

# Unilateral Kondiler Hiperplazi: KIBT Bulguları ile Olgu Sunumu

## Unilateral Condylar Hyperplasia: A Case Report with CBCT Findings

### ÖZ

Unilateral kondiler hiperplazi; mandibular kondilin neoplastik olmayan büyümesidir ve nadir görülür. UKH'nin belirgin özellikleri arasında genişlemiş mandibular kondil, uzamış kondil boynu, mandibula gövdesinin ve ramusun aşağı doğru büyümesi, orta hatta etkilenmeyen tarafa kayma ve unilateral posterior ters kapanış ya da unilateral posterior açık kapanış mevcuttur. Bu olgu sunumunda unilateral kondiler hiperplazi bulunan hastanın panoramik radyografi, eklem grafisi ve KIBT görüntüleri birlikte sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Fasiyal asimetri, kondiler hiperplazi, mandibular kondil.

### ABSTRACT

Unilateral condylar hyperplasia is a non-neoplastic growth of the mandibular condyle and is uncommon. UCH include enlargement of mandibular condyle, elongation of the condylar neck, mandibular body and ramus downward growth, shifting of the midpoint of the chin to the unaffected side and unilateral posterior cross bite or unilateral posterior open bite. In this case report, panoramic radiographs, joint graphs and CBCT images of the patient with unilateral condylar hyperplasia were presented.

**Key words:** Facial asymmetry, condylar hyperplasia, mandibular condyle.

Mesude ÇITIR

Ayşe Zeynep ZENGİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,  
Samsun, Türkiye



Geliş tarihi / Received: 05.09.2018

Kabul tarihi / Accepted: 17.12.2018

DOI: 10.21306/jids.2018.196

### GİRİŞ

Unilateral kondiler hiperplazi (UKH); mandibular kondilin neoplastik olmayan büyümesidir ve nadir görülür. Bu bozukluk genellikle fasiyal asimetri, deformite ve maloklüzyon ile sonuçlanır ve bazen ağrı ve disfonksiyona neden olabilir (1). UKH'nin belirgin özellikleri arasında genişlemiş mandibular kondil, uzamış kondil boynu, mandibula gövdesinin ve ramusun aşağı doğru büyümesi görülür (2). Genellikle 10-30 yaş arasında görülür (3). Kondiler hiperplazinin etiyolojisi genetik, travmatik, fonksiyonel, hormonal ve tümör kaynaklı olabilir (4,5). UKH'nin otozomal dominant ya da X-Y'ye bağlı geçiş gösterebileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (6,7). UKH'nin ayırıcı tanısında osteoma, kondroma, osteokondroma, sinoviyal kondromatozis, osteoid osteoma, fibroosteoma, miksuma, fibrosarkoma, kondrosarkoma, fibröz displazi, dev hücreli tümör, hemifasiyal mikrosomia, hemifasiyal hipertrofi, maksiller hipoplazi, unilateral makrognati, laterognati yer almaktadır (8-11).

### İletişim Adresi/Corresponding Adress:

Mesude ÇITIR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi,

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,

Samsun, Türkiye

E-posta/e-mail: mesude05@hotmail.com

**OLGU SUNUMU**

28 yaşında erkek hasta yüzünde asimetri şikayeti ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Kliniğine geldi. Sistemik olarak sağlıklı olan hastanın 8 yıl önce çenesinden travma aldığı öğrenildi. Travma sonrası asimetrinin giderek arttığını ve çene hareketleri sırasında ağrı ve kısıtlılık yaşadığını söyledi. Ekstraoral muayenede alt çene ucunun sola doğru deviye olduğu görüldü. İntraoral muayenede sağ posterior açık kapanış ve sol posterior çapraz kapanış izlendi (Şekil 1). Kırpılmış panoramik radyografide sağ kondil boynunda uzama ve kondil başının boyutlarında belirgin artış izlendi (Şekil 2). Eklem grafisinde sağ kondil boyutunda artış izlendi. Ayrıca ağız kapalı pozisyonda kondil başının artiküler eminensin anteriorunda olduğu ve açık pozisyonda ise



**Şekil 1:** İntraoral resimde çenenin sola deviyasyonu, sol posteriorda açık kapanış ve önde çapraz kapanış görülmektedir.

