

TEDAVİ GÖRMEYEN İYİLEŞMİŞ BİR MANDİBULA KIRIĞI (Vaka Raporu)

Orhan GÜVEN*

GİRİŞ

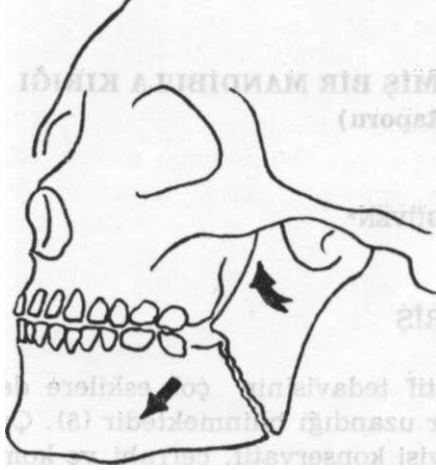
Çene kırıklarının konservatif tedavisinin çok eskilere dayandığı hatta taş devrine kadar uzandığı bilinmektedir (5). Çağımızda çene kırıklarının tedavisi konservatif, cerrahi ve kombine tedavi yöntemleri ile yapılmaktadır.

Çene kemiğinin kuvvetli ve zayıf anatomik bölgeleri, kırığın yerini ve doğrultusunu belirleyen faktörler olarak bilinirler. Borçbakan'a (1) göre mandibulanın zayıf noktaları; semfis hizası, kaninler hizası, küçük azılar hizası, yirmi yaş dişleri hizası, ve kollum hizasıdır. İnsan neslinde üçüncü azı dişleri kendilerine çıkacak yer bulamadıklarından çene kemiği içinde gömülü kalırlar veya çıksalar bile komplikasyonlu bir çekim sonucu o bölgede mandibulanın zayıflamasına neden olurlar (1).

Alt çene kırıklarının meydana gelmesi için çok büyük travmalara gerek yoktur. Bunun yanında üzerine yapışmış olan kasların çekmeleri ile bir takım klasik deplasmanların oluşması beklenir. Örneğin yirmi yaş dişi bölgedeki bir kırıkta M. Masseter, M. Pterygoideus İnternus'dan daha kuvvetli çektiğinden arka kısa fragmanın, ön büyük fragmanın dış ve yukarısına şevçe olduğu (Şekil 1) görülür (1).

(*) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana bilim Dalı, Doç. Dr.

MANDİBULA KIRIĞI



Şekil 1.

Bazı özel durumlarda örneğin mandibulanın ramus kırıklarında kırık hattı iki kuvvetli kas kitlesi arasında kaldığından, hiç veya çok az bir deplasman gösterir. Bunun yanında yukarıda bahsedilen yirmi yaş bölgesi kırıklarında fragmanlarda bir deplasman beklenir ve kırığın herhangi bir yöntemle tedavisi gereklidir.

Bu makalede yirmi yaş dişi bölgesinde kırığı olan ve tedavi görmediği halde şifa ile sonuçlanmış bir vaka takdim edilecektir.

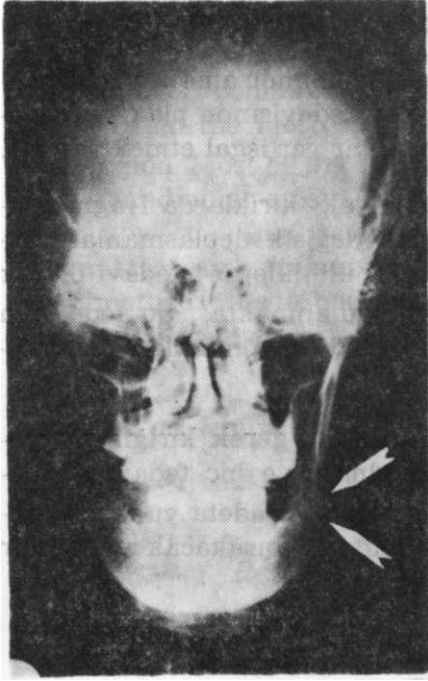
VAKA BİLDİRİMİ

52 yaşında, erkek olan hastamız M.D., D.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Çene Cerrahisi Kliniğine adli raporunu almak üzere başvurmuştur. Hastanın klinik kaydı kontrol edildiğinde 2,5 ay önce kliniğe baş vuran hastada mandibular yirmi yaş dişi bölgesinde bir kırık olduğu ve hastanın önerilen tedavileri kabul etmeyerek kliniği terk ettiği öğrenilmiştir. Hastadan alınan anamnez de kayıtları doğrulamıştır. Hasta geçen bu süre içinde

Orhan GÜVEN

çenesini hareketsiz kılacak hiç bir müdahale yaptırmadığını hatta bir bezle dahi sarmadığını ifade etmiştir.

Yapılan klinik ve radyolojik muayenede yirmi yaş dişi civarında devamlılığı tam olmasa bile iyileşmiş bir fraktür bölgesi saptandı (Resim 1.). Oklüzyonda hiç bir bozukluk gözlenmedi.



Resim 1.

TARTIŞMA

Çene kırıklarının tedavisi çok eskilere dayanır. M.Ö. 3000 - 2500 yıllarında tedavi için, tahta parçalarından şine, keten bezlerinden yapılan bandajlar kullanılmıştır (5). Bu yöntemleri M.Ö. 600 yıllarında uygulanan altın ligatür ve sineler izlemiştir (5). İlk bimaksiller tesbit 13. y.y.'da Salicetti tarafından uygulanmıştır (5). 1897'de Hartmüller lastiklerle çeneler arası bağlamayı uygulamıştır (6). Daha sonra Schuchardt (7) sineler ve akrilik sineler uygulamaya girmiştir (4). Klinik uygula-

MANDİBULA KIRIĞI

manın güçlüğüne rağmen ortodontik bantlar da çene kırıkları tedavisinde yer almıştır (4).

Çene kırıklarının değişik yıllara, değişik çevre koşullarına göre değişik özellikler ve tedavi gereksinmesi gösterdiği bilinen bir gerçektir. Borçbakan ve arkadaşları (2), Güven ve arkadaşları (3) memleketimizde görülen çene kırıklarının tedavisinin ve etyolojilerinin farklı yıllar arasında ne gibi değişiklikler gösterdiğini rapor etmişlerdir.

Günümüzde antibiyotikler ve mükemmel ameliyathane koşullarının sağlanması ile çene kırığı tedavisinde plak, tel osteosentez cerrahi yöntemleri de önemli bir yer işgal etmektedir (4).

Özellikle yirmi yaş dışı bölgesindeki kırıklarda fragmanların çenenin kuvvetli kasları altında değişik deplasmanlar göstereceği düşünülerek bugün modern kliniklerde tedavi olarak plak veya tel osteosentezi uygulanmakta, bu tedavinin imkansızlığı hallerinde konservatif tedavi yöntemleri düşünülmektedir.

Takdim edilen vaka, gerek ileri yaşı, gerek kırığın mandibulanın çok hassas bir bölgesinde olması ve hiç tedavi görmeden son derece iyi bir iyileşme göstermesi adeta yukarıda anlatılan tedavi yöntemlerini şüphe altında bırakacak ilginç bir görünüm sergilemektedir.

ÖZET

Mandibula, kafa ile iki eklemle birleşmesi ve yüzde çıkıntılı bir özellik arz etmesiyle kırılmaya son derece müsaittir. Kırıklar şiddetlerine göre basit, kompleks ve kompaund olarak sınıflandırılırlar. Bugüne dek yapılan yayınlarda en sık görülen mandibular kırığın angulus civarındakiler olduğu ve bu tip kırıklarda arka parçanın yukarıya şevşe olduğu belirtilmiştir. Mandibular kırıkların tedavisi için bir çok metod önerilmiştir.

Bu makalede hiç bir tedavi görmeksizin iyileşmiş bir mandibula fraktürü takdim edilmiştir.

Orhan GÜVEN

SUMMARY

A Healed Mandibular Fracture Without Being Treated (A Case Report)

Since the mandible is a hoop of bone articulating with the skull at its proximal ends by two joints and since the chin is a prominent feature of the face, the mandible is prone to fracture. Fractures are classified into various types, depending on the severity of the fracture and whether or not the fracture is simple, compound or comminuted. In the series reported previously revealed that the most common bilateral fracture was in the angle region. Most of the angle fractures known as unfavorable. In the mandibular angle fracture the posterior fragment will be pulled upvard. This is termed an unfavorable fracture. The treatment of such fractures consist of reduction and fixation. Many methods have been described for the treatment of the mandibular fracture in the literatüre.

In this article a healed mandibular fracture without being treated is presented.

KAYNAKLAR

1. Borçbakan, C. : Ağz ve Çene Hastalıkları. A.Ü. Basımevi, Ankara, 1975.
2. Borçbakan, C, Gerçeker, M., Güven, O. : Çene kırıkları üzerine bir klinik araştırma. Türk Otorinolarenoloji Bülteni, 3 : 257-263, 1978.
3. Güven, O., Erol B., Özer, A. : Güneydoğu Anadolu bölgesinde görülen çene kırıkları üzerine klinik bir araştırma, XVI. Türk Periodontoloji Derneği Bilimsel Kongresi (Alanya, 11-18 Mayıs, 1985).
4. Kruger, E. : Lehrbuch der chirurgischen Zahn-Mund und Kiefer heilkunde. Buch-und Zeitschriften verlag, Die Quintessenz, 2 : 59-140, 1977.
5. Neuer, O. : Maxillo-faciale Traumatologie, Walter de Gruyter. Berlin, 1-31, 1977.
6. Niederdellmann, H, Schilli, W.G. : Funktionsstabile Osteosynthese im Unterkiefer. Dtsch. Zahnärztl. Z., 28 : 638-639, 1973.
7. Schuchardt, K, Schvvenzer. N. : Ursachen haufigkeit und lokalisation der frakturen des gesichtsschädels. Fortsch. der kiefer - u. Gesichtschir., 11 : 1-6, 1966.