

## TEMPOROMANDİBULAR EKLEM ANTERİOR DİSK DEPLASMANINDA KLİNİK BELİRTİLERİN TANINMASI

Melahat ÖĞÜTCEN\*

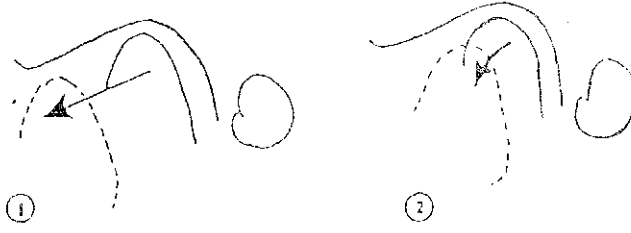
**Redüksiyonlu anterior disk deplasmanı :** Hastalar, genellikle tipik belirtiler verirler. Ağızlarını kilitlenme hissettikleri bir noktaya kadar açabildiklerini, daha fazla açmaya çalıştıklarında temporomandibular eklem bölgesinde yoğunlaşan bir ağrı meydana geldiğini bildirirler. Eğer çenelerini daha fazla hareket ettirirlerse bir sesle beraber aniden açma hareketi devam eder. Hassas hastalar çenelerini ağırlı taraftan ağrısız tarafa doğru hareket ettirmek ihtiyacı duyduklarını belirtirler. Bazı vakalarda belirtiler daha akut şekilde ortaya çıkmasına rağmen, bu hastalarda genellikle daha önceden ağrısız eklem sesleri hikâyesi vardır (1). Sıklıkla ilk belirti hafif bir kapsül-içi ödemdir, posterior kapsülitis meydana gelir, bunu açma ve kapama sesleri izler. Bu sesler, kapama hareketindeki sese karşılık açma hareketinde de meydana gelen tipte seslerdir. Birkaç hafta veya ayda temporomandibular eklem sesleri devamlı hale gelir. Önceleri açma sesi açma hareketinin erken döneminde oluşur. Birkaç ay veya yıl sonra sesler orta veya geç dönemde oluşmaya başlar (2). Hastanın muayenesinde fizik bulgular anamnezi doğrular. Ağırlı bir «açılma/kilitlenme/ses/açılma» dizisi gözlenir. Palpasyonda temporomandibular eklem hassastır. Schwartz ve Kendrick, anterior disk deplasmanındaki sınırlı kilitlenmenin kas-fasya ağırlı disfonksiyon sendromundaki kas spazmı ile görülen trismustan farklı olduğunu bildirmişlerdir. Lateral pterigoid kasın üst kısmının çekme yönü antero-medialdir. Hastanın mandibulayı ağırlı taraftan karşı tarafa hareket ettirerek ses oluşturması öne yer değiştirmiş olan diskin yerine getirilmesi ile ilgilidir. Sesten sonra tam açılma mümkündür, çünkü normal disk-kondil ilişkisi artık kazanılmıştır. Bu safhada meniskus, bağlarının gevşekliği önemli dere-

(\*) G.Ü. Dişhek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hast ve Cerr. Anabil. Dalı Araş. Gör., Dr. Dt.

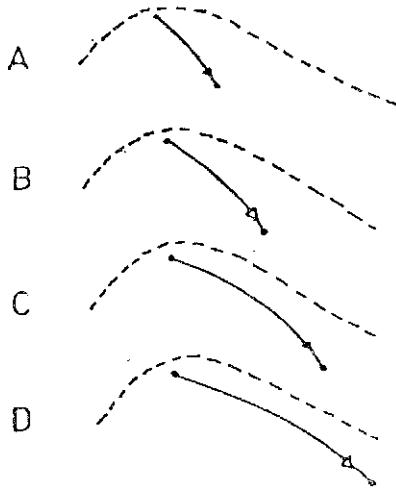
cede hareketliliğe izin vermesine rağmen morfolojik olarak oldukça normaldir. Genellikle, diskin öne yer değiştirmesinin yarattığı gerilmeye bağlı olarak disk arkası bağlarda belirgin bir fazlalık vardır. Zamanla yumuşak doku dejenerasyonu devam ederek distorsiyon ve hipertrofi meydana getirebilir. Bazı vakalarda bu tablo ile birlikte arasıra kilitlenme meydana gelebilir. Bu durumda disk geçici olarak açma hareketinde kondille olan normal ilişkisini sağlayamaz (1).

**Redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı :** Hastalar, ağızlarını tam açamadıklarından yakınır. Çenenin açılmasını artırmak için yapılan girişimlerle ağrı meydana gelir veya şiddetlenir. Hasta tam olarak temporomandibular eklem üzerinde ağrılı bölgeyi gösterebilir. Açma hareketinde ya ağrılı tarafa deviasyon görülür, ya da hasta çenesini karşı tarafa hareket ettiremez. Bir çok vakada hastalar tam kilitlenme öncesinde çenelerinde açılma/kilitlenme/ses/açılma dizisini ve sonra sesin kaybolduğunu ifade ederler. Bazı vakalarda disk arkası bölgede perforasyon meydana gelebilir. Bu tablo akut veya kronik olarak ortaya çıkabilir. Artık hasta çenesini karşı tarafa hareket ettirmekle diskin kondilin arka kenarını aşarak normal disk-kondil ilişkisini sağlayamaz ve eklem sesini oluşturamaz. Kilitlenme kronikleştikçe fonksiyon halindeki kondil diski daha öne iter ve böylece hareket sınırı gitgide artar. Ancak tüm hareketlerde disk kondilin önünde kalır (Şekil 1, 2). Diskin öne yer değiştirmesiyle deforme olan disk arkası bağlar daha fibröz hale gelir ve damarlanma azalır (3, 4). Bu bir çeşit uyum değişikliğidir ve anormal fonksiyona karşı bir doku cevabıdır. Zamanla bu bağlarda perforasyon meydana gelir. McCarty ve Farrar (5), diskin arka bağlarında diskin kendisinden daha çok perforasyon görüldüğünü bildirmiştir. Perforasyon daha kronik hale geldiğinde komşu bölgede kondil yüzeyinde kemik yığılımı meydana gelir. Aylar veya yıllar sonra bu kapsül-içi bozukluk osteoartritik dejenerasyon ile sonuçlanır. Bu devrede temporomandibular eklem sesleri kre-pitasyona dönüşür (6, 7, 8, 1).

Temporomandibular eklem kapsül-içi difonksiyonu olarak da adlandırılan anterior disk deplasmanı lateral pterigoid kasın uyumsuz çalışmasına neden olabilen ilaç reaksiyonları, anormal okluzal ve paraokluzal mandibula fonksiyonları veya duygusal gerilimden kaynaklanan sinir-kas bozuklukları sonucu gelişebilir. Diğer muhtemel bir neden ise temporal kasın arka liflerinin fibröz kontraktürüdür. Tempo-



**ŞEKİL 1 :** 1 — Açma sırasında normal kondil hareketi,  
2 — Akut kilitlemede açma sırasında kondil hareketi : açma sonunda processus condylaris ile tuberculum articulare arasındaki boşluk genişlemiş ve kondil hareketi kısıtlanmıştır. (Farrar)



**ŞEKİL 2 :** A — Akut redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı (Kilitleme),  
B, C, D — Redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı kronikleştikçe kondilin ileri hareketi artar. (Farrar)

ral kasın arka lifleri çene-yüz sisteminin diğer kaslarından daha fazla gerilime duyarlıdır. Özellikle genel anestezi sırasında ağzın fazla açılmaya zorlanması temporal kasın arka liflerinin fibröz kontraktürünü başlatabilecek, bu da mandibula kondilinin arkaya, diskin öne yer değiştirmesine neden olabilecektir (2).

Diskin anterior deplasmanının teşhisi açık ve kapalı konumlarda alınan transcranial lateral oblik radyografilerle yapılır. Radyografik teşhis için 2 kriter vardır (9) :

1. Açık konumda kondilin ileri hareketi normal açılmanın % 30-50'si kadardır. Kondilin maximum ileri hareketi 4 - 7 mm'dir.

2. Açık konumda kondil aşağı doğru yer değiştirmiştir, bu durum kondil ve fossanın ön eğimi arasındaki boşluğun artmasıyla izlenir.

Akut kilitlemede açma hareketi  $27 \pm 5$  mm'ye kadardır ve 1 cm ağız açıklığında karşı tarafa yan hareket  $6 \pm 3$  mm arasında değişebilir (9).

#### **Ayırıcı Teşhis :**

Temporomandibular eklem sorunları geniş gelişimsel anomaliler, iltihap, sistemik hastalıklar, disfonksiyonlar ve yaralanmalar olarak karşımıza çıkar. Gelişimsel anomaliler, hipoplaziler, hiperplaziler, koronoid çıkıntının hiperplazisi, kondromalar, stilohyoid ligamentin kemikleşmesi (Eagle sendromu) olarak özetlenebilir (10).