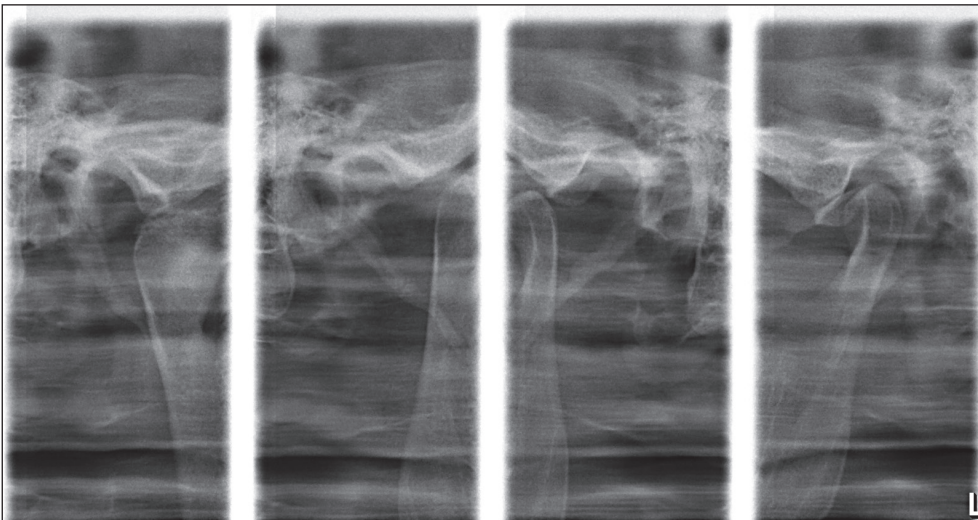
ileri luksasyon görüldü (Şekil 3). KIBT'de kondil başı aksiyal kesitte 21,48 mm, koronal kesitte 28,35 mm ve sagittal kesitte 23,48 mm olarak ölçüldü (Şekil 4). Ayrıca sağ kondilde subkondral kist, artiküler yüzeyde düzleşme ve eklem faresi görüldü (Şekil 5).

**TARTIŞMA**

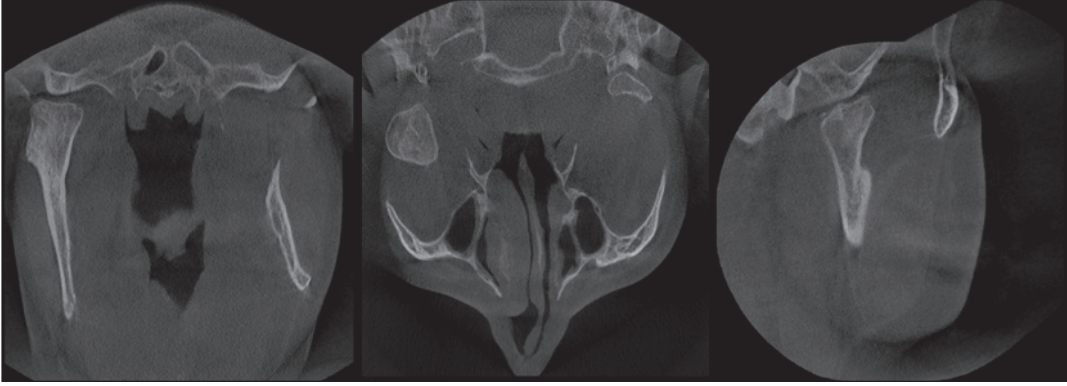
Unilateral kondiler hiperplazi; mandibular kondilin neoplastik olmayan büyümesidir ve nadir görülür. 10-30 yaş arasında ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Erkek ve kadınlar arasındaki hormonal farklılıkların bu duruma neden olabileceği bildirilmiştir (7). Hastamız literatür ile uyumlu olarak 28 yaşında ve erkek hastaydı.



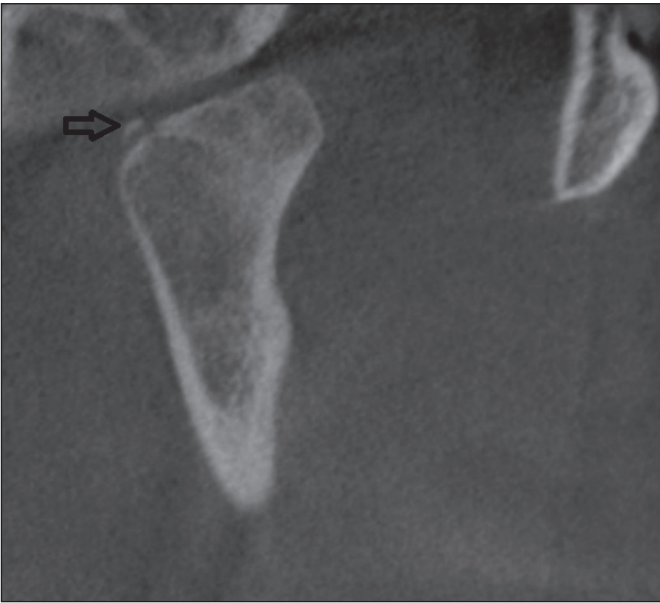
**Şekil 2:** Kırpılmış panoramik grafide sağ kondil boynunda uzama ve kondil başının boyutlarında belirgin artış izlendi.



