

## **Tme Sorunlarına Genel Bakış ve Kas-Fasya Ağrı Fonksiyon Bozukluğu -Mpd- Sendromu**

Doç. Dr. Gülümser KOÇAK (\*)

Uygarlığın insanlık âlemine kazandırdığı sayısız rahatlık, refah ve zenginliğin yanısıra kişilerin psikolojik yapılarından da bir takım şeyler götürdüğü yadsınamaz bir gerçektir. Uygarlık ilerledikçe özellikle kentsel bölgelerdeki yaşamda önemli değişmeler olmuştur. Sanayi bölgelerinde, ev ve iş yerlerinde yakılan yakıtlar temiz havayı kirletmeye devam etmiş, sokaklarda motorlu taşıtların gürültüsü sınırları yavaş yavaş yıpratmaya başlamıştır. İnsanlar daha bencil olmaya zorlanmış ve dış stresslere bağlı olarak mutlu olmaları eski insanlara oranla daha zorlaşmıştır. Bu nedenle bir gurup araştırmacı temporomandibuler eklem ve yüz ağrılarını uğraşısız ve amacı olmayan bireylerin oluşturduğu «sosyete» toplumunun hastalığı olarak değerlendirmişlerdir. Bu düşünce uzun süre geçerliliğini korumuştur. Ancak İsveç'li Helkimo'nun (5) Lapon toplumu üzerinde yapmış olduğu ilk epidemiyolojik araştırma bu fikri çürütmeye yetmiştir. Yazar, çiğneme sistemindeki fonksiyon bozukluğuna bağlı yüz ve temporomandibuler eklem ağrılarının toplumun her sınıfında görülebildiğini ileri sürmektedir. Örneğin nüfusu 450 bin olan İsveç'in Göte-

(\*) İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi, Total-Parsiyel Protez Kürsüsü Öğretim Üyesi.

borg kentinde bu tip sorunlar ile tedavi edilen hasta sayısı yılda ortalama 735 i bulmasına karşın, nüfusu hemen tüm İsveç nüfusuna eşit olan İstanbul'da bu sayı bizim kliniğimizde 1977 den bu yana 200 ü bulmamıştır. Bu oran hiçbir zaman bizim toplumumuzda bu sendromun daha az olduğunu göstermez. Ülkemizde, organizasyon bozukluğu sonucu hastaların aynı hastane çevresinde bile farklı kliniklere sevkedilmeleri ve birçok hastanın tedavi için maddi veya manevi olanağı bulunmaması bu yüzdeyi etkilemektedir.

Bizler yüz ve çene sisteminin doktorları olarak çevrenin, eğitimin, kültürün ve maddi olanakların bu konudaki etkinliklerini bir tarafa bırakıp, temporomandibuler eklem ve yüz ağrıları konusunda nasıl hareket etmemiz gerektiğini tartışmalıyız. Bizler temporomandibuler eklem ve tüm çiğneme sisteminin gelişimi ve fonksiyonuyla yakından ilgili olduğumuz için bir taraftan bu bölgedeki ağrının kökeninin nereden geldiğini araştırırken, diğer taraftan da hastanın bu sorununun dişsel tedavi ile çözümlenip çözümlenemeyeceğine karar vermeliyiz.

