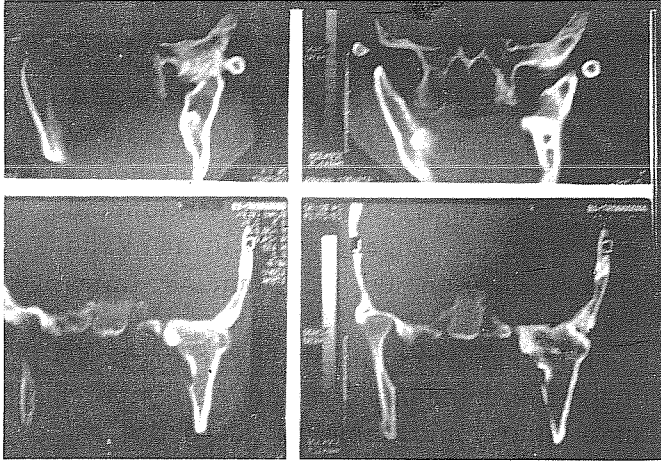
Temporomandibular ekleme ve çevresindeki patolojilere müdahale edebilmek için çeşitli cerrahi yollar vardır. Fasiyal siniri zedelemeyen, iyi bir kozmetik sonucu alabilmek için yeterli bir ekspoju ru sağlamak güçtür. TME ve çevresine preauriküler,



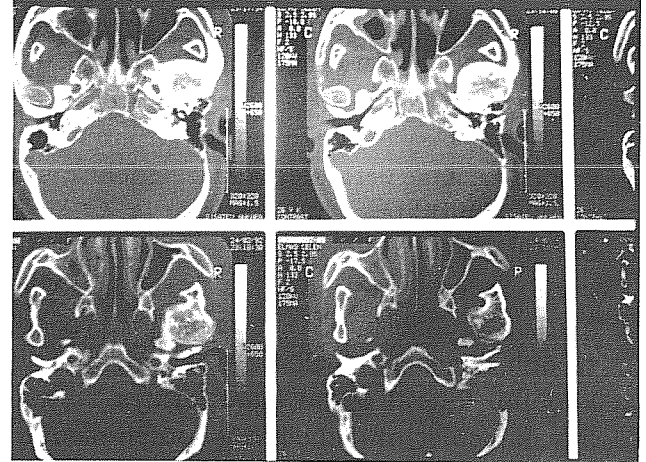
(1.a)



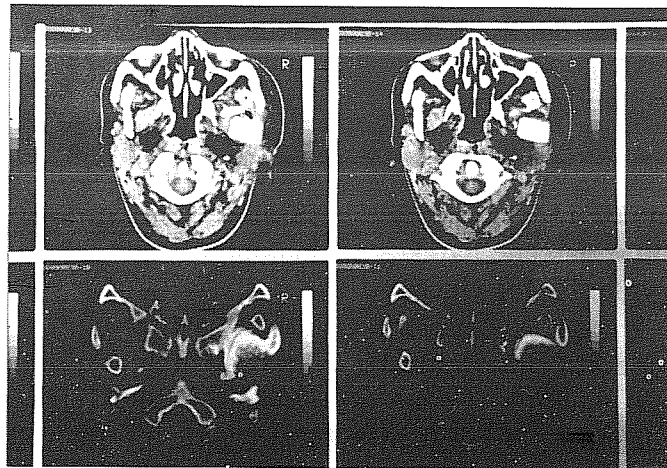
(1.b)



(1.c)



(1.d)



(1.e)

