

**TME PROBLEMİ VE ÇENE UCU GELİŞİM YETERSİZLİĞİ OLAN İKİ
OLGUDA KOMBİNE TEDAVİ UYGULAMASI****THE COMBINED TREATMENT OF TWO CASES WITH TMJ PROBLEMS
AND CHIN DEFICIENCY****ERKAN ERKMEK*, SEMA YÜKSEL †, SALİH SARAÇGİL ‡****ÖZET**

Çeşitli nedenlere bağlı olarak mandibula ve çene ucunun transversal yöndeki deviasyonu nedeni ile kraniomandibular asimetri görülebilmektedir. Bu tür asimetri sonuçta estetik ve fonksiyonel bozukluklara sebep olabilmektedirler. Çalışmamızda çene ucu gelişim yetersizliği gösteren ve fibroankiloz tanısı konmuş 2 olguda temporomandibular eklem (TME) problemleri ağız içi aperiyle giderilmiş, oklüzal denge sağlanmış ve çene ucundaki retrüzyona bağlı estetik sorun ise ilerletme genioplastisi yöntemi ile ortadan kaldırılmıştır.

Anahtar kelimeler : TME, Fibroankiloz, Genioplasti

SUMMARY

Craniomandibular asymmetries can be occurred due to several reasons which effect transversally deviation of mandible and tip of the chin. Two cases of fibrous ankylosis with chin deficiency were treated by intraoral temporomandibular joint (TMJ) appliances for mouth opening and occlusal balances and such treatment was combined with the advancement genioplasty for correction of retrusive chin position.

Key words : TMJ, Fibrous ankylosis, Genioplasty

* Dt. GÜ Dişhekimliği Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

† Prof. Dr. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı

‡ Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Bilim Doktoru, Serbest Dişhekim

GİRİŞ

Genetik yada konjenital orijinli, travma, enfeksiyon, tümör hikayesine bağlı olarak veya oklüzal değişiklikler sonucu mandibulanın ve çene ucunun transversal olarak deviasyonu sonucu kraniomandibular asimetri görülebilmektedir. Etyolojisinde anormal intrauterin gelişim, doğum travması, enfeksiyonlar özellikle de çocukluk döneminde geçirilen travmalar sonucu gelişebilen TME ankilozu kısmen veya tamamen çene fonksiyonlarının azalmasına neden olabilmektedir^{7,14}.

Fasiyal asimetri ve fibroankiloz vakalarında büyüme potansiyelinden yararlanılarak erken fonksiyonel uygulamalar ile bir dereceye kadar apozisyon

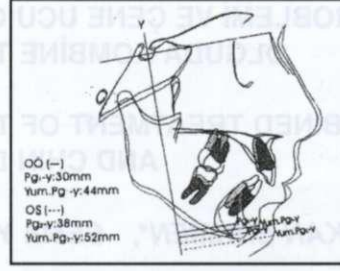
sağlanmakta ve cerrahi tedaviden kaçınılabilmektedir. Ancak büyüme ile prognoz kötüleşmekte ya da alt çene ileride konumlandırılmıyor ise deformitenin boyutlarında artış beklenildiğinden erken cerrahiye başvurulabilmektedir. Bu tür olgularda cerrahi tedavinin uygulama yaşı üzerinde tartışmalar sürmekte; henüz araştırmacılar arasında görüş birliğine varılmamış olmakla birlikte bu tür deformitelerde çene ucu operasyonlarının büyümenin tamamlanmasını takiben yapılması yönündeki öneriler yoğunluk kazanmaktadır¹². Erken dönemde cerrahi düşünülmesindeki en büyük neden iyi büyüme potansiyelini geliştirme imkanındır. Cerrahi erken dönemde uygulanırsa da uygulanmasa da ortodontik olarak büyümeye rehberlik edilmesi esastır.

Bu çalışmada çene ucu gelişim yetersizliği gösteren fibroankiloz tanısı konmuş 2 olguda kombine tedavi uygulamasının sonuçları sunulmaktadır

OLGU 1

Sol eklem bölgesinde şiddetli ağrı şikayeti ile GÜ Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine başvuran, kronolojik yaşı 19 yıl olan GG isimli kadın hastanın hikayesinde küçük yaşta çenelere yönelik travma hikayesinin olduğu, yapılan klinik ve radyolojik muayenelerde ise sol TME bölgesinde kemik yapıda düzensizlik saptanmıştır. Klinik muayenede maksimum ağız açıklığı 20 mm olup, lateral hareketlerde kısıtlılık gözlenmiştir. Hastaya antienflamatuar ilaçlar verilerek sıcak uygulama önerilmiş, eklem bölgesine gelen baskının ortadan kaldırılması amacıyla kapanışı 2 mm yükseltmeye yönelik hazırlanan akrilik oklüzal aperey üst çeneye uyumlandırılmıştır.