Temporomandibular eklemi etkileyebilen birtakım kapsül-içi fonksiyon bozuklukları vardır. Kapsül-içi ödem «posterior kapsülitis veya retrodiskitis» adını alır. Bu durum mandibulada dinlenme konumunda ve maximum açılmada deviasyona neden olur. Kapsül-içi ödem oluştuğunda damarlanma bakımından zengin olan disk arkası bağlar inflamasyona uğrar. Mandibula maximum açılmada etkinen tarafa, dinlenme konumunda karşı tarafa kayar. Kayma derecesi kapsül-içi ödem miktarına bağlıdır (10). Şiddetli travmalarda ortaya çıkabilen diskin posterior deplasmanı durumunda ağız kapalı konumda iken dişler birbirine temas etmez, temporomandibular eklem bölgesinde şiddetli ağrı meydana gelecektir (11).

Ayrıca TME kapsül-içi disfonksiyonunda ayırıcı teşhis, romatizmal artrit, temporal arterit, nevralji ve migren ile yapılmalıdır (12, 13).

#### **Ö Z E T**

Temporomandibular eklem kapsül-içi disfonksiyonu olan anterior disk deplasmanları klinik değerlendirmede 2 şekilde ortaya çıkar: 1. Redüksiyonlu anterior disk deplasmanı: hastalarda açma-kapama sesleri, açma hareketinde deviasyon ve çiğneme kaslarında

palpasyonda hassasiyet şeklinde tipik bulgular saptanır. Açma hareketi ve lateral hareketlerde kısıtlılık genellikle görülmez. 2. Redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı : eklem sesleri kaybolmuştur. Açma hareketinde deviasyon ve çiğneme kaslarında palpasyonda hassasiyet vardır. Açma hareketi ve lateral hareketler kısıtlıdır.

## SUMMARY

### THE RECOGNITION OF CLINICAL FINDINGS IN TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANTERIOR DISC DISPLACEMENT

The temporomandibular joint intra-capsular dysfunction exists as of 2 types :

1. Anterior disc displacement with reduction : Reciprocal clicking, deviation on opening and tenderness to palpation of masticatory muscles are typical findings. Limitation is not seen in mouth opening and lateral mandibular movements generally.

2. Anterior disc displacement without reduction : The temporomandibular joint sounds no longer exist. Mandibular deviation on opening and muscular tenderness to palpation are found in examination. Mouth opening and lateral mandibular movements become restricted.

KAYNAKLAR

- 1 — Schwartz, H.C., Kendrick, R.W. : Internal Derangements of the Temporomandibular Joint : Description of Clinical Syndromes. *Oral Surg.*, 58 : 24-29, 1984.
- 2 — Farrar, W.B., McCarty, W.L. : Inferior Joint Space Arthrography and Characteristics of the Condylar Paths in Internal Derangements of the TMJ. *J. Prosthet. Dent.*, 41 (5) : 548-555, 1979.
- 3 — Hall, M.B., Brown, R.W., Baugman, R.A. : Histologic Appearance of the Temporomandibular Joint. *Oral Surg.*, 58 (4) : 375-381, 1984.
- 4 — Scapino, R.P. : Histopathology Associated with Malposition of the Human Temporomandibular Joint Disc. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 55 (4) : 382-397, 1983.
- 5 — McCarty, W.L., Farrar, W.B. : Surgery for Internal Derangements of the Temporomandibular Joint. *J. Prosthet. Dent.*, 42 (2) : 191-196, 1979.
- 6 — Dolwick, M.F., Katzberg, R.W., Helms, C.A. : Internal Derangements of the Temporomandibular Joint : Fact or Fiction?. *J. Prosthet. Dent.*, 49 (3) : 415-418, 1983.
- 7 — Graham, G.S., Ferraro, N.F., Simms, D.A. : Perforations of the Temporomandibular Joint Meniscus : Arthrographic, Surgical and Clinical Findings. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 42 : 35-38, 1984.
- 8 — Ioannides, C., Scaf, J. : Perforation of the Intra-articular Disc Diagnosed by Arthrotomography of the Temporomandibular Joint. *J. Maxillofac. Surg.* 13 : 28-31, 1985.
- 9 — Farrar, W.B. : Differentiation of Temporomandibular Dysfunction to Simplify Treatment. *J. Prosthet. Dent.*, 28 (6) : 629-636, 1972.
- 10 — Farrar, W.B. : The TMJ Dilemma. *J. Alabama Dental Association*, 63 : 19-26, 1979.
- 11 — Blankestijn, J., Boering, G. : Posterior Dislocation of the Temporomandibular Joint Disc. *Int. J. Oral Surg.*, 14 : 437-443, 1985.
- 12 — Weinberg, L.A. : The Etiology, Diagnosis and Treatment of TMJ Dysfunction - Pain Syndrome, Part 2 : Differential Diagnosis. *J. Prosthet. Dent.*, 43 (1) : 58-70, 1980.
- 13 — Weinberg, L.A. : The Role of Stress, Occlusion, and Condyle Position in TMJ Dysfunction Pain. *J. Prosthet. Dent.*, 49 (4) : 532-545, 1983.