**Şekil 3:** Eklem grafisinde sağ kondil boyutunda artış izlendi. Ayrıca ağız kapalı pozisyonda kondil başının artiküler eminensin anteriorunda olduğu ve açık pozisyonda ise ileri luksasyon görüldü.



**Şekil 4:** KIBT’de kondil başı aksiyal kesitte 21,48 mm, koronal kesitte 28,35 mm ve sagittal kesitte 23,48 mm olarak ölçüldü.



**Şekil 5:** KIBT sagittal kesitte sağ kondilde subkondral kist, artiküler yüzeyde düzleşme ve eklem faresi görüldü.

Kondiler hiperplazinin etiolojisi genetik, travmatik, fonksiyonel, hormonal ve tümör kaynaklı olabilir (4,5). Hastanın anamnezinde maksillofasial travma hikayesi mevcuttu. Kondildeki vaskülarite artışı, büyüme aktivitesinde artışa neden olabilir (12). Bu bozukluk genellikle fasiyal asimetri, deformite ve maloklüzyon ile sonuçlanır ve bazen ağrı ve disfonksiyon görülebilir (1). UKH’nin belirgin özellikleri arasında genişlemiş mandibular kondil, uzamış kondil boynu, mandibula gövdesinin ve ramusun aşağı doğru büyümesi, orta hatta etkilenmeyen tarafa kayma ve unilaterale posterior ters kapanış ya da unilaterale posterior açık kapanış mevcuttur (2,4). Obwegeser, kondiler hiperplaziyi hemimandibular hiperplazi, hemimandibular uzama ve ikisinin kombinasyonu olmak üzere üçe ayırmıştır. Hemimandibular hiperplazide; orta hatta okluzal değişiklik olmadan etkilenen tarafta posterior açık

kapanış ile ramusta vertikal büyümenin olduğu vertikal asimetri görülür. Hemimandibular uzama ise çene ucunun etkilenmemiş tarafa doğru yatay yönde yer değiştirmesi ile karakterizedir (4). Etkilenen eklemlerle ilgili bir ağrı yoktur, ancak Kondiler Hiperplaziye (KH) bağlı eklem sesleri ve ağız açılırken karşı tarafa deviasyon görülür (5). Hastamızda fasiyal asimetri, genişlemiş mandibular kondil, unilaterale posterior açık kapanış, orta hatta etkilenmeyen tarafa kayma ve çene hareketleri sırasında ağrı ve kısıtlılık mevcuttu.

Kemik büyümesinin generalize olup olmadığını belirlemek ve morfolojik karşılaştırma yapabilmek için Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve KIBT ile değerlendirme yapılır (13,14). Radyografik özellikler oldukça değişken olup bazı hastalarda, kondil başında düzensiz genişleme; diğerlerinde kondil boynunda uzama görülür. Hastaya ait KIBT kesitlerinde yapılan incelemede sağ kondilde subkondral kist, artiküler yüzeyde düzleşme ve eklem faresi görüldü.

Klinik ve radyolojik değerlendirme ile birlikte anamnez ve pozitif SPECT-tarama hastalığı tanımlamak için kullanılmaktadır. SPECT büyüme aktivitesini tespit etmek için hassas ve doğru bir yöntemdir. Bu yöntem, sol ve sağ kondiller arasındaki radyonüklid alım farklılıklarını ölçmek için kullanılır. Sol ve sağ kondiller arasında % 10 ya da daha fazla farklılık olduğunda radyonüklid alımının fazla olduğu tarafta aktif KH varlığı kabul edilir (15).

Kondiler hiperplazinin ayırıcı tanısında osteoma, kondroma, osteokondroma, sinoviyal kondromatozis, osteoid osteoma, fibroosteoma, mikroma, fibrosarkoma, kondrosarkoma, fibröz displazi, dev hücreli tümör, hemifasiyal mikrosomia, hemifasiyal hipertrofi, maksiller hipoplazi, unilaterale makrognati, laterognati yer almaktadır (8-11). Kondroma ve osteokondroma daha hızlı büyür ve daha yaygın asimmetrik kondiler genişlemeye neden olur. Hemifasiyal hipertrofi

yüzdeki tüm sert ve yumuşak dokular tek taraflı olarak genişler. Tek taraflı makrognatide kondille birlikte dişler de etkilenir (16-19). Laterognati radyolojik olarak hemen ayırt edilebilir çünkü bu durumda kondiller eşit büyüklüktedir.

UKH'de tedavi etkilenen yapılara, hastanın yaşına, asimetrinin şiddetine ve kondiler hiperplazinin aktif veya durağan fazda olmasına göre değişir (1,20). Tedavi seçenekleri; hiperplazik kondilin yüksek kondilektomisi, etkilenen kondilin kondilektomisi ve bimaxiller ortognatik cerrahi, rezidüel fasiyal deformitenin ortognatik cerrahisi veya ortodontik kompanzasyon olarak sayılabilir.

### KAYNAKLAR

- