

TEMPOROMANDİBULER EKLEMDE REDÜKSİYONSUZ ANTERİOR DİSK DEPLASMANININ CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

SURGICAL TREATMENT OF DISC DISPLACEMENT WITHOUT REDUCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT: A CASE REPORT

*Serhat YALÇIN¹, Yusuf EMES¹, Melike ORDULU¹,
İrem AKTAŞ¹, Uğur MERİÇ¹, Temel ÖZTÜRK²*

ÖZET

Redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı, temporomandibuler eklemde hareketlerinde kısıtlılık ve ağrıya neden olabilen bir durumdur. Bu hastalığın tedavisinde, bilgilendirme, motivasyon, fizik tedavi, farmakolojik tedavi ve oklüzal tedavi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu konservatif yöntemlerin yetersiz olduğu durumlarda düzensizliğin cerrahi olarak tedavisi gerekebilmektedir. Bu olgu sunumunda, konservatif tedaviye cevap vermeyen, temporomandibuler eklemde redüksiyonsuz disk deplasmanı olan hastanın, açık temporomandibuler eklem cerrahisi ile tedavisi anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Temporomandibuler eklem, redüksiyonsuz anterior disk deplasmanı, açık temporomandibuler eklem cerrahisi

ABSTRACT

Disc displacement without reduction of the temporomandibular joint, is treated by various methods including reassurance, physiotherapy, pharmacological treatment and occlusal treatment. However, when these methods fail, surgical treatment of this disorder might be necessary. In this case report, open surgical treatment of a patient with disc displacement without reduction, is presented.

Key Words: Temporomandibular joint, disc displacement without reduction, open surgical treatment

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

² SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Bölümü

Giriş:

Kapalı kilit (closed lock) olarak da bilinen redüksiyonsuz disk deplasmanı, çiğneme fonksiyonunu olumsuz yönde etkileyen ağrılı bir durumdur (1). Çoğu zaman hastanın eklemde sürekli ilerleme gösteren tıklama şikayeti, kısa sürelerle beliren ağız açma güçlüğü ile kendini gösterir ve nihayetinde temporomandibuler eklemde kilitlenmeye yol açabilir (2). Temporomandibuler eklem disfonksiyonu gösteren hastalarda, başlangıç tedavisi konservatif olmalıdır. Kullanılan konservatif metodlar içinde, bilgilendirme, motivasyon, fizik tedavi, farmakolojik tedavi ve oklüzal splint tedavisi bulunmaktadır (3). Ancak bu konservatif yöntemler ile sonuç alınmadığı durumlar olabilmekte ve konservatif tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu durumlarda, cerrahi yöntemlerin kullanılması gerekmektedir (4). Bu olgu sunumunda, temporomandibuler eklemde uzun süreli ağrı ve ağız açmada güçlük şikayeti ile kliniğimize başvuran ve konservatif tedaviye cevap vermeyen bir olgunun cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

Olgu:

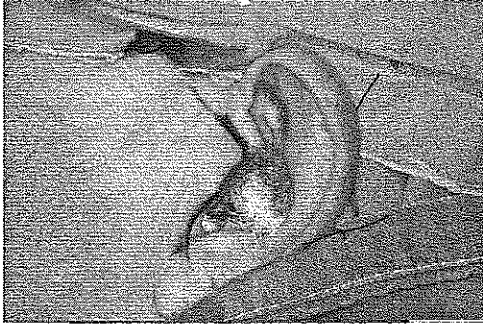
53 yaşındaki bayan hasta, 4 yıldır mevcut bulunan ağız açmada güçlük, eklem bölgesinde ağrı açma sırasında ve fonksiyon esnasında ağrı şikayetleri ile İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğine başvurmuştur. Hastanın anamnezinde, 5 yıl önce yaptırdığı alt üst tam protezi kullanmaya başladıktan 1 sene sonra ağzını açmada güçlük çekmeye başladığı öğrenilmiştir. Yapılan klinik muayenede, hastanın maksimum aktif ağız açıklığının 16 mm, pasif zorlamalı açılmanın ise 20 mm olduğu saptanmıştır. Hastanın mandibula hareketlerinde güçlük çektiği, protrüsv ve lateral hareketleri yapamadığı, ayrıca tam ağız açma sırasında sol tarafa deviasyonu olduğu gözlenmiştir.

