

## Çene Ankiloz'ları ve Cerrahi tedavisi

Prof. Dr. Halit Ziya KONURALP(\*) — Prof. Dr. Orhan İSKEÇELİ (\*\*)  
Doç Dr. Bedrettin GÖRGÜN (\*\*\*) — Dr. Ertan ONURSAL (\*\*\*\*)

Çene mafsallı hareketlerinin tahdidi veya ortadan kalkması, estetik bakımdan yüzde husule getirdiği deformasyonlar bir yana, konuşma bozukluğu ve bilhassa gıda alımının güçleşmesi veya ortadan kalkması gibi hayati fonksiyonlara tesir eden çok önemli bir patolojik haldir ve süratle cerrahi yoldan tedavisi gerekir.

Çene ankilozunun cerrahi tedavisi 100 senelik mazisine rağmen, maxillo-facial cerrahinin en aktüel konularından biri olmakta devam etmektedir. Erken neticeleri fevkalâde iyi olan bir cerrahi tekniğin zaman geçtikçe rezidivi önleyemediği meydana çıkmakta ve terkedilmekte, ortaya atılan bir yenisinin de mahzurları çok geçmeden kendini göstermektedir. Bu konuda bugüne dek tarif edilen tekniklerin çokluğu henüz ideal bir cerrahi usulünün mevcut olmadığına en güzel delildir (I, II). Biz bu çalışmamızda, İkinci Cerrahi Kliniği Plâstik Cerrahi Seksiyonunda tetkik ve tedavi ettiğimiz 12 hakiki çene ankilozu vakası münasebetiyle bu enteresan konuyu kısaca gözden geçirmek, neticelerimizi bu alarda söz sahibi diğer müelliflerin neticeleri ile karşılaştırmak istedik.

---

(\*) İst. Tıp Fak. İkinci Cerrahi Kliniği Kürsü Profesörü.

(\*\*) İst. Tıp Fak. İkinci Cerrahi Kliniği Plâstik Cerrahi Seksiyonu.

(\*\*\*) İst. Tıp Fak. İkinci Cerrahi Kliniği Plâstik Cerrahi Seksiyonu.

(\*\*\*\*) İst. Tıp Fak. İkinci Cerrahi Kliniği Asistanı.

## **MATERYEL ve METOD :**

Materyelimizi İkinci Cerrahi Kliniği Plâstik Cerrahi Seksiyonunda 1959-1969 seneleri arasında ameliyat edilen 12 hakiki çene anki-lozu vakası teşkil etmektedir. Vakalar yaş, cins, etioloji, ankiloza se-bep olan hastalığın başladığı yaş, ankilozun tam teşekkül ettiği yaş, musab olan taraf ve tedavi bakımlarından tetkike tabi tutulmuştur. Teşhiste fizik muayene ve çene mafsali radyolojisinden faydalanıl-mıştır.

Vakalarımızın hepsi genel anestezi altında ameliyat edilmiştir. Pentothal ve adele gevşeticilerle uyutulan ve endotrakeal entübasyon yapılan hastalarda anestezi Protoksit d'Azot ve oksijen ile devam et-tirilmiştir.

Vakalarımızın hepsinde çene mafsalina Preauricular ensizyonla varılmıştır. Ensizyona Tragus'un önünden başlanmış ve kulak lobu lunun bir cm. altına kadar uzatılmıştır. Cilt ve ciltaltı açıldıktan son-ra derin fascia ensize ve retrakte edilmiş, fascial sinirin zygomatico-temporal dalı zedelenmeden retrakte edilmiş mandibulanın arka kenarına varılmış, masseter adelesi aşağı ve öne çekilmiş, bu şekilde mafsali meydana konmuştur.

Ankiloz bloku osteotomi ile glenoid fossa ve kondil boynu ara-sında en az bir cm. lik bir boşluk husule gelinceye kadar rezeke edil-miştir. Bir vakada boşluğa fascia lata grefi yerleştirilmiştir. Bir vaka-da styloid ve pterygoid çıkıntıları da rezeke etmeğe ihtiyaç hasil ol-muştur. Rezeksiyonun kâfi olup olmadığına ameliyat esnasında alt çene oynatılarak açılmanın tam olup olmadığına kontrolü ile karar verilmiştir.

## **BULGULAR :**

Vakalarımızın en genci 8, en yaşlısı 65 yaşındadır. Vakalarımız umumiyetle 16-20 yaşlar arasında ameliyat edilmişlerdir. En sık rast-lanılan etiolojik faktör Noma'dır. Ayrıca osteomyelit ve travma ikin-ci sırayı teşkil etmektedir.

