

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Autolog Kemik Transplantasyonlarının Alt Çene Eklem Çıkıklarına Tatbiki (*)

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Ali GÖKÇİMEN

Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

1. GİRİŞ : Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

1.1. Tanımlamalar : Oral ve Maxillofaciyel Cerrahi, 13 (2) Haziran 1979, 113-114.

Temporamandibular eklem luxation veya subluxationları eklem başının tuberculum artikulareyi aşmasıyla husule gelmektedir. Habituel luxationlarda eklem çıkıklığı tekrar kendiliğinden veya hasta tarafından kolayca yerine getirilir ve ekler krankmanıyla kendini karakte eder. Eğer krankman luxation sonunda olursa terminal, eklem hareketinin ortasında veya başlangıcında olursa intermedier eklem tıktırtısı denilir. Fixe çıkıklarda ise ağız açık olduğundan ancak hekim tarafından reposition edilmesi gerekir.

1.2. Sınıflama :

Altçene eklem çıkıklarının sınıflaması Dufourmentel ve Axhausen'in yaptığı tasnifler esas kabul edilen, klinik, patolojik, anatomik noktalara istinat etmektedir (1).

(*) Bu yazı Basel Kanton hastanesinde hazırlanmıştır.

a — Fixe luxation :

Travmatik olarak ya da aktif, pasif kuvvetlerle eklem başının eklem çukurundan itilmesidir.

b — Fixe reluxation :

Fixe olmuş luxationların sık tekrar etmesidir.

c — Habituel sublaxation :

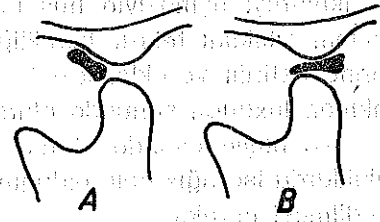
Yani, habituel inkomplet luxation, eklem başı tam olarak eklem yolunu terketmeyip terminal eklem tıkrıtısıyla karaktere olur.

d — Habituel fixe olmayan luxation :

Eklem başı hastanın ağzının açılmasıyla eklem yolunu ve tuberculum artikulareyi aşmasıyla meydana gelir. Tekrar eski yerine tuberculum artikulareyi aşarak gelir. Yani, habituel komplekte luxation.

e — Discus luxationları.

D u f o u r m e n t e l fixe olmamış luxationları Menisko-temporal ve Menisko-kondyler olmak üzere iki kısma ayırır. Her ikisi farklı nedenlere dayanmakla beraber aynı symptomları verirler. Menisko-temporal tipte eklem başı diskusla beraber tuberculum articulare üzerine kayıp üst eklem boşluğunda Menisko-kondyler tipte ise alt eklem boşluğunda olup discus üzerinden aşmasıyla teşekkül eder (Şekil : 1. A : menisko-kondyler, B: menisko-temporal tipteki luxationları gösteriyor.)



Şekil : 1

1.3. Symptomlar :

Fixe olmuş luxationların teşhisi oldukça kolay olup ağzın açık kalmasıyla kendini gösterir. Habituel luxation ve sublaxation ken-

dilerini eklem tıkrıtısıyla belli ederler. Meatus acusticus externusa işaret parmağıyla konulup hastanın ağzını açtırıp kapattırmakla eklem hareketleri kontrol edilir. Hastalar adeta ağzlarını açmaktan korkarlar. Bazı durumlarda sabahları trismus meydana gelebilir. Genel olarak hastalar yüz ağrılarından şikâyet ederler. Kesiciler arası mesafe normalden çok büyüktür.

1.4. Etyoloji :

Esas neden diş-çene sisteminde bulunmaktadır. Çene eklemi kayma-dönme hareketi yaparken, eklemin kayma hareketinde meselâ istemsiz olarak yapılan tek taraflı çiğnemeyle kasların tek taraflı kuvvetli etkisiyle tuberkulum artikularisteki kıkırdağın elastik sınırı aşmış olur. Aynı durum aşırı kapanışlı oklüzyon durumlarında da hasil olurki, ön dişlerle yapılan çiğnemeyle eklemin arka yöndeki yüzeylerine aşırı yük biner. Dönme hareketinde ise tek taraflı aşırı kuvvetler eklemde değişme yaparlarkî eklem konvex şekindedir. Buna dönücü eklem denir.