Yapılan radyografik muayenelerde, panoramik röntgende herhangi bir patolojik bulgu saptanmazken, MR tetkikinde, sol temporomandibuler eklemde redüksiyonsuz

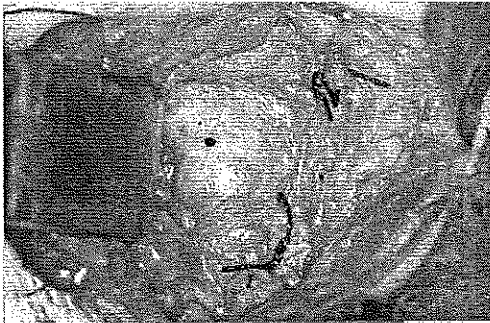
anterior disk deplasmanı olduğu tespit edilmiştir. Protezinin dikey boyutunun düşük olduğu saptanarak alt tam protezinin üzerine bir oklüzal splint yapılarak dikey boyutu düzenlenen hastada, lokal anestezi altında kondili elle manipüle edilerek sol eklem diskinin repozisyonuna çalışılmıştır. Buna ilaveten hastaya artrosentez ve sodyum hyalüronat enjeksiyonu uygulanmıştır. Bu yöntemlerle, 6 ay boyunca takip edilen hastanın ağrı ve çene hareketlerindeki kısıtlılık şikayetlerinde bir düzelme görülmemesi sonucu, eklem cerrahi olarak tedavisine karar verilmiştir.

Hasta genel anestezi altında opere edilmiştir. Endaural insizyon (Al Kayat ve Bramley modifikasyonlu) yapılmış, (Resim 1) cilt ve cilt altı dokuları, Nervus facialis'e zarar vermemeye dikkat edilerek disseke edilerek eklem kapsülüne ulaşılmıştır (Resim 2). Eklem kapsülü, diskin korunması amacıyla 45°'lik bir eğimle kesilerek eklem boşluğuna girilmiştir (Resim 3). Anteriorda deplase olmuş bulunan diskin repozisyonunu takiben elmas rond frez ile eminektomi uygulanmıştır (Resim 4). Bu safhada, el ile mandibula hareket ettirilerek eklem mobilitesine bakılmış, sol TME nin başlangıca göre daha rahat hareket ettiği saptanmıştır. Cilt altı dokuları, hemostazın sağlanmasını takiben 4/0 katgüt ile yerine dikilmiş ve ardından cilt ensizyonu 5/0 prolen sütürlerle kapatılmıştır. Hastaya operasyon sonrasında antibiyotik ve analjezik- anti enflamatuar ilaçlar verilmiştir. Hastanın post-operatif döneminde herhangi bir komplikasyon görülmemiş, nervus facialis'i ilgilendiren sinir hasarı saptanmamıştır. Hastaya, 1. hafta sonunda ağız açma egzersizleri verilmiştir. Hastanın 1. hafta sonunda, daha önce yapamadığı lateral ve protrüsv hareketleri yapabildiği ve ağrı şikayetinin geçtiği gözlenmiştir. Hasta post op fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine yönlendirilmiş ve burada tedavi görmeye başlamıştır (Resim 3). Üç hafta sonra ağız açıklığının 30 mm'ye çıktığı görülmüştür.

Tedavi öncesine göre ağız açıklığı ve mandibula hareketliliği artmış olan hasta halen takibimiz altındadır (Resim 5).



Resim 1: İnsizyon hattı



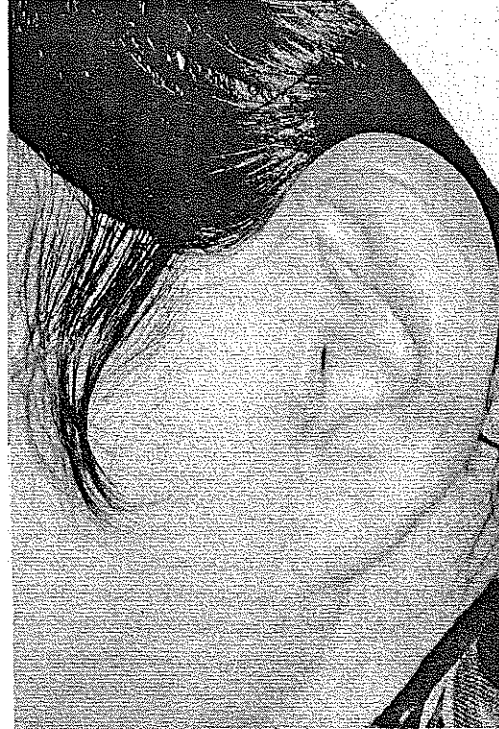
Resim 2: Eklem kapsülü



Resim 3: Eminektomi öncesi eklem boşluğunun görünümü



Resim 4: Eminektomi sonrası eklem boşluğunun görünümü



Resim 5: Operasyon sonrası 5. haftada operasyon bölgesinin görünümü

Tartışma:

Disk deplasmanları, kondil- disk kompleksinin yapısal bütünlüğündeki değişimlerden kaynaklanmaktadır. Cerrahi girişimin amacı, diski kondil başı ile uyumlu olan normal konumuna getirmektir. Ancak çok agresif bir yöntem olması nedeniyle, açık cerrahi yöntemler ancak konservatif yöntemler başarısız olduğunda kullanılmalıdır(5). Bu olguda da cerrahi girişim kararı, tüm konservatif tedavi metodlarının başarısız olması üzerine verilmiştir.