Primer hastalıkla ankilozun meydana çıkması arasında geçen sü-re ortalama 1-3 senedir. Adeno-Ca metastazı vakamızda 2 ay içinde ankiloz teessüs etmiştir.

Yalnız iki vakamız bilateral ankiloz vakasıdır. Bir vakamızda tam

şifa temin edilmiş, diğer vakalar ise salâh ile taburcu edilmişlerdir. Bu hastalar arasında yapılan ankete (8) hasta cevap vermiş ve neticenin, ağız hareketlerinin normal olduğunu bildirmişlerdir.

### NETİCELER :

12 hakiki çene ankilozu vakasının muhtelif bakımlardan tetkiki tablo 1 de özetlenmiştir.

VAKA	ADI	Yaş	Cins	ETİOLOJİ	HASTALIĞA YAKALANDIĞI YAŞ	ANKILOZUN ORTAYA ÇIKTIĞI YAŞ	TARAF	YAPILAN AMELİYAT	NETİCE AĞIZ AÇIKLIĞI
1	Cemal O.	8	♂	Çift taraflı Dişis Medra	7	8	Bilateral	Bilateral Yukarı Osteotomi	2. cm
2	Cemal K.	16	♂	Noma	10	12	Unilateral	Yukarı Osteotomi (Praya Fascia lata fıtıklı)	2,8 cm
3	Selver E.	40	♀	Noma	37	40	"	Yukarı Osteotomi	2,3 cm
4	Ayşe H.	65	♀	Adeno-Ca Metastazi	65	2ay	"	Metastatik tümörün çıkarılması	1,8 cm
5	Ramazan A.	16	♂	Travma	9	11	"	Yukarı Osteotomi	2,6 cm
6	Ahmet K.	17	♂	Osteomyelit	7	8-9	"	Yukarı Osteotomi (Silyoid ve Pterigoid çukuru)	3 cm
7	Bayram A.	25	♂	Noma	10	13	"	Yukarı Osteotomi	2,2 cm
8	Mehmet K.	20	♂	Travma	19	33 gün	"	" "	3,8 cm (Tam şifa)
9	Seher T.	16	♀	Noma	6	8	"	" "	2,5 cm.
10	Şerife Ç.	22	♀	Noma	18	20	"	" "	2,9 cm.
11	Seher K.	19	♀	Travma	6	7	Bilateral	Bilateral Yukarı Osteotomi	2 cm
12	Saban S.	23	♂	Osteomyelit	9	11	Unilateral	Yukarı Osteotomi	3,2 cm

### MÜNAKAŞA :

Temporo-mandibular mafsal ankilozu hakkında ilk ciddi etüd 1913 de 212 vaka yayınlayan Blair tarafından yapılmıştır (II). Diğer bir geniş seri 132 vakalık Dufourmental serisidir (5). Gerek bu müellifler, gerekse bu mevzu ile ilgili neşriyat yapan diğer müelliflerin üzerinde birleştikleri husus, temporo-mandibular mafsal ankilozlarının, hakiki (İntra-artiküler) ve Yalancı (Ekstra-artiküler) olarak ikiye ayrılmasının yerinde bir taksim olduğu hususudur.

Hakiki çene ankilozunda hâdise kapsülün içindedir ve iki eklem

arasında fibröz veya kemiksel bir birleşme olmalıdır. Radiografide eklem mesafesinin yok olduğu görülür. Palpasyonla çene açılmasında kondillerin hareketi yoktur. Mandibular protrüzyon mümkün değildir. Zorlu açılmada ağrı yoktur.

Yalancı ankilozda ise temporo-mandibular mafsal mesafesi muşab değildir. Zorlu açılmada kondillerin hareketi hissedilir, ağrı mevcuttur.

Bütün ekstra ve intra-artiküler çene ankilozları ünilateral veya bilateral olabilir.

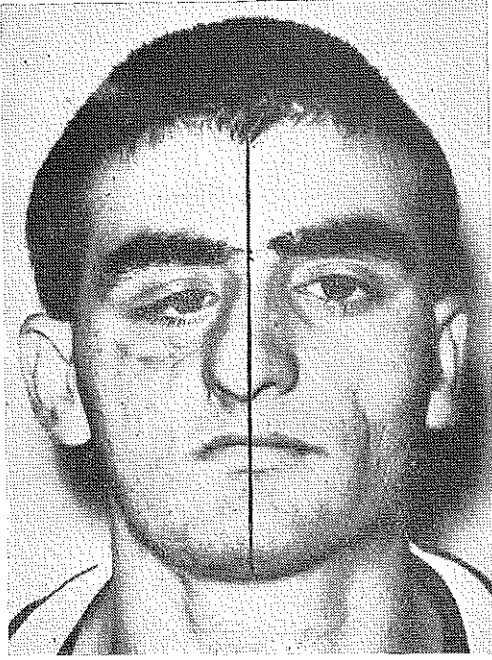
Hakiki çene ankilozlarının etiolojisini Dufourmental; 1) Arthritis'e bağı, 2) Travmatik, 3) İdiopatik olmak üzere sınıflandırmışsa da, idiopatik ankilozların ekseriya doğum travmasına bağı olduğunu yani travmatik telâkki edilebileceğini kendi de bilâhare itiraf etmektedir (5). Arthritis'e bağı grubun etüdünde, birçok istatistiklerde birinci plânda mastoiditis veya otitis media ön plânda gelmektedir. Bizim istatistiğimizde memleketimizde çok sık görülen noma birinci sırayı işgal etmektedir. Diğer sebeplere gelince az sayıda da olsa 20 yaş dışı arızalarına bağı çene ankilozlarına, Gonorrhœa, Sy, Tifo gibi enfeksiyonlardan sonra görülen ankilozlarla, romatizmaya bağı ankilozlara rastlandığını zikredebiliriz (6). Bizim istatistiğimizde mevcut adenoca metastazına bağı ankilozla başka istatistiklerde rastlamadık.

Konumuz dışında olmakla beraber, yalancı (ekstra-artiküler) ankiloz sebepleri arasında; Müsküler trismus, Myofascial spazm, Müsküler atrofi ve fibrozis, Myositis ossificans, Tetanus, Tetani, Nörojenik ve psikojenik kapanmanın yer aldığını zikretmek isteriz.

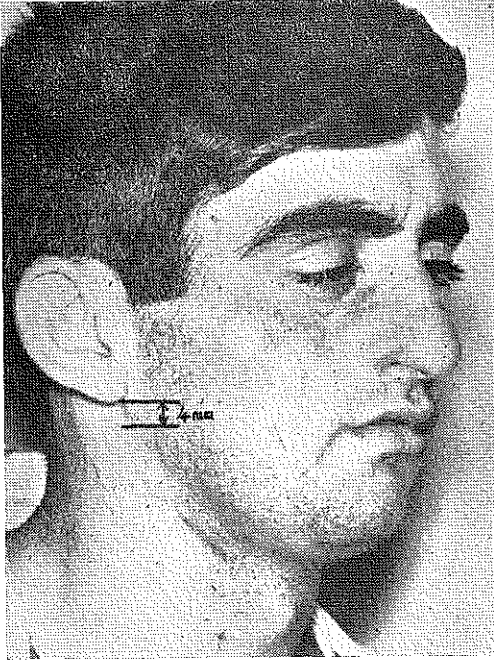
Çene ankilozlarının husule geldiği yaş, bir veya iki mafsalında muşab olup olmamasına göre yüzde husule gelen deformasyonun şeklide değişmektedir.

Ankiloz çocukta husule gelmişse, mandibulanın büyüme noktalarının en mühimini bünyesinde bulunduran kondil'de bu faaliyet durur (10). Ankiloz ünilateral ise sağlam tarafta mandibula normal gelişir ve orta hattı geçerek büyümesi duran tarafa nazaran daha gelişir. Bu şekilde bir asimetrik yüz meydana çıkar. (Foto. I, Vaka :12). Mandibula ankilozla tarafa doğru deviye olmuştur (10).

Yüzün normal tarafında zygomatik arcus daha belli olmasına muşabil hasta taraf daha yuvarlaktır ve zygomatik arcus belli değildir. (Foto. I. Vaka: 12).



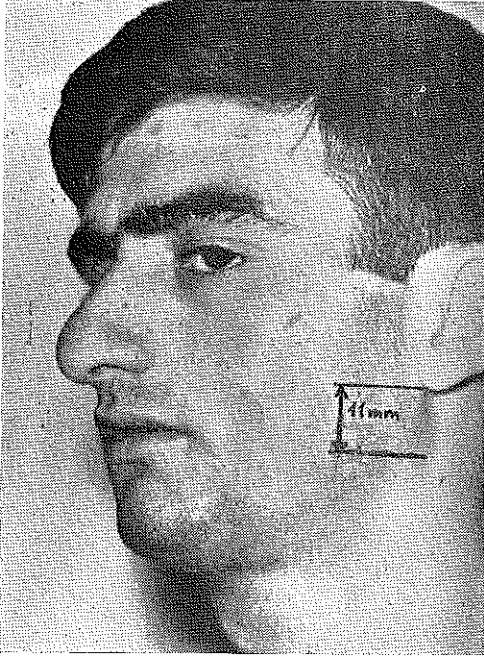
RESİM — 1  
Vaka : 12



RESİM — 2  
Vaka : 12

Lateral tetkikte ankiloze tarafın mandibula angulus'u kulak lobulus'una sağlam tarafa nisbette çok daha yakındır (10) (Foto. 2-3, Vaka: 12).

Ankiloz bilateral ise ve büyüme çağında husule gelmişse her iki taraftan da çene büyümesi duracağından alt çene ufak kalır (Micrognatie) ve tipik kuş görünümü (Vogelgesicht) meydana çıkar. (Foto. 4, Vaka : 11) (2,10).



RESİM — 3  
Vaka : 12

Çene gelişiminin durmasına dişlerdeki deformasyon da ilâve olur, üst çenedeki karşıtlarıyla birleşmez, birçoğu çıkamaz, süratle çürür, ağız açılmadığından tedavi edilemez ve hayatı tehdit eden osteoflegmonlara, amygdal flegmonlarına, stomatitlere sebep olabilir (2).

Teşhiste bütün müelliflerin üzerinde durdukları hususlar fizik ve radyolojik muayenedir. Bazıları postero-anterior ve lateral grafiden daha mühim olarak tomogram üzerinde durmaktadır (4, 10). Meselâ



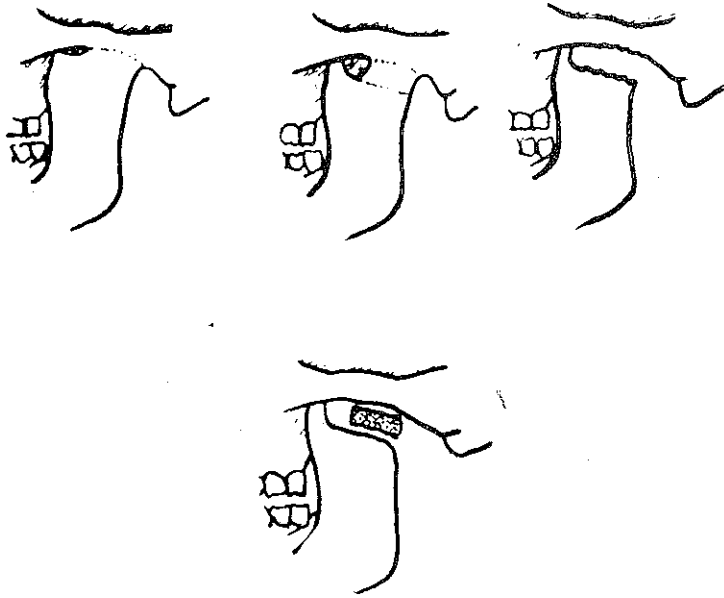
**RESİM — 4**  
**Vaka : 11**

Georgiadis'e göre mafsalsal tomografisi ankilozun derecesini tayin için yapılması elzem bir muayene şeklidir (10). Biz vakalarımızın ekserisinde standart postero-anterior ve lateral grafiyi kâfi bulduk. Burada mafsalsal mesafesinin kaybı teşhisi koydurmağa kâfidir. Rushton'un tarif ettiği angulus'taki kemik taşkınlığını biz tesbit edemedik (11). Tedavide herkes cerrahi müdahalenin yegâne vasıta olduğunda müttetikdir. Bu müdahale mümkün olduğu kadar erken yapılmalıdır. Ancak çocuklarda bu husus münakaşalıdır (1, 2). Gelişme çağında kemikleşmeye şiddetle meyil olduğundan yeni ankiloz teşekkülü karşısında bazı müellifler büyüme durduktan sonra müdahale yapmağı tavsiye etmektedirler (6). Biz Ginestet'nin fikrine uyarak iyi bir teknikle mümkün olduğu kadar erken müdahale taraftarıyız (2).