Oklüzal aperey uygulaması sonrası yapılan haf-talık kontrollerde hastanın şikayetlerinde azalma gözlenmiş, 3 ay sonra ağız açıklığının 25 mm, 6 ay sonunda ise 29 mm olduğu saptanmıştır. Akrilik oklüzal aperey uygulaması ile eklem aralığında sağlanan rahatlama sonrası alt çenenin 2 mm önde konumlandırılmasını sağlayan ve anterior hareketlerde rehberlik edecek olan metal overlay laboratuvar koşullarında metal döküm olarak elde edilmiş, hastaya kullanılarak oklüzyonun yeni konumunda devamlılığı sağlanmış ve böylece çiğneme sırasında ortaya çıkan olumsuz baskı ortadan kaldırılmıştır. Hastanın 8 ay sonraki kontrolünde çene ucundaki retrüzyondan kaynaklanan fasiyal asimetrinin giderilmesi için ilerletme genioplasti operasyonu yapılmasına karar verilmiştir. Genioplasti operasyonunu takiben yapılan 5 ay sonraki kontrollerde hastada herhangi bir estetik ve TME yönünden problemin bulunmadığı tespit edilmiştir. Operasyon öncesi ve sonrası alınan lateral sefalometrik radyografilerin total çakiştirmalarında yapılan ölçümlerde; çene ucunun 8 mm ileri alındığı, çene ucu yumuşak doku profilinin de buna uyum gösterdiği belirlenmiştir (Şekil 1a, b,c,d).



Şekil 1a. Birinci olgunun operasyon öncesi ve operasyondan 5 ay sonra S - Na düzlemi ve S noktasındaki total çakiştirme



Şekil 1b. Birinci olgunun operasyon öncesi ve operasyondan 5 ay sonra mandibular düzlem ve Gonion noktasındaki lokal çakiştirme



Şekil 1c. Birinci olgunun operasyon öncesi profil görünümü



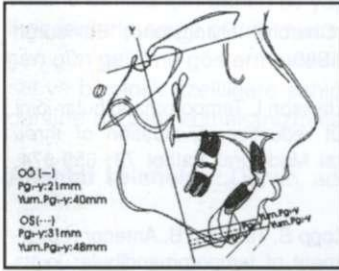
Şekil 1d. Birinci olgunun operasyon sonrası profil görünümü

OLGU 2

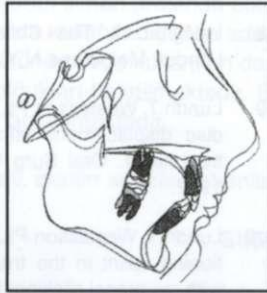
Sağ TME bölgesinde ağrı şikayeti ile GÜ Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kliniğine başvuran, kronolojik yaşı 18 yıl olan ZA isimli kadın hastanın anamnezinde küçük yaşta geçirilen düşme hikayesi bulgulanmıştır. Hastanın yapılan klinik ve radyolojik muayenesinde sağ TME bölgesinde fibroankiloz saptanmıştır. Maksimum ağız açıklığı 11 mm olarak tespit edilen hastada fizik tedavi, antienflamatuar ilaçlar ile kapanışın 2 mm açılmasını sağlayacak akrilik oklüzal apereyin uygulamasını izleyen 15.günde ağrı şikayetlerinin kaybolduğu, 1.5 ay sonunda ağız açıklığının 23 mm, 3 ay sonraki kontrolde 26 mm, 4 ay sonunda ise 27 mm olduğu belirlenmiştir. TME açısından 1.olguda olduğu gibi, yapılan akrilik aperey oklüzal metal overlay ile değiştirilerek oklüzal konumun devamlılığı sağlanmıştır.