Günlük yaşamda bir aygıtın komplike olması ile doğru orantılı olarak sorunların arttığı ve bunların onarımının güçleştiği bir gerçektir. Örneğin eskiden birçok evde bulunan insan gücüyle çalışan ve genellikle tek bir işlem için kullanılan et çekme makinesinin bozulması hemen hemen işitilmiş şey değildir. Fakat uygarlık ilerledikçe elektrikli aygıtlar yapılmış ve bir aygıtta çeşitli parçalar eklenerek birçok işlemler yaptırılmaya başlanmıştır. Hepimizin çok iyi tanıdığı ve hanımların mutfaktaki üçüncü kolu olan bu aygıtlar ise kısa zamanda birçok işi yapmasına karşın, bozulduğu an onarımı ya olanaksız ya da çok uzun işlemlere bağlıdır. Aynı şekilde eğer çenele-timi ile ilgili sorunların çoğu ya hiç, ya da bu kadar çok yönlü olmayacaktı. Halbuki çiğneme sisteminin birçok hareketleri bir hayli komplikedir ve bu nedenle temporomandibuler eklemdeki bozuklukların kökeninin nereden geldiği kolayca anlaşılmaz. Diş gıcırdatma, diş sıkma, dudak, tırnak, kalem ısırma gibi kötü alışkanlıklar yiyeceklerin çok çiğnenmemesi, yutkunma zorlukları, heyecanlı durumlarda baş ve boyun kaslarının kasılması gibi birbirine zıt fonksiyonlar çiğneme sisteminde oluşan hareketlere örnek olarak gösterilebilir. Bu nedenle temporomandibuler eklem rahatsızlığı ile kliniğe başvuran bir hastanın tanısının yapılabilmesi için göstermiş olduğu belirtilerin etiolojisinde kötü alışkanlıkların rolü olup olmadığı dik-

katli bir anamnezle açığa çıkarılmalıdır. Genç bir öğrencide temporomandibuler eklem bölgesindeki tek taraflı ağrıyı çalışma sırasında uzun süre elini o taraftaki çenesine dayaması ile açıklamak mümkündür. Bunun gibi başlangıçta önemsiz gibi gözükken birçok etiyolojik neden tanı için değer kazanabilir. Çoğu kez etiyolojik faktörlerin gözden kaçması sonucu altçene eklemine ve yüzde ağrısı olan hastalar bu dertlerine çare aramak için genellikle doktordan doktora gezip dururlar.

İşte bu bölgedeki ağrıların etiyolojik faktörlerinin çok yönlü olduğunu bilirsek tanıya daha kolay varabiliriz. Etiyolojik faktörlere göre bu bölgedeki ağrılar 6 ana grup altında toplanabilir : (1)

#### A — BOYUN AĞRISI

1. Yüzeysel kökenli (iyi lokalize olmuşlardır-Fronkül)
2. Derin kökenli
  - a) Kasa ait (myosit)
  - b) Kemiğe ait
  - c) Damara ait
  - d) Sinire ait

#### B — BAŞ—YÜZ AĞRISI

1. Yüzeysel kökenli
  - a) Dış kulak yolu iltihabı
2. Derin kökenli
  - a) Kasa ait MPD sendromu
  - b) Kemiğe ait- Osteomyelit, osteit, TME sendromu
  - c) Damara ait- Temporal arterit
  - d) Sinire ait

##### I. Nöropati

##### II. Nevralji

##### III. Akseden ağrı (Refferred pain)

##### IV. Mültiple sklerosis

BAŞ—YÜZ ağrısı doku sistemi ile beraber olur.

- a) Göz ağrısı — Glokoma
- b) Kulak ağrısı — orta kulak iltihabı
- c) Sinusit
- d) Tükrük bezi ağrısı
- e) Lenf iltihabı

## C — OROFARINKS AĞRISI

### 1. Yüzeysel kökenli

- a) Stomatit
- b) Gingivit

### 2. Derin kökenli

- a) Diş ağrısı
- b) Kemik iltihabı
- c) Nörolojik ağrı

## D — PSİKOGENİK AĞRI

- a) Hypochontriosis
- b) Depresyon

## E — SİSTEMİK HASTALIK VE YÜZ AĞRISI

1. Bağ dokusu hastalığı : Lupus editemosis
2. Endokrin hastalığı : Diabetus mellitus
3. Yetersizlik hastalığı : Vitamin eksikliği
4. Enfeksiyöz hastalığı : Sifilis
  - a) Eksostosis
  - b) Akut supuratif artirit
  - c) Artirit
    - I. Rumatoid artirit
    - II. Kronik travmatik artirit
    - III. Alışılmamış nedenlere bağlı artirit
    - IV. Postural artirit
5. Gelişime ait hastalıklar
  - a) Doğumsal Agenesis
  - b) Çift eklem
  - c) Hypoplastik şekil bozuklukları
  - d) Hyperplastik şekil bozuklukları
6. Tümoral hastalıklar.

Yukarda farklı kökenler sonucu altçene eklemi ve yüzde meydana gelen ağrılardan dişhekimlerini ilgilendiren grup KAS-FASYA FONKSİYON BOZUKLUKLARI -MPD- SENDROMU'dur. Fakat rumatoid artrit ve osteo artiritin ilk tanısının genellikle dişhekimleri tarafından yapılmasına karşın, bu hastalıkların tedavisinde dişhekimleri ikinci plândadır.

Kliniğimize yüz ağrısı ve altçene eklemi bölgesindeki ağrı şikâyeti ile gelen, gönderilen ya da bizim tarafımızdan teşhis edilen

hastaların hangi gruba girdiğini ve bu hastalıklarda belirtilerin neler olabileceğini tartışmadan önce, TME ve çiğneme sisteminin muayenesinin nasıl yapılacağını sıralamamız gerekir. Çiğneme sistemi ve TME'in muayenesi genel olarak şu üç aşamada yapılır.

- I. Hastanın genel görünüşü
- II. Hastalığın öyküsü
- III. Klinik muayene

#### I. GENEL GÖRÜNÜŞ

Yüzde ve eklemde asimetrik bir durum olup olmadığına ve hastanın genel sağlık durumuna bakılır.

#### II. HASTALIĞIN ÖYKÜSÜ

Anamnez, özellikle TME sorunlu hastaların tanısında çok önemli bir rol oynar. Dikkatle, sabırla ve doğru bir şekilde alınan anamnez ilerde birçok yanlışlıkları önler. Anamnez alınırken yöntemler olduğu gibi bunların birbirine göre üstünlükleri de vardır. Bu konuda önerilecek en doğru yol hastayı sıkmadan ve de tedirgin etmeden hastaların görevini sağlayacak şekilde ve her iki tarafında fazla zaman kaybına neden olmadan anamnez alınmasıdır. Anamnezde aşağıda sıraladığımız şekilde gerçekleştirilebilir.

#### A — Belli başlı şikâyetler sorulur

##### 1. Şikâyetin cinsi

TME de ağrı mı, patolojik ses mi, ağız açmada zorluk mu?

##### 2. Süresi

Şikâyetlerin ne kadar önce başladığı (sön aylar, 1 yıl, daha fazla).

##### 3. Sorunun özelliği

Devamlı mı, aralıklı mı? Aralıklı ise ne sıklıkla?

##### 4. Fonksiyonla ilgisi

Çiğneme, esneme, diş sıkma, konuşma değişikliği, altçene hareketleri ile sorunun ilgisi araştırılır.

#### B — Daha geniş bilgi için

##### 1. Belirtinin günün hangi devresinde meydana geldiği

##### 2. Belirtinin diş tedavisi ile ilgili olup olmadığı araştırılır.

C — Öz geçmişindeki hastalıklar ve görmüş olduğu tedaviler gözden geçirilmelidir.

1. Kronik bir hastalığı var mı?
2. Psikolojik hastalıkların olup olmadığı  
peptik ülser, iştahsızlık, kusma

D — Psikolojik durum incelenir

1. Hasta sinirli ve heyecanlı bir tip mi?
2. Çiğneme kaslarını aşırı derecede kullanıyor mu?  
Diş gıcırdatması, diş sıkması, dudak ya da tırnak koparma

### III — KLİNİK TETKİK

#### A) TME in tetkiki

1. Palpasyon  
ağrı ya da hassasiyet yok  
arkaya doğru ağrı var  
yana doğru ağrı var
2. Oskültasyon  
TME'de patolojik ses yok  
TME'de tek taraflı ses var  
TME'de çift taraflı patolojik ses var