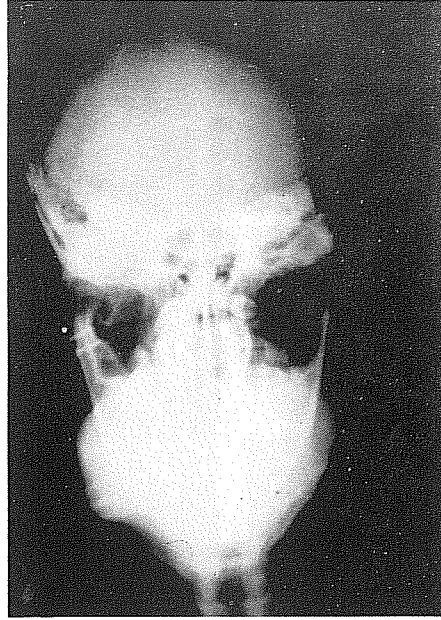
- Resim** 1 a : Ankilozlu olgunun ameliyat öncesi görünümü  
b : Ameliyattan sonraki görünümü  
c-d : Tomografik olarak ankiloz ve hiperplazinin görünümü  
e : İnterpositional artroplastisi amacıyla yerleştirilmiş silikon bloğun görünümü



(2.a)

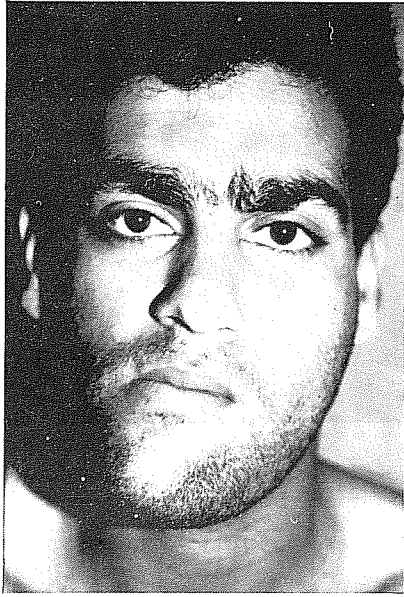


(2.b)

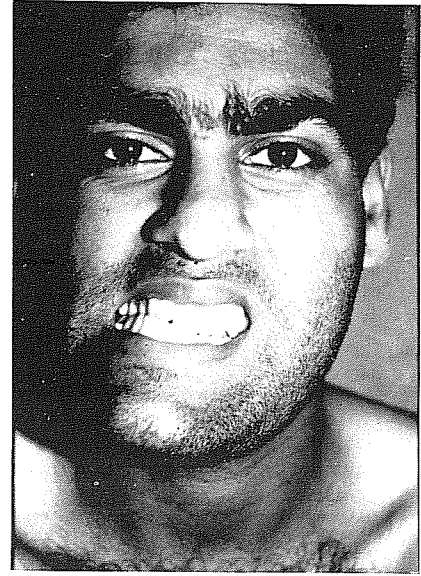


(2.c)

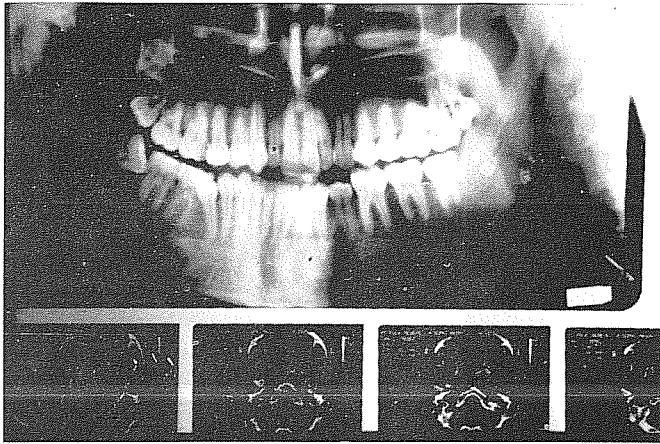
- Resim 2 a :** Preoperatif ankilozlu hastanın görünümü  
**b :** Post-op görünümü  
**c :** Kostakodral kemik greftinin iki adet vida ile mandibulaya tutturulmuş ameliyat sonrası radyolojik görünümü