Erken olarak çekilen destek dişlerin kaybı nedeniyle hasıl olan yanlış kapanış ve düşük oklüzyonla eklem başı ağzı kapatıcı kasların kuvvetli etkisi altındadır ki, kapanış durumunda eklem başı tuberculum articularisin arka yüzünde olmayıp arkaya-yukarı hareketle eklem çukurunun derinine doğru baskı eder.

Diş tüberküllerinin erken kontaktları, yüksek köprü-kronla: amalgam dolgular, diş gıcırdatmalarıda sebep teşkil eder.

Diş çekimlerine bağlı olarak, ağzın gereğinden fazla açılmasıyla, pisişik faktörlerde çıkıklara neden olurlar.

2. TEDAVİ :

2.1. Konservatif Tedavi :

İlk hedef oklüzyon bozukluklarının kaldırılmasıdır. Bunun için protez ve ortopedik tedbirlerden istifade edilir. Erken kontaktlar selektif aşındırmaya tabi tutulur. Boşluklar kısmi veya tam protezlerle tamamlanır. Aşırı kapanış durumlarında oklüzyonu yükselten protezler tatbik edilir.

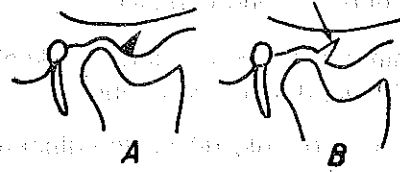
Ayrıca lokal injeksiyonlar eklem çıkıklarında oldukça geniş çapta kullanılmaya başlanmıştır. Bunlardaki gaye yara dokusu husule getirerek eklem hareketini kısıtlarlar. Eğer eklem kapsülünden geçen ligamentler gevşeme gösteriyorsa intra-artiküler injeksiyonlar kullanılır.

Lokal kanlanmayı artıran kısa dalgalı şualar, diatermi, tedavi gayesiyle kullanılmaktadır. Ayrıca intramaksiller lastik fixationlarla en az iki hafta kadar bekletmekle eklem hareketleri sınırlandırılmakta, böylelikle eklem kapsülü dinlenerek eski elastikiyetini kazanmaktadır.

2.2. Cerrahi Tedaviler :

Pekçok ameliyat metodları tatbik edilmekle beraber, ameliyatlardan gaye hiper mobil olan eklem hareketlerinin bir engelle sınırlandırılmasıdır. Bu maksatla hastadan alınan kemik, konserve kemik, akrilik, naylon gibi maddelerden istifade edilir.

L i n d e m a n 'a göre yapılan ameliyatlarda tuberkulum artikula üzerinde bir miktar kama tarzında kemik kaldırılarak bu kısım aşağıya doğru indirilerek eklem başının buraya çarparak çıkmasına mani olunmaktadır (Şekil : 2, A : kama tarzında kısım, B : kemik çıkarıldıktan sonraki durum.)

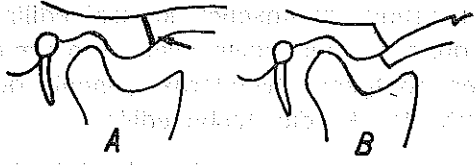


Şekil : 2

E l b i m tibiadan aldığı kemik parçasını tuberkulum artikula önüne implante etmek suretiyle eklem çıkmasına mani oluyor.

L e c l e r c ve G i r a r d arcus zygomaticus'u kesip bunu aşağı doğru indirilerek eklem başı önünde engel meydana getirmektedir (Şekil : 3, A: arcus zygomaticusun kesilme yeri, B: arcusun aşağıya kaydırılarak tuberin önüne yerleştirilmesi)

B e c k küçük bir kemik parçasını intraartiküler olarak tuberculum articularis önünde yerleştiriyor. Bu ameliyata tuber plastik denilmektedir.

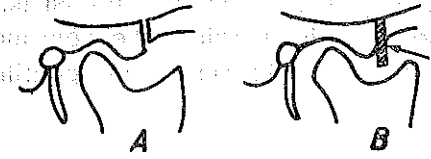


Şekil : 3

K o n j e t k y discus articularisin kapsüle tutunduğu dorsal-lateral-medial tarafından çözüp m. massetericusa ve m. pterygoideus lateralise tesbit ediyor.

