

KONDİLER HİPERPLAZİDE KONDİLEKTOMİ SONRASI PROTETİK YAKLAŞIM:

Olgu sunumu

Yrd. Doç. Dr. Gözlem CEYLAN*

Doç. Dr. Ahmet KARACALAR***

Yrd. Doç. Dr. Nergiz YILMAZ**

Dt. Burcu BAŞ**

Dr. Murat ACAR***

ÖZET

Tek taraflı mandibular kondil hiperplazisi, konditlerden birisinin aşırı gelişimine bağlı oluşan, nadir görülen bir malformasyondur. Sebebi belli olmayıp, lokal dolaşım problemleri, endokrinel bozukluklar ve travma muhtemel etiyolojik faktörler arasındadır. Patogenezinde aktif büyüme sırasında TME (temporomandibular eklem) kondil kartilajının proliferasyonu rol oynar.

Elli üç yaşındaki bayan hasta baş ağrısı, sol eklem bölgesinde kulağı ve gözü de içine alan ağrı, çiğneme hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi cerrahi kliniğine başvurdu. Klinik muayenede yüzde hafif asimetri, sol eklem bölgesinde palpasyonda ağrı, hafif krépitasyon, sol masseter, lateral ve medial pterygoid kaslarda hassasiyet, ağız açmada kısıtlılık saptandı. Hastada kapanış bozukluğuna bağlı okluzal uyumsuzluk mevcuttu.

Panoramik, tomografik ve manyetik rezonans görüntülemelerinin incelemeleri sonucu sol kondil bölgesinde hiperplazi saptandı. Sağ taraf TME bölgesinde redüksiyonlu anterior disk deplasmanı, sol taraf TME bölgesinde ise redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı teşhis edildi. Sol TME kondil bölgesinde kondilektomi yapıldı ve kondilin konturu düzenlendi.

Cerrahi operasyondan bir ay sonra protez kliniğine başvuran hastanın mevcut doğal dişlerinin kapanış ilişkisi incelenerek daimi restorasyonların yapımından önce geçici amaçlı kullanılmak üzere mevcut dişlerin okluzal ve insizal yüzeylerini örten overlay protez tedavi protezi olarak planlandı. Protez, unilateral balanslı okluzyon (grup fonksiyonu) sağlayacak şekilde uyumlandırıldı. Hasta geçici protezini yaklaşık 2 aydır kullanmakta olup rutin kontrollerinde eklem bölgesi ile ilgili herhangi bir şikayet bildirmemiştir, çiğneme işlevini de rahat bir şekilde sürdürmektedir. Hastaya daimi restorasyonları yapılmak üzere randevu verildiğinde, hasta ekonomik durumunun iyi olmadığını bildirerek daimi restorasyonunun yapımının ertelenmesini talep etti.

ABSTRACT

Unilateral condylar hyperplasia is an uncommon condition due to excessive growth in one condyle. Etiology of this malformation is unknown however possible factors are local circulator problems, endocrine disorders and trauma. Condylar cartilage takes role in pathogenesis of proliferation of TMJ (Temporomandibular Joint).

A 53 year old female patient referred to Dental faculty of OMU, Department of Oral and Maxillofacial Surgery with following complaints; pain including eye and ear on left TMJ region, limitations on jaw movements. Tenderness on the left TMJ region, slightly crepitation, tenderness on left masseter, lateral and medial pterygoid muscles, limitation on jaw opening and slightly facial asymmetry were current on clinical examination. There was an occlusal disharmony on closing.

Hyperplasia was observed on left TMJ region on radiologic examination such as MRI (Magnetic Resonance Imaging), CT (Computrize Tomography), Panoramic radiography. Anterior disc displacement with reduction on right TMJ and anterior disc displacement without reduction on left TMJ were detected. Condilectomy and having were made on left TMJ condyle.