Cerrahi müdahalede ana prensip kaybolmuş mafsalsal fonksiyonunu yeniden kazandırmaktır. Yani yeni bir mafsalsal teşekkülünü sağlamaktır. İdeal olarak ankiloz olmuş kondili rezeke ederek yerine aynı vazifeyi görececek bir protez takmak en uygun usul gibi gözükmektedir. Bu usul denenmiştir (1) (Cernea). Akrilik veya çelik parçalardan kondil

yapılmış, fakat kalça mafsali protezinde olduğu gibi bu inert materyele vücudun her zaman tolerans göstermediği müşahade edilmiştir (1). Bunun yanısıra bu inert materyelin kemiğe tesbiti de gerekmiştir. Zira tesbit edilmeyen materyel kayarak mafsal hareketine mani olmuştur. Bu yüzden tesbit etmek yoluna gidilmiş, fakat bununda güçlüğü karşısında ekseri müellif tarafından terkedilmiştir.

Ankiloz blokunun rezeke edilerek çıkarılması usulü pek eski bir usuldur. Yerine yeni bir tete konmasa bile çene hareketleri serbestleşir (Osteotomi-Pseudo artrosis). Bu usule yüksek osteotomi de denir (4,8). Şekil 1. Bu ameliyat ideal olmakla beraber tehlikeli addedilmektedir (8). Fascial sinir, internal maxiller arter ve venöz pleksüs kanamalara yol açar, ayrıca osteotomi esnasında orta çukur kırığı da husule gelebilir (8).



Şekil — 1.

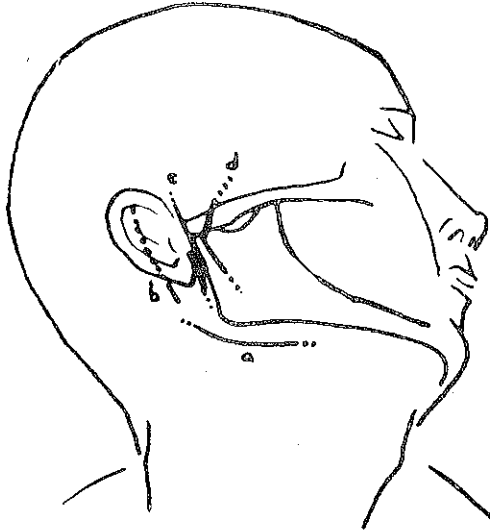
Bazı müellifler osteotomiden sonra husule gelen defekt sahası içinde bilhassa çocuklarda yeniden kemikleşmeğe mani olmak üzere cilt (Glück, Franchebois, Souyris), yağ, fascia lata, adele, kıkırdak (dondurulmuş, kurutulmuş dana kıkırdığı) koymağı denemişlerdir (2, 5, 8).



Yukarı osteotominin tehlikelerini göz önünde tutan bazı müellifler hiç ankiloz blokuna dokunmadan mafsalın ötesinde, ramus mandibulanın alt kısmında bir osteotomi yaparak, bir kemik parçası (1-1,5 cm. kalınlığında) çıkarmayı daha uygun bulmuşlardır. Buna aşağı osteotomi veya Blair osteotomisi adı verilir (8). Bazı müellifler yukarı osteotomide olduğu gibi kemik defekti içine inert veya biyolojik materyel koymak suretiyle yeniden kemikleşmeyi önlediklerini ileri sürerler (8).

Gerek yukarı, gerekse aşağı osteotomi esnasında mafsalın veya ramus'un iyi bir şekilde ortaya konması icab eder. Bunu sağlamak için müellifler muhtelif ensizyon şekilleri tarif etmişlerdir. Eskiden kullanılan retroauricular ensizyon (Bourdon), meatus acusticus eksternus'un sikatrisiyel daralmalarına sebep olduğundan bugün terk edilmiştir (9).

Yukarı osteotomi için müelliflerin ekserisi preauricular ensizyonu tercih etmektedir (Dufourmental, Ginestet) (2,5). Aşağı osteotomi için ise submandibular ensizyon (Risdon) sıklıkla kullanılmaktadır (4) Şekil 2.



a — Risdon ensizyonu  
b — Bourdon ensizyonu

c — Preauricular ensizyonu  
d — Ginestet ensizyonu

Şekil — 2.