H e r m a n n ağız içindeki ramus mandibulada bulunan mukosayı kesip burada yara dokusu yaratarak ağzın açılma hareketini sınırlandırıyor.

B e r e n y i plastik bir maddeyi tuberkulum önüne yerleştirmek suretiyle çıkmaya mani oluyor (Şekil : 4, A: tuber önünde arcusun kesilişi, B; plastik implantat yerleştirildikten sonra).



Şekil : 4

3. KONTROLLER, İNDIKATION, AMELİYAT :

3.1. Kontroller ve Ameliyata indikation :

Yapılan muayenelerde hastalarda genellikle habituel luxation ile subluxation tesbit edildi. Hastalar daha çok kadınlardı. Ağız içi kontrollerde erken kontak, aşırı kapanış, diş gıcırdatmalar: genç hastalarda, yaşlı hastalarda genellikle erken çekilmiş iki taraflı ağız dişleri, protez, köprü taşıdıkları tesbit edildi.

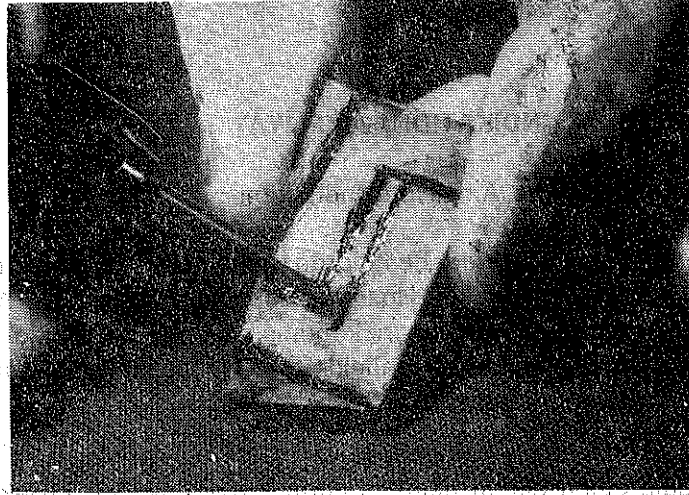
Hastaların hemen hemen yüz ve eklem ağrılarıyla, ağız açılmasıyla husule gelen eklem tıkrıldlarından şikâyetçiydiler. Öyleki bu tip hastalar ağızlarını açmaktan korkmaktaydılar. Radyolojik olarak evvelâ orthopantomograph yapılarak genel olarak diş durumları ile

(gömük dişler, granulomlar, çürükler, diş-kemik münasebeti) eklem başı ile eklem çukurunun münasebeti kontrol edilir. Buna ek olarak iki taraflı olarak ağzın maksimal açılmasıyla P a r m a ve S c h ü l - l e r'e göre eklem röntgenleri yapılarak, çenenin açılması.a eklem başının ne nisbette ilerlediği tesbit edilir.

Bütün habituel luxation tesbit edilen hastalarda ilk olarak kausal tedavileri yapıldı. Erken kontaklar selektif aşındırmaya tabi tutuldu. Boş olan kısımlar protezle tamamlandı. Kapanışı yükselten protezler aşırı kapanışlı hastalarla, diş gıcırdatmaları olan hastalarda yapıldı. Bu protezler en az üç ay süreyle tatbik edildi. Bazı hastalarda protez tatbikiyle eklem bölgesinde ağrıların arttığı, zamanla eklem tıkırdılarının kaybolduğu görüldü. Yapılan bu tedavilerle geçmeyen vak'alar ameliyat edildi.

3.2. Ameliyat :

Ameliyattan bir gün evvel kulaklarının ön bölgelerindeki saçlı deri traş edilerek antitobik bir solüsyonu suyla yıkanır. Ameliyat tam narkoz altında ilk olarak kalça kemiğinden dört köşe şeklinde kemik çıkarmakla başlanır. Çıkarılan bu kemik parçası iki parçaya ayrılarak «L» şeklinde modele edilir (Şekil : 5 kemiğin modele edilmesi, Şekil : 6 modele edildikten sonra iki «L» tarzına getirilişi.)

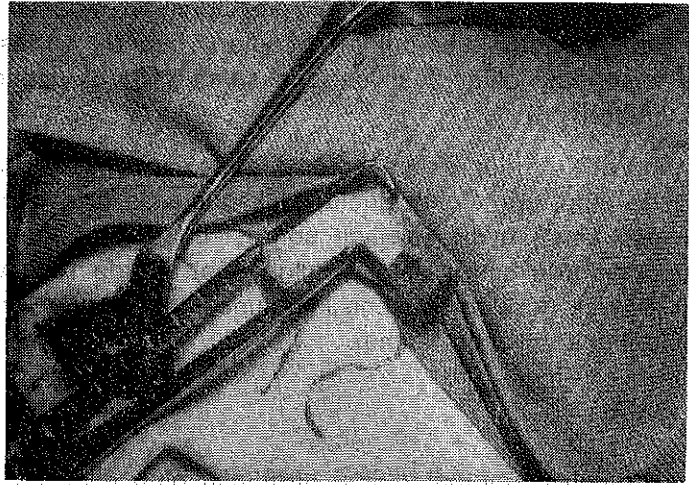


Şekil : 5



Şekil : 6

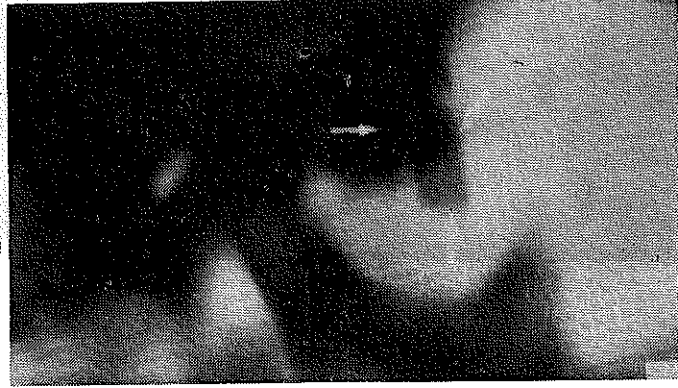
Ameliyatın ikinci safhasında kulağın ön bölgesinde 4-5 cm uzunluğunda şakağa doğru uzanan deri kısmı kesilir. Burdan şakak kemiğine kadar inilir ve buradan da arcus zygomaticusun ön kısmına kadar gidilerek tubérculum articulare bulunur. Buraya önceden hazırlanan kemik transplantat yerleştirilir. (Şekil : 7 kemik transplantat yerleştirilme esnasında)



Şekil : 7

Ameliyat sonrası hastanın ağzını açmasını önlemek için ya baş-
çene bantajı veya basit intermaxiller ligatürle fixe yoluna gidilir.
Meselâ bu gayeyle E r n s t'e göre ligatür tatbik edilebilir.

Ameliyat sonrası röntgen resimleri yapılarak transplatatin yer-
leşme yeri kontrol edilir (Şekil : 8 transplatatin bulunduğu yer. Ok-
lar transplatatı göstermektedir.)



Şekil : 8

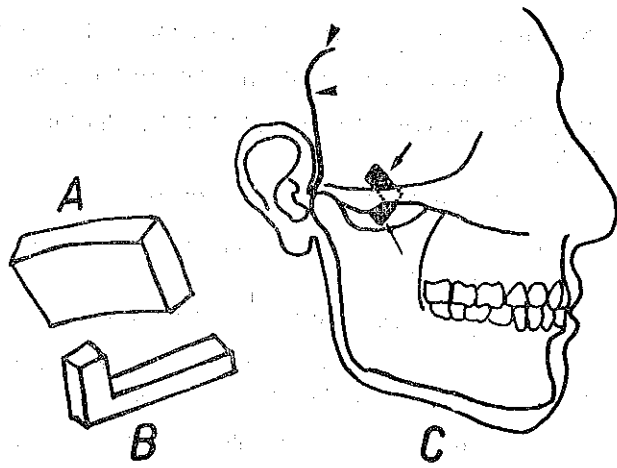
Postoperatif yapılan kontrole hiçbir hastada infeksiyon tesbit
edilmedi. Ameliyat yarası saçlı deri içinde kalacağı içindirki saçla-
rın uzamasıyla yara bölgesi örtüldüğünden herhangi estetik deza-
vantajı yoktur. Ayrıca hiçbir hastada N. facialis zedelenmesi veya
kesilmesiyle doğan facialis felci tesbit edilmedi (Şekil : 9, A: kalça-
dan alınan kemik parçası, B: kemiğin «L» tarzında model edilmiş
hali, C: transplatatin tuberculum articulare önünde yerleşmiş du-
rumu ve yukarıdaki oklar saçlı deriden şakaka kadar uzanan deri
kesimini gösteriyor.)

Postoperatif ağrılar eklem bölgesinden ziyade kemiğin çıkarıl-
dığı bölgede olup, ağız açma gücü ilk günlerde ortaya çıkıp ileri
günlerde yok olmaktadır. Ameliyat sonrası başarı habituel luxation
ile sublaxationlarda sınırlı olup, yapılan kontrollerde residivler tes-
bit edildi. Seyrek görülen bir çene kilitenmesi vak'asında ise transp-
lantat çıkarılmak zorunda kalındı.

4. TARTIŞMA :

Birçok ameliyat metodları ileri sürülmüş olup esas gaye eklem
başının tuberculum artikulareyi aşmasının çeşitli şekilde engel ol-

mayı hedef almasıdır. B e c k 'e ve K o n j e t z k 'e göre yapılan intra kapsüler operasyonlarda en büyük tehlike ankylos teşekkülünden başka B e c k 'e göre yapılan operasyonda N. facialis yaralanmasıyla doğan facialis felcidir. Bu noktalardan gidilerek operasyonlar daha ziyade ekstrakapsüler ve direk eklem bölgesine giriş yerine preaurikuler giriş tercih edilmektedir. Ayrıca preaurikuler kesimde yara saçlı deri içinde kaldığı içindiki estetik bir kusur meydana getirmemektedir. Operasyonlarda en az başarı subluxationlarda olup, habituel luxationlarda biraz daha iyicedir. Bütün tatbik edilen ameliyatlarda benzer komplikasyonlarda birleşmelerinden dolayı ve çeşitli önerilere rağmen pek memnuniyet verici neticeler alınamamaktadır.



Şekli : 9

Ö Z E T

Bu yazıda atlçene çıkıklarının sınıflaması, nedenleri, konservatif ve cerrahi tedavilerinden bahsedildi. Cerrahi yapılan çeşitli metodlara kısaca değinilip, karşılaştırılmaları yapıldı. Bu metodlardan tuberkulum artikulare önüne yerleştirilen transplantaatla yapılan extraartikular sürgüleme metodu açıklanıp, postoperatif neticelerine değinildi.

Z U S A M M E N F A S S U N G

In dieser Artikel wurde die Klassifikation, die Ursache, die Behandlungen der Kiefergelenksluxationen beschrieben. Die einige chirurgische Methode wurde

dargestellt. Ausserdem wurde die Verrigelungsmethode angegeben und seine Vorteile, Nachteile diskutiert.

S U M M A R Y

This article shows the classifications, methods, treatments involved when the maxillary joint is dislocated. The different surgical methods are mentioned, this paper explains its advantages and disadvantages in this field of surgery.

L I T E R A T Ü R

- 1 — **Beck, H.** : Klinik und Therapie der Kiefergelenkluxationen Fortsch. d. Kiefer und Gesichtschirurgie Bd. 6, 1960.
- 2 — **Gosserez, M., Dautrey.** : Oral surgery 2nd. international conference, 1965.
- 3 — **Gökçimen, Ali.** : Die Verrigelungsplastik (n. Untersuchung) Basel, 1978.
- 4 — **Hermann, H.** : Über die Operationsmethode bei der habituellen Luxation, Österreichische Z. f. S. 1959.
- 5 — **Hupfaut, H.** : Zur habituellen Luxation, DZZ 17, 1962.
- 6 — **Krüger, E.** : Zur Operative Behandlung der nicht fixierten habituellen Kiefergelenkluxation DZZ, 1968.
- 7 — **Neuner, O.** : Eine Behandlungsmethode der habituellen Luxation DZMK, 1958.
- 8 — **Reichenbach, E.** : Das Kiefergelenk als Modell gemeinsamer Aufgaben Stellung stomatologischer Fachgebiet DZMK, 1970.
- 9 — **Rittermann, V.** : Ein osteoplastische Verfahren bei Kiefergelenkluxationen, Österreichische Z. f. S. 1954.
- 10 — **Tveito, L.** : Beurteilung der Gelenkspaltbreite, DZZ, 1970.
- 11 — **Wassmund, M.** : Zur Chirurgie des Kiefergelenks ZMK in Vortragen H 6, 1951.