Fibroankiloz nedeni ile çene ucu gelişimi yetersizliği ile birlikte fasiyal asimetri gözlenen bu hastada estetik gereksinimleri karşılamak amacıyla ilerletme genioplasti operasyonu yapılması planlanmış, operasyon sonrasında fasiyal asimetrinin düzeldiği belirlenmiştir.

Operasyon sonrası 3.ayda alınan lateral sefalometrik radyografilerde yapılan total ve lokal çakıştırılmalarda çene ucunun 10 mm öne getirildiği profil değerlerinin normal değerlere ulaştığı gözlenmiştir (Şekil 2 a, b, c, d).



Şekil 2 a. İkinci olgunun operasyon öncesi ve operasyondan 3 ay sonra S - Na düzlemi ve S noktasındaki total çakıştırma



Şekil 2 b. İkinci olgunun operasyon öncesi ve operasyondan 3 ay sonra S - Na düzlemi ve S noktasındaki total çakıştırma



Şekil 2 c. İkinci olgunun operasyon öncesi profil görünümü



Şekil 2 d. İkinci olgunun operasyon sonrası profil görünümü

TARTIŞMA

TME ankilozu çok sık görülmemekle beraber önemli sonuçlara yol açan bir olgudur. Bu problem çocuklarda gelişme dönemlerinde ortaya çıktığı takdirde ciddi mandibular deformitelere neden olabilmektedir. Klasik olarak fibröz ve kemiksel olmak üzere

iki tip ankiloz vardır. Fibröz ankiloz; kondil başı, glenoid fossa ve muhtemelen de artiküler eminens arasındaki fibröz ataçmanlara bağlı olarak mandibular hareketlerde kısıtlanmaya neden olur¹².

Temporomandibuler eklem internal düzensizliklerinin konservatif tedavilerinde oküzal splintler, mandibulayı anteriorda konumlandırıcı splintler gibi intraoral apereyler kullanılmaktadır. Bu apereylerin kendi başlarına yada kombine kullanımlarında TME problemlerinin ortadan kalktığı yada hasta şikayetleri üzerinde hafifletici ve yüzgüldürücü sonuçlar oluşturduğu rapor edilmektedir^{1,3,6,11,13}. Bununla birlikte bazı araştırmacıların yapmış oldukları çalışmalarda, TME problemi olan bireylerde bu tür intraoral apereylerin kullanımı sonrasında elde edilen sonuçların herhangi bir tedavi almayan kontrol bireylerdeki sonuçlarla benzer hatta daha kötü olduğu belirtilmektedir^{9,15,16}. Çalışmamızda ise kullanılan oklüzal splintler ve mandibulayı önde konumlandırıcı apereyler sonucunda ağız açılımında artış ile ağrı şikayetlerinin önce azalması ve zamanla tamamen ortadan kaldırılması sağlanmıştır.

Lundh ve arkadaşlarının¹⁰ anterior konumlandırıcı ve oklüzal stabilizasyon splintlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında her iki tür apereyin de eklem bölgesi hassasiyetinde azalmaya sebep olduğu ancak anterior konumlandırıcı apereylerde klik eliminasyonunda ve kas hassasiyetinin giderilmesi açısından istatistiksel bir üstünlük saptandığını ifade etmektedirler. Çalışmamızda da oklüzal splintlerin ardından anterior konumlandırıcı nitelikteki overlay kullanımı ile eklem bölgesinde hassasiyet giderilerek başarılı bir sonuç elde edilmiştir.

Sunulan bu 2 olguda ilginç olan, ankiloz tanısı konmuş her iki hastadaki şikayetin küçük yaşta geçirilen travmaya bağlı etkilenen TME bölgesinde ağrı şikayeti ile birlikte ağız açmadaki kısıtlılık ve izole çene ucu gelişim yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan fasiyal görünümdür. Fibroankiloz tanısı konulan bu hastalara fizik ve medikal tedaviyi takiben uygulanan oklüzal overlay apereyi ile ekleme yönelik şikayetler giderilmiş ve kalıcı bir oklüzal ilişki sağlanmıştır.

Çene ucunun vertikal, antero-posterior ve transversal yöndeki hatalı konumlanması oklüzal ve iskeletsel anomalilerle birlikte veya izole olarak gözlenebilmektedir. Bu nedenle çene ucunun konumu sorunun kaynağının tespiti amacıyla detaylı analizlerle belirlenmelidir⁸.

Genioplasti operasyonları genellikle maksiller yada mandibular cerrahilerle birlikte uygulanmasına karşın bazı olgularda izole olarak da uygulanabilmekte ve yeterli sonuçlar oluşturabilmektedir. Özellikle olgumuzda olduğu gibi redüksiyon gerektirmeyen olgularda teknik çene ucu estetiğinin sağlanması ve alt dudak konumunun normal pozisyona getirilebilmesi için bir alternatiftir^{2,4,17}.

Yapılan lateral sefalometrik analizlerde her iki olgunun iskeletsel 2. sınıf yapı ve çene ucu kompleksinin normal konumundan geride olduğu saptanmış olup, bu nedenle hastadaki ana sorunlardan birini oluşturan TME 'e yönelik olarak yapılan konservatif uygulamalarla sonuç alınmasını takiben ikinci komponent olan çene ucunun geride konumlanmasından kaynaklanan fasiyal estetik sorun, söz konusu kompleksin ilerletme genioplasti (horizontal advancement genioplasty) operasyonu ile sağlanan ortalama 9 mm.lik ilerletmeye paralel olarak 8 mm oranında yumuşak doku cevabı sayesinde giderilmiş ve böylece majör düzeltme gereksinimi ortadan kaldırılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Benson BJ, Keith DA. Patient response to surgical and nonsurgical treatment for internal derangement of the temporomandibular Joints. J Oral Maxillofac Surg 43: 770-776, 1985.
2. Çelik M, Tuncer S, Büyükçayır I. Splitting advancement genioplasty : A new genioplasty technique. Ann Plast Surg 43: 148-153, 1999.

Yazışma adresi

Dt. Erkan ERKMEN

GÜ Dişhekimliği Fakültesi

Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D.

06510 Emek - Ankara

3. Chung SC, Kim HS. The effects of stabilization splints on the TMJ closed lock. J Craniomandib 11: 95 - 106, 1993.
4. Frederich KL, Caslivo JS. Genioplasty strategies for anterior facial vertical dysplasia. Int J Adult Orthodont Orthognath Surg 12: 35 - 41, 1997
5. Freese AS, Scheman P. Management of temporomandibular joint problems. The CV Mosby Company St Louis, 1962.
6. Kirk W, Calabrese DK . Clinical evaluation of physical therapy in the management of internal derangement of the temporomandibular Joint. J Oral Maxillofac Surg 47: 133-119, 1989.
7. Kruger GO. Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. The CV Mosby Company St.Louis, 1979.
8. Levignac J. The Chin. Churchill Livingstone, Edinburgh London Melbourne N.Y., 1990.
9. Lundh T, Westesson PL, Eriksson L. Temporomandibular joint disc displacement without reduction: Evaluation of three treatments. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 73: 659-674, 1992.
10. Lundh T, Westesson PL, Kopp S, Tillström B. Anterior repositioning splint in the treatment of temporomandibular joints with reciprocal clicking: Comparison with a flat occlusal splint and an untreated control group. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 60: 131-135, 1985.
11. Morgan D, House L, Hall W, Vamvas J. Disease of the Temporomandibular Apparatus. The CV Mosby Company St.Louis Toronto London, 1982.
12. Morgan DG, House LR, Hall WP, Vamvas SJ. Diseases of The emporomandibular Apparatus. The CV Mosby Company St Louis Toronto London, 1982.
13. Okeson JP. Long-term treatment of disc interference disorders of the temporomandibular joint with anterior repositioning occlusal splints. J Prosthet Dent 60: 611-618, 1988.
14. Profitt WR, White RP. Surgical Orthodontic Treatment. The CV Mosby Company St.Louis Toronto London , 1991.
15. Sato S, Sakamoto M, Kawamura H, Motegi K. Long term changes in clinical signs and symptoms and disc position and morphology in patients with nonreducing disc displacement in the temporomandibular joint. J Oral Maxillofac Surg 57:23-29, 1999.
16. Sato S, Takahashi K, Kawamura H. The natural course of nonreducing disc displacement of the temporomandibular joint: Change in condylar mobility and radiographic alterations at one year follow up. Int J Oral Maxillofac Surg 27: 173-179, 1998.
17. Stella JP, Davis ME. Osteoplasty and advancement genioplasty for widening of the chin. J Oral Maxillofac Surg 55:1493 - 1496, 1997.