3. Röntgen  
Herhangi bir patolojik oluşum yok  
Patolojik oluşum var

#### B) Altçene hareketleri

1. Maksimum ağız açma
2. Ağız açmada ve kapamada devlasyon
3. Altçenenin ileri hareketi
4. Sağ sol yan hareketler

#### C) Çiğneme ve boyun kaslarının palpasyonu

1. M. Masseter
2. M. Temporal
3. M. Dış pterygoid
4. M. İç pterygoid
5. M. Digastricus

6. M. s. c. m.
7. Boyun kasları
8. M. Trapezius

#### D) Ağız ve dişlerin tetkiki

1. Sentrik ilişki ve sentrik oklüzyon arasındaki fark (2 mm. den az ya da 2 mm. den fazla)
2. Dişlerin oklüzal yüzeylerindeki aşınmaların incelenmesi (oklüzal travma)
3. Dişlerde sallanma
4. Diş gıcırdatmasının belirtileri
5. Dişlere ait, röntgen resimleri
6. Tükrük bezi kanal ağızlarının tetkiki
7. Yanakta mukoza kenarları
8. Üçüncü büyük azıların durumu incelenir.

Bu klinik muayene sonunda eğer,

1. Ağız açmada deviasyon
2. TME de tek ya da çift taraflı patolojik ses
3. Çiğneme ve boyun kaslarının palpasyonunda ağrı ya da hassasiyet
4. Ağız açmada kısıtlılık gibi belirtiler var ise ayrıca hastanın laboratuvar tetkiklerinde ve temporomandibuler eklem röntgeninde patolojik bir oluşum yok ise, bu tür hassasiyete KAS-FASYA FONKSİYON BOZUKLUĞU-MPD SENDROMU tanısı konulabilir.

Bu hastaların büyük bir çoğunluğunda baş ve kulak ağrısı belirtilerinin de yer aldığı görülür. Yalnız şunu hemen belirtmek gerekir ki, yukarıda sıraladığımız belirtilerin tümü her vakada bulunmayabilir. Bir vakaya tüm belirtiler veya iki ya da üç belirtiyi bir arada gösterebilir. Kas-fasya fonksiyon bozukluğu sendromunda belirtiler çoğu kez çiğneme, esneme gibi fonksiyonlarla ilgili gibi gözükmektedir.

Kas-fasya ağrı fonksiyon bozukluğu -MPD- sendromunu yüzdeki diğer ağrılardan ayırdedebilmek için, bu rahatsızlıklardaki belirtileri de kısaca gözden geçirmek yararlı olacaktır.

Rumatoid artirit'te çenelerde ve boyunda sertlik, ağız açmada kısıtlılık ve bunlara ek olarak TME de ağrı vardır. Hastalığın ilk devrelerinde ayırdedici tanı özelliği yoktur. Ağrı genellikle sızı şeklinde

olur, dinlenme ile geçer. Bununla beraber uyku gibi uzun süreli dinlenme, çenelerde sertliğe neden olur. Hastalığın ilk devrelerinde çene hareketleri ağırdır. Belirtilerin zaman zaman hafif ve kısa süreli olarak TME de ağrılara ve kas kısılmalarına neden olması, dişhekimini taniya götüren bir belirti olabilir. İleri devrelerde TME de şiş ve şiddetli ağrılar vardır. Ayrıca el parmakları, bilek, diz, omuz ve dirsek eklemlerinde de ağrılar olabilir. Rumatoid artritli bir hasta koltuğa oturduğunda başını geriye doğru hareket ettirirse, omuz eklemlerindeki iltihap nedeniyle ağrılar başlayabilir. Rumatoid aritirin esas doktoru fizik tedavi uzmanıdır. Dişhekimi ise ağızda mevcut dişlerin en iyi bir şekilde tedavisini üstlenmelidir.

Osteoartirit'te ise eklemin yaşlanması söz konusudur. Genellikle bu hastalık dişlerin hepsinin çekilmesinden sonra dikey boyutun değişmesi sonucu ortaya çıkar. Yaşlılıktaki uyum bozukluğu, psikolojik belirtilerin artmasına yol açar. Hasta çene hareketlerini sabah saatlerinde kolaylıkla yapamaz. Gün ilerledikçe çene hareketleri kolaylaşır. Yaygın yüz ağrısı ve kas-fasa trigger bölgesi vardır. Bu hastalıkta esas görev dişhekimine düşmektedir. Bir taraftan oklüzal ilişkiler düzeltilirken, diğer taraftan da hastaya günde 3 kez 0,65 mg aspirin alması söylenir.