Biz ince bir disseksiyon tekniği kullanmak şartıyla yukarı osteotomiyi tercih etmekteyiz. Bu tip bir osteotomiden sonra çene fonksiyonunun daha iyi bir şekilde yerine geldiğini vakalarımızın postop tetkikinde müşahade ettik.

Yukarı osteotomi için en iyi varış yolunun preauricular ensizyon olduğu kanaatındayız. Bilateral ankiloz vakalarında aynı seansta osteotomi yapma taraftarıyız. Lindsay'in iddia ettiği gibi aynı seansta osteotominin mandibular protrüzyona sebebiyet verdiği hususu bizce varit değildir (4). (1) No : lu vakamız buna güzel bir misâl teşkil etmektedir.

Post-op devrede ağzı daima açık tutacak ve kapamak için bir effort sarfı gerektirecek bir protez tatbiki faydalı bir usuldür. Darsissac protezi gibi komplike apareyler yerine bir topacın hastanın ağzına yerleştirilmesi aynı neticeyi veren basit bir usuldür (9).

### **SONUÇ :**

1 — Kliniđimizde tetkik ve tedavi ettiğimiz 12 temporo-mandibular mafsâl ankilozu vakasında etiolojik sebeplerin başında Noma yer almaktadır.

2 — Bilhassa çocuklarda ileri derecede yüz deformasyonlarına sebebiyet vermeden erken devrede ameliyat gerekir.

3 — Tarif edilen ameliyat tipleri arasında bizce en uygunu preauricular ensizyon ile tatbik edilen yukarı osteotomi ameliyatıdır.

4 — Osteotomi yerine suni veya tabii bir materyal konmasının prognoza tesir etmediği kanaatındayız.

5 — Bilateral ankiloz vakalarında aynı seansta osteotominin bir mahzuru yoktur.

6 — Ameliyattan sonra basit bir protez kullanılması neticelerin daha iyi olmasını temin eder.

### **Ö Z E T**

İkinci Cerrahi Kliniği Plâstik Cerrahi Seksiyonunda tetkik ve tedavi edilen 12 çene ankilozu vakası münasebetiyle konu tartışılmış ve neticeler bildirilmiştir.

## S U M M A R Y

A propos de 12 cas de l'ankylose temporo-maxillaire traités au département de chirurgie plastique de la 2. Clinique Chirurgicale de l'Université d'Istanbul, cette entité morbide est discutée et les résultats du traitement chirurgical sont présentés.

## L I T E R A T Ü R

- 1 — **Franchebois P.**: Souyris F. - Technique d'arthroplastie à la peau désépidérisée dans le traitement des ankyloses temporo-maxillaires. - Ann. de Chirurgie Plastique p. 30 1968.
- 2 — **Ginestet G.** : Traitement chirurgicale de l'ankylose temporo-maxillaire et traitement réparateur des vastes mutilations de la face. - Acta Orthop. Belg. 24/3 : 225-229, 1958.
- 3 — **Hellinger** : -Bony ankylosis of the temporo-mandibular Joint. Oral Surgery 18/3 : 293-302, 1964.
- 4 — **Lindsay J. S.** : Fulcher C. L., Sazima H. J. and Green H. G. -Surgical management of ankylosis of the temporo-mandibular joint, report of two cases.- J. Oral Surg. 24/3 : 264-270, 1966.
- 5 — Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale. -Tome III, Masson et Cie. P. 366, 1960.
- 6 — **Poweleit A. C. and Kratz R. C.**: -Bilateral temporo-Mandibular intra-articular ankylosis following Rheumatic Fever. Report of a case.- Ann. Otol. (St. Louis) 68/4 : 1182-1184, 1959.
- 7 — **Schwartz L.** : -Disorders of the temporo-mandibular joint.- W.B. Saunders Company, Philadelphia- London. P. 272, 1959.
- 8 — **Sundell B.** : -Ankylosis of the temporomandibular Joint.- Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 55/2 : 118-123, 1966.
- 9 — **Traité de technique chirurgicale** : -Tome II. Masson et Cie. Librairies de l'académie de médecine 120. Boulevard St. Germain, Paris (VI). P. 200, 1952.
- 10 — **Walker R. V.** : Div. of Oral Surg., Dept. of Surg., Üniv. of Texas.- Arthroplast of the ankylosed temporomandibular joint.- Amer. Surg. 24/6 : 474-485, 1958.
- 11 — **Young A. H.** : A follow-up of twelve cases of the mandibular joint treated by condylectomy.- Brit. J. Plast. Surg. 16/1 : 75-83, 1963.