Cerrahi girişimi gerektirebilecek bir redüksiyonsuz anterior disk deplasmanını engellemek için Friedman (2), sürekli TME hassasiyeti ve ağrısız eklem klicki veya hasta tarafından "kötüye gidiyor" şeklinde tanımlanan klick sesi nin bulunduğu durumlarda, ortodontik tedavi sırasında meydana gelen klick durumlarında dikkatli olunması ve tedbir alınmasını önermektedir. Ayrıca, şu anda daha iyi durumda olan geçmişte meydana gelmiş bir kilitleme

hikayesi bulunan hastalarda kilitlenmenin kronikleşmiş olma ihtimali bulunduğu unutulmamalıdır. Ne kadar kısa süreli ve hafif olursa olsun episodik kilitlenme bulunan hastalara dikkatle yaklaşılmalıdır. Bu dönemde hastanın hareketlerini kısıtlaması ve ısırma plakları yeterli olabilmektedirler (2).

Redüksiyonsuz disk deplasmanının meydana geldiği olgularda, öncelikle elle repozisyon ve stabilizasyon splintleri kullanılarak konservatif olarak düzensizliğin giderilmesine çalışılmalıdır. Ancak bu yöntemlerle sonuç alınmadığı durumlarda daha invaziv yöntemlerin kullanımı gerekebilmektedir (6).

İnvaziv yöntemlerin kullanımının gerektiği olgularda, ilk olarak düşünülmesi gereken metod, daha az agresif olan artrosentezdır (7). Lavajın algojenik maddeleri ve ağrıya neden olan yıkım ürünlerini uzaklaştırdığı düşünülmektedir ve artrosentez, mevcut bulunan en az invaziv cerrahi yöntemdir (5). Ayrıca diğer konservatif metodlarla beraber kullanımının olumlu sonuçlar verdiği de bildirilmiştir (7).

Diğer yöntemler başarısız olduğu durumlarda açık cerrahi girişimler uygulanmaktadır. Eklem içi düzensizliklerin cerrahi tedavisinde, meniskoplasti, meniskektomi, eminektomi veya kondilotomi gibi yöntemler kullanılabilir (8). Stassen ve arkadaşları (9), redüksiyonsuz anterior disk deplasmanının sadece eminektomi yapılarak, eklem mekanizmalarına fazla müdahalede bulunmadan tedavi edilebileceğini öne sürmüşlerdir. Bu olguda da tarafımızdan eminektomi uygulanmış ancak operasyon sırasında, eklem diskinde bir dejenerasyon görülmediği için diskektomi yapılmasına gerek duyulmamıştır.

Temporomandibuler ekleme yapılan cerrahi müdahalelerde, vasküler yaralanma, nörolojik hasar, periferik sinir hasarı, enfeksiyon ve parotis in travmatize edilmesi gibi intraoperatif komplikasyonlar, veya maloklüzyon, ankiloz, (varsa) implantların başarısızlığa uğraması ve birden fazla operasyon geçiren hastalarda kalıcı ağrı olması gibi uzun dönem komplikasyonlar da görülebilmektedir (10). Bizim olgumuzda bu komplikasyonların hiçbiri görülmemiştir.

KAYNAKLAR:

1. Wilkes CH. Internal derangements of the temporomandibular joint: pathological variations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1989; 115: 469-477.
2. Friedman MH. Closed lock: A survey of 400 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1993; 75: 422-427.
3. Okeson JP. Rationale for non-surgical temporomandibular joint management. In: Stegenga B, de Bont LGM, eds. Management of temporomandibular joint degenerative disease: biological basis and treatment outcome. Berlin: Birkhauser Verlag, 1996.
4. Goss AN. Towards an international consensus on temporo-mandibular joint surgery. Report of the Second International Consensus Meeting, April 1992, Argentina. Int J Oral Maxillofac Surg, 1993; 22: 78-81.
5. Nitzan DW, Dolwick MF, Martinez GA: Temporomandibular joint arthrocentesis. a simplified treatment for severe, limited mouth opening. J Oral Maxillofacial Surg, 1991; 49: 1163.
6. Okeson JP. Treatment of temporomandibular disorders. In Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis, Mosby-Year Book, 1993: 403-448.
7. Murakami K, Hosaka K, Moriya Y: Short-term treatment outcome study for the management of temporomandibular joint closed lock. A comparison of arthrocentesis to nonsurgical therapy and arthroscopic lysis and lavage. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod, 1995; 80: 253-257.
8. Quinn PD. Color Atlas of Temporomandibular Joint Surgery. St Louis, Mosby, 1998: 55- 86.
9. Stassen LF, Currie WJ. A pilot study of the use of eminectomy in the treatment of closed lock. Br J Oral Maxillofac Surg, 1994; 32: 138-141.

10. Dolwick MF, Armstrong JW, Complications of TMJ Surgery. In: Complications in Oral and Maxillofacial Surgery. Kaban LB, Pogrel AM, Perrot DH. WB Saunders Company Philadelphia, 1993: 89-103.

Yazışma Adresi:

Dt. Yusuf Emes
İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş,
Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, ÇAPA/
İstanbul
e-mail: yusufemes@hotmail.com