

BİFİD MANDİBULER KONDİL: BİR OLGU SUNUMU

BİFİD MANDİBULAR CONDYLE: A CASE REPORT

Ömer S. SEZGİN¹, Saadettin KAYIPMAZ², Senem TUĞRA SARICAOĞLU³

ÖZET

Bu makalenin amacı klinik ve radyografik bulgularıyla bir bifid mandibuler kondil olgusunu sunmaktır. 70 yaşında erkek hasta protez vuruğuna bağlı ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ekstraoral muayenede hastanın sol zigomatik bölgesinde şişliği ve çene hareketlerinde deviasyonu farkedildi. Panoramik radyografide geniş sol kondil başı ve kondilin lüksasyonu izlendi. Cerrahi tedavi düşünülmedi.

Anahtar Kelimeler: Bifid Mandibuler kondil, temporomandibular eklem, panoramik radyografi

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present a case of bifid mandibular condyle with clinical and radiographic findings. 70-year-old male patient admitted to our clinic with a complaint of prosthesis induced pain. In extraoral examination a swelling on his left zygomatic area and deviation during mastication was noticed. On orthopantomografi a large left condyle and its luxated position was observed. The patient was not consider surgical treatment.

Key Words: Bifid Mandibular condyle, temporomandibular joint, panoramic radiography

¹ Yrd. Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

² Yrd. Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

³ Araş. Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Bifid mandibular kondil (BMK), diğer ismiyle çift başlı kondil, sebebi tam olarak bilinmeyen nadir görülen bir olgudur. Mandibular kondil başının dublikasyonu söz konusudur (1). Morfolojik olarak bu dublikasyon sagittal veya koronal düzlemlerde kondil başını ikiye ayıran bir girintiden tamamen ayrı iki kondil başı oluşumuna kadar farklı boyutlarda izlenebilir (2, 3). Trifid kondil oluşumuna rastlanabilir (1, 4) Bifid kondilin prevalansı tam olarak bilinmemektedir (5). Radyografik görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve özellikle ortopantomografi cihazlarının rutin kullanımının artmasıyla birlikte son yıllarda bildirilen vaka sayısında artma olmuştur (6).

Bu çalışmada bir olgu üzerinde BMK'nın klinik ve radyografik özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

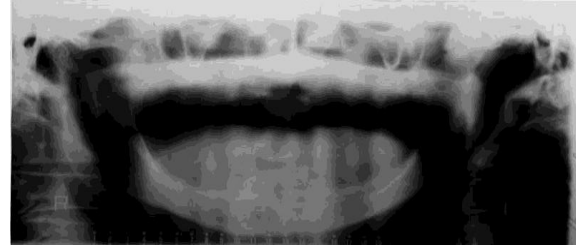
26/07/2007 tarihinde 70 yaşında erkek hasta KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı kliniğine alt çenesinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan intraoral muayenede hastanın total dişsiz olduğu ve protezine bağlı travmatik ülserin ağrıya sebep olduğu tespit edildi.

Ekstraoral muayenede sol TME bölgesinin yaklaşık 2 cm önündeki kemiksel çıkıntı ve mandibulanın sağa deplasmanı dikkat çekiciydi (Resim 1). Hastanın ağız açıklığı 2.5 cm ile sınırlanmıştı. Fonksiyonel hareketlerde ve palpasyonda TME bölgesinde herhangi bir ağrı şikayeti yoktu.



Resim 1: Hastanın ekstraoral görünümünde sol zigomatik bölgede çıkıntı ve orta hatta kayma olduğu görülmüştür.

Alınan panoramik grafide sol kondil başının normalden büyük olduğu ve artiküler eminensin önünde olduğu görüldü (Resim 2). Ayrıntılı inceleme için alınan eklem grafisinde hiperplazik kondilin artiküler eminensin önünde pozisyonlandığı izlendi (Resim 3). Reverse-Towne grafide sol kondilde medio-lateral yönde genişleme ve bifid kondil oluşumu saptandı (Resim 4a, b).



Resim 2: Panoramik radyografi üzerinde sol kondilin artiküler eminensin önünde yer aldığı pozisyonuna ve artmış boyutlarına ait görünümü.



Resim 3: Panoramik cihazıyla alınan ağız açık/kapalı (sol/sağ) eklem grafisinde lüksasyon ve ağız kapalı pozisyondaki açılarda çift kondil başı izleniyor.



Resim 4a: Reverse Towne grafide sol kondil başının boyutlarındaki değişiklik görülüyor.



Resim 4b: Reverse Towne grafide artmış kondil boyutları ve kondil başını ikiye ayıran girinti izleniyor.

TARTIŞMA

BMK ilk defa 1941 yılında Hrdlicka tarafından kadavralar üzerinde yaptığı çalışmasında tanımlanmıştır. Canlı insanda ilk BMK 1948 yılında Sicher tarafından bildirilmiştir (6, 7).

BMK görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir (11). Szenpetery, Kocsis ve Marcsik. 1882 kadavra kafatası üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu oranı %0.48 olarak hesaplamıştır (11). Unilateral veya bilateral olarak izlenebilir. Bilateral vakaların görülme sıklığı daha azdır. Yaş ve cinsiyet tutulumu yoktur (1, 2).

Etiyolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir (3, 4). Travma, enfeksiyon, genetik ve endokrin bozukluklar, yetersiz beslenme, teratojenik ajanlar, irradiasyon gibi faktörlerin BMK oluşumunda rol alabileceği literatürde belirtilmektedir (1, 4, 9, 12). Kondil başlarının oryantasyonuna bakılarak etiyolojik faktör

belirlenmeye çalışılmış, antero-posterior yönde oluşan bifidizmler travmayla medio-lateral yöndekiler ise diğer gelişimsel bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (10). Literatürde bu düşünce modeliyle uyumlu olmayan olgular da mevcuttur (13). Hastamızda sol kondil mediolateral yönde bifidizm göstermekteydi. Alınan anamnezde travma hikayesi olmamasına rağmen, sol kondildeki lüksasyon ve hastanın yaşlı olması çocukluk çağlarında geçirilmiş, hatırlanmayan muhtemel bir travmayı akla getirmektedir.

BMK vakalarının çoğu asemptomatiktir. En sık rastlanan semptom TME sesleridir. Ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık, trismus, ankiloz ve asimetri görülebilir (1, 5, 8). Hastamızda ağız açıklığında azalma ve alt çenenin sağa kaymasına bağlı olarak asimetri söz konusuydu.

Asemptomatik BMK olguları tedavi gerektirmez (9). Semptomatik vakalarda eklem şikayetine bağlı olarak öncelikle konservatif tedavi yaklaşımları (fizyoterapi, analjezikler, kas gevşetici ajanlar, oklüzal split) tercih edilir (1). Ankiloz, ağız açıklığında azalma gibi durumlarda cerrahi yöntemler tercih edilebilir (8). Çift kondil oluşumu ve çene lüksasyonunun birlikte izlendiği bu vakada, hasta öyküsünde lüksasyonun yıllardır var olduğu ve ayrıca çiğnemede herhangi bir şikayet olmadığı öğrenilmiş, hastanın yaşı ve semptomların olmaması göz önüne alınarak ileri görüntüleme yöntemleri ve cerrahi müdahale düşünülmemiştir.

Sonuç olarak bifid mandibular kondil çoğu zaman asemptomatik bir patoloji olup, hastanın klinik durumu tedavi seçeneklerinin planlanmasında göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Antoniadis K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Paraskevopoulos K. Bilateral Bifid Mandibular Condyle. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004; 97: 535-8.
2. Hersek N, Özbek M, Taşar F, Akpınar E, Fırat M. Bifid Mandibular Condyle: A Case Report. Dental Traumatology, 2004; 20: 184-6.
3. de Moraes Ramos FM, de Vasconcelos Filho JO, Boscolo FN, de Almeida SM. Bifid mandibular condyle: a case report. Journal of Oral Science, 2006; 48 (1): 35-7.

4. Artvinli LB, Kansu Ö. Trifid mandibular condyle: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 2003; 95: 251-4.
5. Martin CG, Teran GT, fe Garcia Reija M, Santolino SS, Bustillo RS. Bifid Condyle: Case Report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2005; 10: 277-9.
6. Hrdlicka A. Lower jaw: double condyles. *Am J Phys Anthropol* 1941; 28: 75-89.
7. Sicher MBA. The temporomandibular joint: a consideration of its probable functional and dysfunctional sequelae and report: condyle-double head—in a living person. *Dent Items Interest*, 1948; 70: 1100.
8. Daniels JS, Iqbal A. Post-traumatic bifid condyle associated with temporomandibular joint ankylosis: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2005; 99: 682-8.
9. de Sales MAO, do Amaral JI, de Amorim RFB, de Almeida Freitas R. Bifid Mandibular Condyle: Case Report and Etiological Considerations. *J Can Dent Assoc* 2004; 70 (3): 158-62.
10. Shriki J, Lev R, Wong BF, Sundine MJ, Hasso AN. Bifid Mandibular Condyle: CT and MRI Appearance in Two Patients: Case Report and Review of the Literature. *Am J Neuroradiol*, 2005; 26: 1865-8.
11. Szentpetery A, Kocsis G, Marcsik A. The problem of the bifid mandibular condyle. *J Oral Maxillofac Surg*, 1990; 48: 1254-7.
12. Tunçbilek G, Çavdar G, Mavili ME. Bifid Mandibular Condyle: A Rare Disorder. *J Caraniofac Surg*, 2006; 17: 6.
13. Cowan DF, Ferguson MM. Bifid mandibular condyle. *Dentomaxillofac Radiol*, 1997; 26 (1): 70-3.

Yazışma Adresi:**Yrd. Doç. Dr. Saadettin KAYIPMAZ**

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

61080 Trabzon

Tel: 0 462 3774719

Fax: 0 462 3253017

kayipmaz@ktu.edu.tr