Nöropati'de yanma, çekilme ve sıkıntı ile beraber devamlı ve derin bir ağrı söz konusudur. Ağrı günlerce, haftalarca sürebilir. Trigger bölge yoktur. 5. 6. 9. 10. baş sinirleri içine alır. Cerrahi bir müdahale, travma, enfeksiyon, ilaç ve protezden takıldıktan sonra bu ağrılar meydana gelebilir.

Atipik yüz ağrısında devamlı ve yaygın bir ağrı günlerce sürebilir. Gençlerde, özellikle kadınlarda görülür. Trigger bölge yoktur. Bu ağrı ısı, fonksiyon ve dokunma hissiyle ilgili değildir.

Nevraljik ağrılar episodik ve tek taraflıdır. Kadınlarda çoklukla sağ tarafta görülür. Ağrılar 20-30 saniye sürer. İki şiddetli ağrı arasında hafifleme olur. Çene hareketleri, soğuk suyla yüz yıkama sümükrme gibi hareketler ağrıyı başlatan nedenler arasında sayılabilir.

Kas-fasya fonksiyon bozukluğu yani MPD sendromu ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde tarihin ilk dönemlerinden bu yana TME bozukluklarındaki etiyolojik faktörlerden farklı şekillerde söz edilmiştir. Bu nedenle tek bir etiyolojik faktörün salt olarak bir vaka



için düşünülmemesi gerekir. Bununla beraber zaman zaman araştı-  
rıcıların bu yanılığa düştükleri görülmektedir.

Şimdi MPD sendromunda etiyolojik faktörlerin neler olabilece-  
ğini sıra ile gözden geçirelim ;

1 — Oklüzyon : Anatomist Prentiss (6) ve Dişhekimi Summa (8)  
çalışmalarında TME bozukluklarını oklüzyona bağlamışlardır. 1934  
de Costen (3) kendi adıyla tanımlanan «Costen sendromu» nu or-  
taya atmış ve burada dişsizliğin ve aşırı örtülü kapanışın TME de  
rahatsızlıklara neden olduğunu savunmuştur. Böylece altçene ek-  
lemindeki ağrı-fonksiyon bozukluğu sendromunun etiyolojisinde  
«oklüzyon teorisi» oluşmuş ve böylece «Gnatolojinin» temelleri atıl-  
mıştır.

Gnatoloji ekolünde araştırmacılar, TME de oluşan veya oluşabi-  
leceğini düşündükleri herşeyi, diş-kas teorisine bağlı kalarak oklüz-  
yona bağlamak eğilimindedirler. Gerçekte oklüzyonun bazen «has-  
talığı «hazırlayıcı» bazen de hastalığa neden» olucu etkinliği yad-  
sınamaz. Fakat yüzdeki her ağrının kökeninin de oklüzyona bağlan-  
maması gerekir. Bu şekilde birçok soruların «oklüzyon teorisi» ile  
yanıtlanmadığını hisseden araştırmacılar, başka faktörlerin de varlı-  
ğını kabul etmişler ve TME den uzakta başka anatomik oluşumlara  
da bakmaya başlamışlardır.

Schwartz (7) bu konuda psikolojik stresslerin önemini belirtmiş  
ve «Stress teorisi» ile tüm dikkatler çiğneme kasları üzerine çevril-  
miştir. Bu sendrom için «ağrı-fonksiyon bozukluğu» terimi ilk kez  
Schwartz tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra Laskin,  
TME ağrı fonksiyon bozukluğu sendromu ile kas-fasya ağrı fonksi-  
yon bozukluğu sendromunu birbirine karıştırmamak gerektiğini ileri  
sürmüştü ve bu sendromda psikolojik stresslerin öneminden bahse-  
dip «Psikofizyolojik» teoriyi ortaya atmıştır. Yazar biraz önce bil-  
dirdiğimiz gibi MPD sendromu için,

1. Yüzde tek taraflı ağrı
2. Çiğneme ve boyun kaslarında ağrı, hassasiyet
3. TME de takırtı
4. Çene hareketlerinde kısıtlılık olmasına karşın radyolojik ve

kimyasal tetkiklerde herhangi bir bulgu olmadığını vurgulamıştır.  
Aynı yazar TME lerde ağrı fonksiyon bozukluğu sendromunda ise

radlyolojik ve biokimyasal tetkiklerde negatif bulguların olduğunu belirtmiştir.