One month after the surgical treatment patients occlusal relations of residual teeth were examined and an overlay prosthesis were planned as temporary prosthesis before making permanent restorations. Unilaterally balanced occlusion were obtained. In routine controls patient did not declare any complained in temporal region. Because of the patient financial condition, permanent restorations were postponed to coming days.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

*** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Kondillerden birisinin aşırı gelişiminin sebep olduğu tek taraflı mandibular kondil hiperplazisi, nadir görülen bir malformasyondur. Aktif büyüme sırasında temporomandibular eklem (TME) kondil kartilajının proliferasyonu bu hiperplazide rol oynar. Kondiler hiperplazinin ilgili yumuşak ve sert dokularda büyümenin görüldüğü hemifasial hiperplaziden ayırd edilmesi gerekir.¹

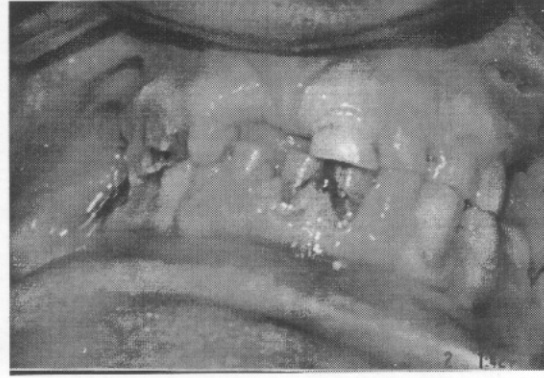
TME kondiler hiperplazisi kendi kendini sınırlayan bir durumdur. Tedavi seçeneği fonksiyonel ve estetik bozukluğun derecesine bağlı olarak değişir. Bazı hastalar tek taraflı kondilektomi ile tedavi edilirken diğerleri tek taraflı veya çift taraflı mandibular osteotomi gerektirir. Maksillerin de bu bozukluğa eşlik ettiği durumda maksiller osteotomiye de ihtiyaç duyulabilir.¹ Okluzal ve iskeletsel asimetriyi düzeltmek amacı ile gerekirse ortognatik cerrahi uygulanabilir. Estetik ve fonksiyonun sağlanması gerektiğinde protetik restorasyonlar tamamlayıcı bir tedavidir.²⁻⁶

Bu çalışmada kondilektomi ve kontur düzenlemesi sonrası hastanın fonksiyonunu, fonasyonunu ve estetiğini sağlamak amacı ile tedavi protezi niteliğinde; geçici overlay protez^{7,8} yapılan, nadir görülen bir tek taraflı kondiler hiperplazi vakası sunulmuştur.

VAKA SUNUMU

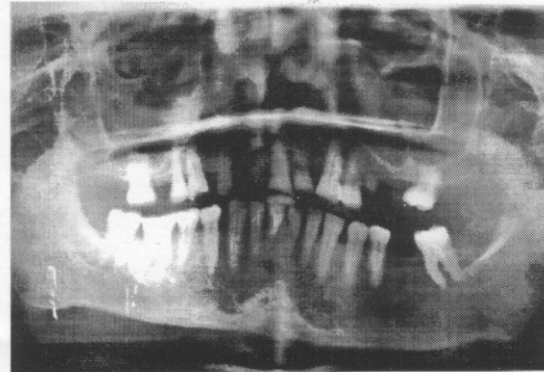
Elli üç yaşında bayan hasta baş ağrısı, sol eklem bölgesinde kulağı ve gözü de içine alan ağrı, çığneme hareketlerinde güçlük şikayetleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvurdu. Klinik muayenede yüzde hafif asimetri, sol TME bölgesinde palpasyonda ağrı, hafif krepatasyon, sol maseter kasında hassa-

siyet, ağız açmada kısıtlılık saptandı. Ağrısız ağız açıklığı 35mm, ağrılı maksimum açılım 36 mm idi. Açılma sırasında sağa 6mm ağrılı deviasyon vardı. Ağızdaki mevcut dişlerdeki aşınmalara bağlı olarak dikey boyutta azalma, kapanış bozukluğuna bağlı olarak prematür temaslar tespit edildi (Resim 1). Ağızdaki yumuşak ve sert dokular muayene edilerek dişler vitalite açısından değerlendirildi.