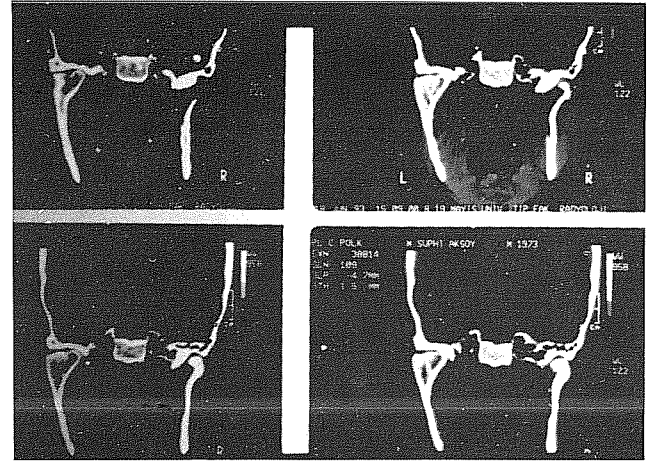
(3.a)



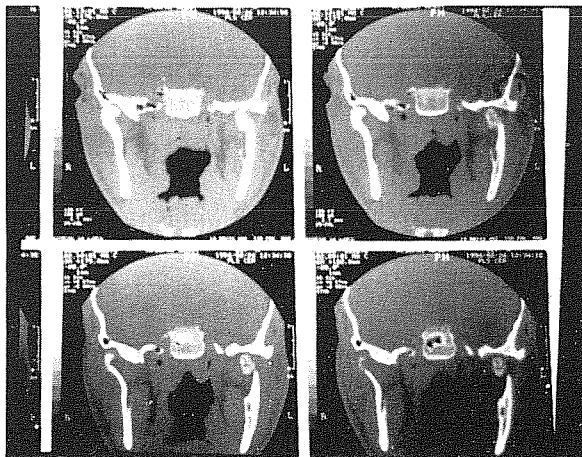
(3.b)



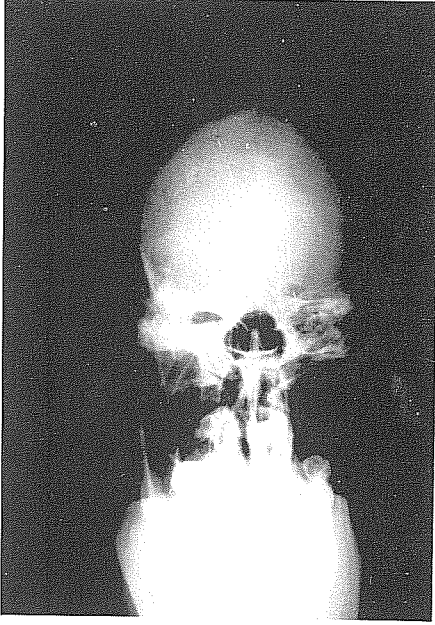
(3.c)



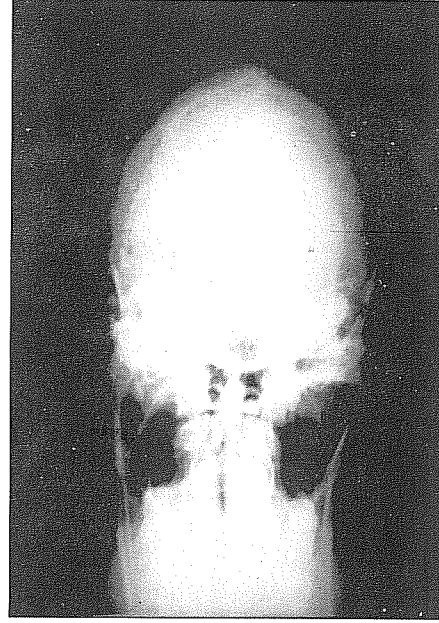
(3.d)



(3.e)

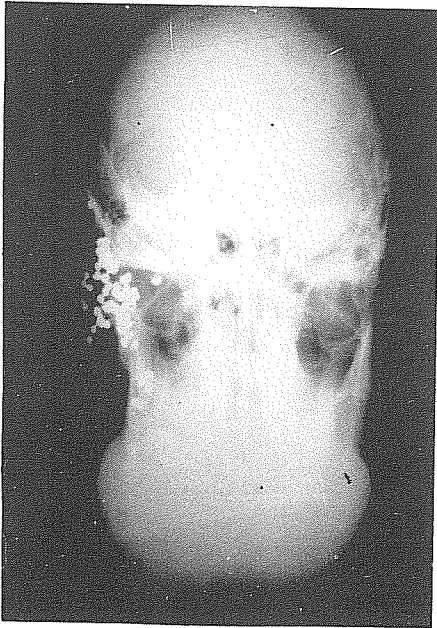


(3.f)

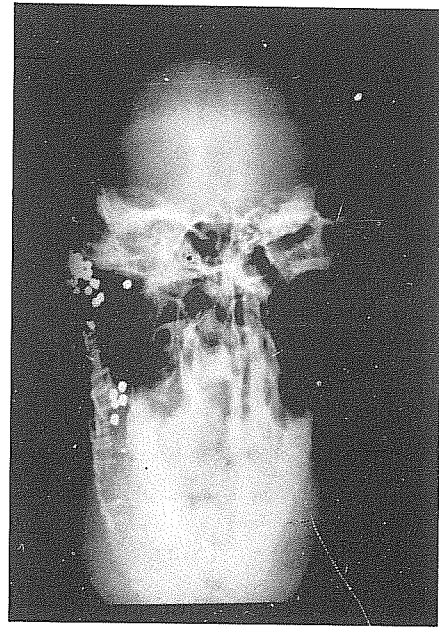


(3.g)

- Resim 3 a :** Kondiler hiperlazili olgunun görünümü  
**b :** Gelişmiş dentofasiyal deformite  
**c :** Panoramik mandibula grafisinde kondilin aşırı büyüme hali.  
**d :** Hiperplazik kondilin ameliyattan önceki tomografik görünümü  
**e :** Ameliyattan sonra kondilin küçültülmüş hali  
**f :** Pre-op Town grafide aşırı büyüme kondilin hali  
**g :** Ameliyattan sonraki küçültülmüş hali



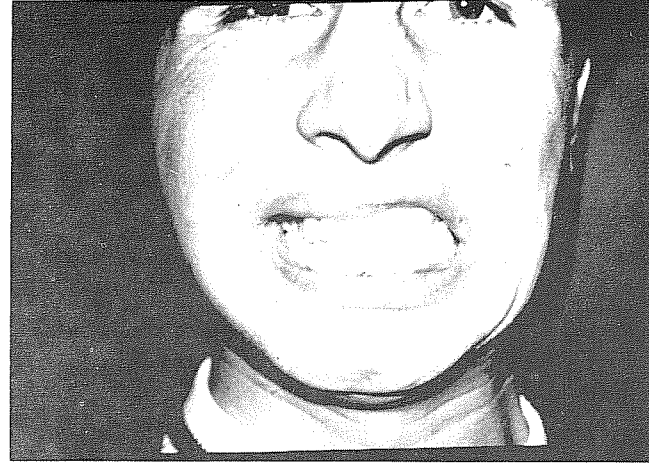
(4.a)



(4.b)



(4.c)

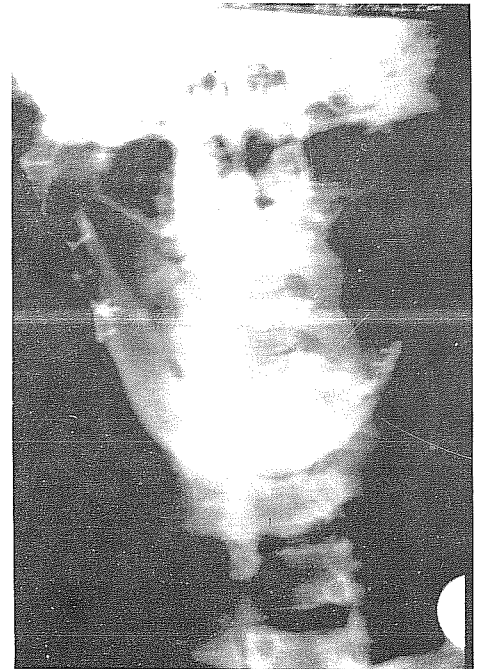


(4.d)

- Resim 4 a :** Ateşli silah yaralanması sonucu kondil ve çevresinde saçma taneleri ve fraktürün görünümü  
**b :** Ameliyattan sonra kırıkların mini plak ve vidalarla tespit edilmiş hali  
**c :** Çene hareketleri normal sınırlarda  
**d :** Oklüzyon sağlamış durumda



(5.a)



(5.b)

- Resim 5 a-b :** Kondil ve korpus fraktürünün mini plak ve vidalarla tespit edilmiş radyolojik görünümü.



endaural, postauriküler, submandibular ve intraoral yaklaşımlarla müdahale edilebilir<sup>(2,3,4,5)</sup>.

Postauriküler yaklaşımda insizyonun kulak arkasında olduğu için insizyon skarı görülmez. Bu yaklaşımla eklem ve kondilin posterioru ile lateralinin iyi bir şekilde ortaya konulmasına rağmen ön tarafı ortaya konamaz. Ayrıca dış kulak kanalı stenozu, kulak kartilaj enfeksiyonu ve nekrozu ve kulak hissinin kayıp olma olasılığı dezavantajdır.

Submandibular ya da Risdon yaklaşımı coronoid çukuru, subkondiler alanı ve lateral ramusu iyi bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu nedenle bu bölge fraktürleride ve diğer yaklaşımlarla kombine kullanılabilir.

Preauriküler girişim kulak önünde uzun bir skar bırakmasına rağmen maksimum ön ve lateral ekspoju sağlar. Bu nedenle en sık kullanılan giriş yoludur. Skardan sakınmak için endaural insizyon kullanılabilir. Ancak bu yaklaşımla lateral ve posterior ekspoju sağlanırken anterior ekspoju yetersiz kalır.

Intraoral yaklaşımla daha çok coronoid prosese ve buna bağlı ekstraartiküler anki-lozlarla müdahale edilebilir.

Temporomandibular anki-lozun temel tedavisi interpositional artroplastidir. Bu amaçla otojen veya otojen olmayan materyaller kullanılmaktadır<sup>(4,6)</sup>. TME anki-lozlarında interposition artroplastisi yapmanın nedeni gap artroplastilerde sıklıkla ortaya çıkan ramusun vertikal kısılması ve anterior open-bite deformitesinden kaçınmak idi. Diğer taraftan rekürrens oranının gap artroplastisinde yüksek olduğu bilinmektedir<sup>(4,6)</sup>.

Kondil fraktürleri izole olduğu gibi mandibula ve diğer yüz kemik kırıklarıyla birlikte olabilir. Genellikle intraoral bi-

maksillar tespitle tedavi edilirler. Ancak kondil orta kraniyal fossaya girmişse, ekstrakapsüler yerdeğiştirme varsa, eklemde yabancı cisim veya intraoral bimaksillar tespite rağmen oklüzyon sağlanamıyorsa açık cerrahi müdahale endikasyonu doğmaktadır. Ayrıca dişsiz bilateral kondil fraktürleri, parçalı mandibula fraktürü ile birlikte kondil fraktürü varsa yine açık cerrahi müdahale yapmak gerekir<sup>(3)</sup>.

Kondil fraktürlü olgularımızın biri kondil fraktürü yanında parçalı simfisiz fraktürü vardı ve aynı zamanda dişsizdi. Intraoral bimaksillar yaklaşımla kırıkların stabil edilemeyeceği düşünülerek açık cerrahi müdahale yapıldı. Diğer olgumuzda bir haftalık bimaksillar tesbite rağmen oklüzyon sağlanamamıştır. Bunda kondil fraktürü yanında parçalı korpus fraktürü mevcuttu. Bu nedenlerle bu olguda açık cerrahi müdahale ile tedavi edildi. Diğer olguda bilateral kondil fraktürü vardı. Bunda kondil başı mediyal olarak eklem çukurundan disloke olmuştu ve open-bite deformitesi vardı. Bu nedenle açık cerrahi müdahale yapıldı. Son olguda ise bilateral kondil fraktürü ve parçalı simfisis fraktürü vardı ve bilateral açık cerrahi müdahale yapılarak rijit fiksasyon yapıldı. Bu müdahaleler için preauriküler yaklaşımla birlikte submandibular yaklaşım iyi bir cerrahi ekspoju sağlamıştır. Bu kombine yaklaşım anki-lozlu olgularda kostakondral kemik greftinin ramusa miniplak ve vida ile tespitinde ve eklem protezlerinin yerleştirilmesinde de oldukça faydalıdır.

Ateşli silah yaralanması olan olgumuzda açık cerrahi müdahale endikasyonumuz eklem içinde saçma tanelerinin bulunması ve açık müdahale için bir defektin ve girişin olması idi. Bu olguda eklem kapsülü, çevre yumuşak dokuları ve diskinin parçalanmış olmasına rağmen eklem-

deki ve çevre yumuşak dokulardaki saçma taneleri temizlenerek ve fraktürler miniplak ve vida ile tespit edilerek başarılı sonuç alındı. Bu olguda da ankilozu önlemek için erken harekete başlandı.

Kondiler hiperplazi genellikle tek taraflıdır ve o tarafın anormal büyümesi sonucu oklüzyon bozukluğu ve yüz asimetrisi oluşturur. Mandibulanın tek taraflı anormal büyümesine ayak uydurmak için maksillada da deformasyonlar gelişir. Bu nedenle gelişebilecek dentofasiyal deformiteleri önlemek için hastalık erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir. Preoperatif ortodonti tedavisine başlanır. Bu aşamada kemik sintigrafisi ve panoramik mandibula grafileriyle kondilin aktif olduğu görülürse kondile cerrahi müdahale yapılır. Bizim olgumuzda kondilin hiperaktif olduğu sintigrafik alizle gözlendi ve hastaya kondil traşlaması yapılarak hem aktif kısımlar eksize edildi hemde aşırı büyümüş olan kondil hacim olarak küçültüldü. Bu olgu gelişmiş olan dentofasiyal deformiteleri nedeniyle ortognatik cerrahiye hazırlanmaktadır.

Biz sınırlı sayıdaki kondiler müdahalelerimizde preauriküler yaklaşımın yeterli ekspozur sağladığını, kondil boynu fraktürleri ve kostakondral greft uygulaması durumunda submandibular yaklaşımın kombine edilmesi gerekliliğini bir kez daha vurgulamak isteriz.

## KAYNAKLAR

1. Mendes D., Jacobs J.S. Traumatic deformities and reconstruction of the temporomandibular joint. In Cohen M. (ED). Mastery of plastic and reconstructive surgery. Little, Brown and Company, New York. 1994, Pp. 1220-1229.
2. Kreutziger K.L.; Surgery of the temporomandibular joint. Surgical anatomy and surgical incisions. Oral Surgery, 1984 vol. 58, number 6: 637-646.
3. Zide M.F.; Open reduction of mandibular condyl fractures: indications and technique. Clin in Plast Surg.1989. 16; 69-76.
4. Zins J.E., Smith J.D., and James D.R.; Surgical correction of temporomandibular joint ankylosis. Clin in Plast Surg. 1989. 16: 725-732.
5. Walters P.J., Geit E.T.; Correction of temporomandibular joint interal derangement via the posterior auricular approach. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1983. 41: 616-620.
6. Topazian R.G.; Comparison of gap and interpositional arthroplasty in the treatment of temporomandibular joint ankylosis. J. OralSurg. 1966. 24 :405.