Etiyolojik faktörlerin çok olduğu bu sendromda uygulanan tedavi yöntemleri de çok çeşitlidir. Tedavi başlangıçta hastaya basit gelebilir. Bu açıdan hekim öncelikle hastanın güvenini kazanmalıdır.

**KAS-FASYA AğRI FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA UYGULANAN TEDAVİ ÇEşitLERİNİN BAZILARI AşAğIDA SIRALANMIşTIR :**

1. Hastayı ikna
2. Diyet
3. Altçene hareketlerine ait ekzersiz
4. Oklüzal plak
5. Isı
6. Etilklorür
7. Fizik tedavi
8. İlaç
9. Psikiyatriste gönderme
10. Cerrahi müdahale
11. Oklüzal dengeleme
12. Kötü kuron ve köprünün çıkarılması
13. Yeni bir protez yapımı
14. İlgili kliniğe sevki

Başta da belirttiğimiz gibi toplumda bu sendromlara sahip bir çok kişi olabilir. Özellikle tam, bölümlü ya da köprü protezlerinin kötü yapılması sonucu bazı hastalarda MPD sendromu gelişebilir (2). Fakat hasta hastalığının dişten kökenli olduğunu hatırina bile getirmez. İşte hekimin bu hastalara olanakları içinde uygulayacağı basit bir muayene, olumlu sonuçlar verebilir. Yalnızca muayene sırasında hekim belirti olarak TME de patolojik bir ses saptamışsa ve bu takırtıdan hastanın haberi yok ise, bunu kesinlikle kendisine söylememelidir. Aksi takdirde «İatrogenik» hastalıklara neden olabilir. TME'indeki sesle hayatı boyunca beraber yaşayan bir çok kişi vardır. Bunun aksine salt TME deki sesden şikayetçi olarak gelen hastalara da büyük ümitler vermemek gerekir. Hastaya açıkça bu sorunun tedavi ile çözümleneceği gibi, böyle de kalabileceği söylenmelidir.

Ayrıca literatürde bildirildiği gibi bazı hastalar ilgi ve uğraşlarının büyük bir kısmını bu belirtiyeye ayırdıkları için, böyle bir oyun-

çağın ellerinden alınması onları derin bir depresyona da sürükleyebilir (4).

Dışhekimi hastalığın etiyolojisinde yanılmış ve tedavide başarılı olamamış ise, yapılacak en doğru hareket hastayı ilgili uzmana göndermektir. Uzun süren başarısız ve hastayı bıktırtan tedavilerden olanaklar içinde kaçınılmalıdır. En önemlisi hekimin tekbir vakaya uygulayıp başarı kazandığı tedavi yöntemlerini, büyük bir cesaret ve inatla her hastaya uygulamaması gerekir. Çünkü tek bir vaka ile TME ve MPD sendromunun belirtileri genelleştirilmemeli ve her vaka da aynı tedavi uygulanmamalıdır.

## L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Block, S.** : Gurs notları (1977 Ekim Chicago)
- 2 — **Carlson, G. E.** : Symptoms of mandibular dysfunction in complete denture wearers, Journal of Dentistry 4 : 265-270, 1976.
- 3 — **Costen, J. R.** : A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann. Otol. St. Louis 43 : 1-15, 1934.
- 4 — **Green, C.** : Özel konuşma
- 5 — **Helkimo, M.** : Studies on function and dysfunction of the masticatory system, Dissertation. University of Göteborg, Sweden, 1974.
- 6 — **Prentiss, H. J.** : A preliminary report upon the temporomandibular articulation in the human type. Dent. Cosmos, 60 : 505-512, 1968.
- 7 — **Schwartz, L.** : Pain associated with the temporomandibular joint J. Amer. Dent. Ass., 51 : 394-397, 1955.
- 8 — **Summa, R.** : The importance intra articular fibro cartilage of the temporomandibular articulation. Dent. Cosmos, 60 : 512-514, 1918.