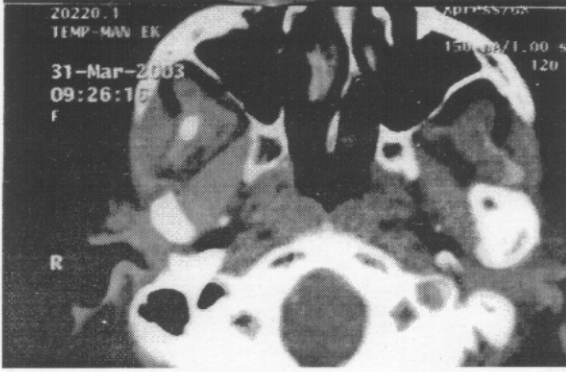


Resim 1: Operasyon öncesi hastanın klinik görünümü.

Panoramik, tomografik ve manyetik rezonans incelemeleri sonucu sol kondil bölgesinde hiperplazi görüldü (Resim 2,3). Sağ taraf temporomandibular eklem bölgesinde redüksiyonlu anterior disk deplasmanı, sol taraf temporomandibular eklem bölgesinde ise redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı saptandı.



Resim 2: Operasyon öncesi hastanın Panoramik radyografik görüntüsü.

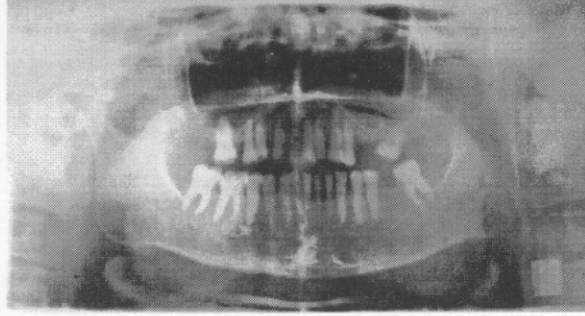


Resim 3: Operasyon öncesi hastanın Bilgisayarlı Tomografik görüntüsü.

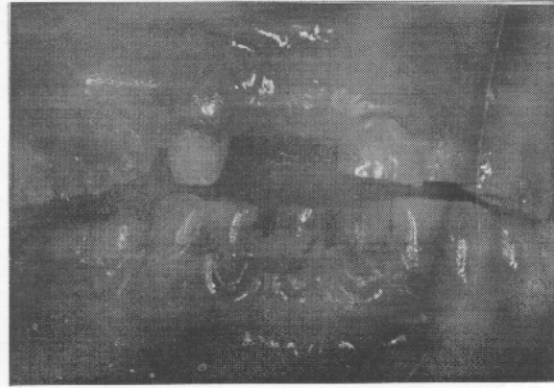
Hastamız mevcut dişlerini çekirme taraftarı idi. Dişlerin ağızda bırakılmasının; kuvvetlerin iletimi, protezi destekleyen yapıların korunması, daha stabil ve tutucu bir protez elde edilmesi, çiğneme etkinliğinin artması, daha sonra yapmayı düşün- düğümüz protetik restorasyonlara uyumun daha kolay olması açısından avantajlı olacağı açıklandı. Prematür temaslara bağlı olarak aşırı streslerin gelişeceği ve bunun TME'de aşırı yüklenmelere yol açabileceği düşünülerek hastamıza tedavi amaçlı geçici bir protez yapımı uygun görüldü. Hastaya geçici protezleri 2-3 ay süresince kullanması gerektiği daha sonra daimi restorasyonlarının yapılacağı açıklandı.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ile Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'nda vakayı takip eden hekimler tarafından preaurikular insizyonel yaklaşımla sol kondil bölgesinde kondilektomi yapıldı ve kondil konturu düzenlendi. Maksiller sol ikinci premolar bölgesindeki gömülü kök çekildi (Resim 4). Periodontal tedavi uygulandı. Operasyondan yaklaşık 3-4 hafta sonra protezin yapımından önce mevcut dişlerin kapanışı değerlendirildi. Sol tarafta prematür temaslara ve sağ tarafta ise kapanış açıklığı olduğundan nöromuskuler

sistemin dengesini korumak ve TME'deki aşırı yüklenmeyi önleyebilmek için protez yapımına başlandı (Resim 5).



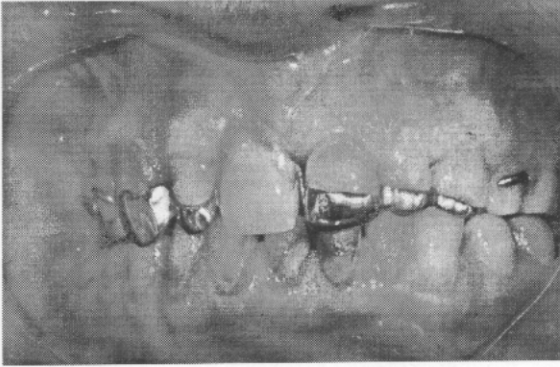
Resim 4: Operasyon sonrası hastanın Panoramik radyografik görüntüsü.



Resim 5: Operasyon sonrası hastanın klinik görüntüsü.

Teşhis modellerinin elde edilebilmesi için konvansiyonel yöntemlerle hastanın ölçüleri geri dönüşümsüz hidrokolloid ölçü maddesi ile alındı. Ağızda prepare etmeden bırakmış olduğumuz dişlerin okluzal ve insizal yüzeylerini örtecek şekilde geçici bir süre kullanmak üzere overlay protez planlandı. Daha sonra hastanın son ölçüleri alındı. Elde edilen üst çene modeli üzerinde planlama yapılarak, protezin dökümü yapılmak üzere laboratuvara gönderildi. Protezin metal uyumlama aşamasından sonra hastadan sentrik ilişki pozisyonunda kapanış alındı.

Hastanın dişli provası yapıldıktan sonra protez konvansiyonel yöntemlerle bitirildi. Protez unilateral balanslı okluzyon (grup fonksiyonu) sağlayacak şekilde okluzal olarak uyumlandırıldı (Resim 6). Böylece çalışan taraftaki dişlerde lateral hareketler boyunca temas, karşıt taraftaki dişlerde ise diskluzyon sağlandı. Hastaya oral hijyene dikkat etmesi gerektiği hatırlatıldı ve protezin bakımı için önerilerde bulunuldu. Protezinin bakımı için temizleyici tabletler önerilerek, tableti ne şekilde kullanacağı anlatıldı. Hasta ertesi gün kontrole çağrıldı. Hasta protezlerini iki aydır kullanmakta olup, rutin kontrollerde gerek eklem bölgesi ile ilgili gerekse çiğneme işlevi ile ilgili herhangi bir şikayetin olmadığı görüldü. Hastaya daimi restorasyonları yapılmak üzere randevu verildi, ancak hasta ekonomik sebeplerden dolayı daimi restorasyonunun yapımının ertelenmesini talep etti.



Resim 6: Hastaya uygulanan geçici protezin görünümü.

TARTIŞMA

Tek taraflı mandibular kondil hiperplazisi, kondillerden birisinin aşırı gelişimine bağlı olan, nadir görülen malformasyondur. Sebebi belliy olmayıp, lokal dolaşım problemleri, endokrin bo-

zukluk ve travma muhtemel etiyolojik faktörler arasındadır. Patogenezinde kondildeki proliferatif kartilajın hiperaktivitesi rol oynar.

Kondil büyümesi durduğunda, kondil normal histolojik görünümüne sahip olur.¹

Kondiler hiperplazinin hemifasial hiperplaziden ayırd edilmesi zordur. Hemifasial hiperplazi de ilgili yumuşak ve sert dokularda büyüme görülebilir.¹ Bizim vakamızda bu tür yumuşak doku ve dişler ile ilgili büyüme semptomları mevcut değildi.

Kondiler hiperplaziye fasial asimetri, prognatizm, çapraz kapanış, ön açık kapanış eşlik edebilir. Bazen etkilenen kondilin bulunduğu taraftaki maksiler kemikte de büyüme ile birlikte okluzal planda kayma görülebilmektedir.¹ Hastamızda fasial asimetri ve prognatizm mevcuttu.

Standart radyografi, sefalometri, 3 boyutlu tomografi, elektrogatografik analiz, kemik sintigrafisi gibi teşhis yöntemleri mandibular kondil hiperplazisinin erken teşhisini ve diğer patolojilerden ayırıcı tanısını yapmak için kullanılır.⁹

TME kondiler hiperplazi kendi kendini sınırlayan bir durumdur. TME kondil hiperplazisinde anomali puberteden önce başladığından tedavide hastanın yaşı temel alınır. Büyüme çağındaki hastalarda okluzal maksiller planın doğru pozisyonda olması esas alınır.¹⁰ Erken ortopedik tedavi başlatılabilirse sekonder olarak oluşan okluzal ve/veya servikofasial bozukluklar önlenebilir.² Cerrahi tedavi uygulamalarında kondilektomi düşük komplikasyon riski ve patolojik büyümeyi durdurmakta yeterli bir teknik olarak önerilir. Ardından okluzal ve iskeletsel asimetriyi düzeltmek amacı ile gerekirse ortodontik cerrahi uygulanabilir. Gerekli görülen vakalarda protetik düzenleme de estetik ve fonksiyonun sağlanmasında tamamlayıcı bir uygulamadır.²⁻⁶ Biz de

vakamızda kondilektomi ve kontur düzenleme sonrası iyi bir protetik rehabilitasyonu tedavi seçeneği olarak kabul ettik.

Erken dönemde kondilektominin önemini savunan araştırmacılar da vardır.¹¹ Tedavinin gecikmesi durumunda ise maxilla ve mandibulayı içeren genişletilmiş ortognatik cerrahi gerekebilir.¹²

Kondilektomi, kombine kondilektomi ve ortognatik cerrahi tedaviye alternatif olarak kondili koruyarak yapılan sadece ortognatik cerrahi tedavisini uygulayan araştırmacılar da bulunmaktadır.¹³ Vakamızda maksilla ve mandibulada herhangi bir cerrahi işlem gerektiren durum söz konusu olmadığından sadece kondilde yapılacak olan düzenleme yeterli görüldü.

Stomatognatik sistemin korunması ve hastanın her türlü fonksiyonu yerine getirebilmesi için eksik olan dokuların telafisine çalışılır. Protez yapımı amaçlarından birisi ve belki de en önemlisi dokuların devamlılığını ve bütünlüğünü sağlamaktır.

Kısmi diş eksikliği olan bireylerde eksik dişlerin telafisi amacıyla implant, sabit bölümlü, hareketli bölümlü, hassas tutuculu ve diş üstü protezlerden (overdenture) herhangi biri yada bunların kombinasyonları düşünülebilir.¹⁴⁻¹⁸ Vakamızda dişlerdeki aşırı aşınmayı telafi edebilmek, maksiller sağ molar bölgedeki okluzal açıklığı kapatabilmek ve her iki TME'de cerrahi sonrası hastanın yeni konumuna adaptasyonunu sağlayabilmek için geçici amaçlı metal okluzal yüzeyli iskelet protez (overlay) yapıldı. TME disfonksiyon tedavisinde uygulanan ve en basit tedavi şekli olan okluzal splint uygulaması hastamızın çiğneme sırasında da yapılan protezi kullanabilmesi açısından endike değildi. Hastamızın mevcut dişlerinin preparasyonlarından sonra sabit bir

restorasyon da düşünülebilirdi. Ancak daimi sabit restorasyonlar öncesinde yapılacak olan proteze hastanın alışabilmesi, protezin kullanımı sırasında eklem bölgesinde herhangi bir şikayeti olup olmayacağını görülebilmesi açısından geçici amaçlı tedavi düşünüldü. Yapılmış olan geçici protezin hastayı psikolojik olarak rahatlatığı, hastanın çiğneme fonksiyonunu arttırdığı, eklem bölgesindeki şikayetleri azalttığı gözlemlendi. İlgili çalışmalar incelendiğinde TME rahatsızlıklarında, okluzal uyumsuzluklar ve prematür kontaklar nöromuskuler sistem tarafından tolere edilebilir. Ancak deneysel ve klinik çalışmalar okluzal uyumsuzluğun kas aktivitesi üzerindeki etkisini ve bunların ortadan kaldırılmasıyla TME rahatsızlıkları semptom ve belirtilerinin ortadan kalktığını göstermiştir.¹⁹ Hastamızda cerrahi sonrası yapmış olduğumuz geçici amaçlı protetik rehabilitasyonla bile TME rahatsızlığı semptomlarında azalma kaydetmiş olmamız seçilen tedavi yönteminin uygun olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral and Maxillo-facial Pathology. WB Saunders Co. Philadelphia 2nd. Ed. 2002. pp:16-17.
2. Gola R, Carreau JP, De Massiac G. Mandibular condyle hyperplasia. Therapeutic review. Rev Stomatol Chir Maxillofac; 1996; 97(3): 145-60.
3. Appel T, Niederhagen B, Braumann B, Reich RH. High condylectomy for control of pathological growth in condylar hyperplasia. Mund Kiefer Gesichtschir;1997 May; 1 Suppl 1: S138-40.
4. Choung PH, Nam IW. An intraoral approach to treatment of condylar hyperplasia or high condylar process fractures using the intraoral vertico-sagittal ramus osteotomy. J Oral Maxillofac Surg; 1998; May; 56(5): 563-71.

5. Munoz MF, Monje F, Goizueta C, Rodriguez-Campo F. Active condylar hyperplasia treated by high condylectomy: report of case. J Oral Maxfac Surg; 1999. Dec; 57(12): 1455-9.

6. Wolford LM, Mehra P, Reiche- Fischel O, Morales- Ryan CA, Garcia- Morales P. Efficacy of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. Am J. Orthod Dentofacial Orthoped; 2002 Feb ; 121 (2): 136-50.

7. Preiskel HW. Precision attachments in prosthodontics: Overdentures and telescopic prostheses. Quintessence Publish. Co. Chicago, 1985. Volume 2, pp.51-85, 87.

8. Basker RM., Harrison A., Ralph JP. Overdentures in general dental practice. 2nd ed..London: William Clowes Limited; 1988. p.2-10, 76-9.

9. Silvestri A, Incisivo V, Mariani G. Treatment of mandibular condylar hyperplasia in developmental age. Clinic case. Minerva Stomatol; 2000 Oct.; 49 (10): 501-10.

10. Marchetti C, Cocchi R, Gentile L, Bianchi A. Hemimandibular hyperplasia: treatment strategies. Journal Craniofac Surg; 2000 Jan; 11(1): 46-53.

11. Bertolini F, Bianchi B, De Riu G, Di Blasio A, Sesenna E. Hemimandibular hyperplasia treated by early high condylectomy. A case report. Int J. Adult Orthodon Orthognat Surg; 2001 Fall; 16(3): 227-34.

12. Van der Zwan J. Condylar hyperplasia. Early detection is desired. Ned Tijdschr Tandheelkd; 1998 Dec; 105 (12): 444-6.

13. Suguwara Y, Hirabayashi S, Susami T, Hiyama S. The treatment of hemimandibular hyperplasia preserving enlarged condylar head. J Cleft Palate Craniofac; 2002 Nov; 39(6): 646-54.

14. Ulusoy M, Aydın K. Bölümlü protezler. Ankara Üniversitesi Diş Hek Fak Yayınları; 1988, Ankara p: 479,557.

15. Kratochvil FJ. Partial removable prosthodontics. Philadelphia: WB. Saunders Company; 1988.p. 101-103.

16. Çalikkocaoğlu S. Bölümlü protezler. İstanbul Üniversitesi Yayınları, 3.Baskı; 1996 p.109-180.

17. Beydemir B, Dalkız M. Protetik diş tedavisinde teşhis ve planlama. GATA Basımevi; 2002/22 p.: 106,116-117,120-121.

18. Malone WFP, Koth DL. Tylmans's theory and practice of fixed prosthodontics. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. 8th ed. 1989, p: 161-194.

19. Wassel RW. Do occlusal factors play a part in temporomandibular dysfunction. Journal of Dentistry; 1989, 17: 101-110.

Yazışma Adresi

Yrd. Doç. Dr. Gözlem CEYLAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
SAMSUN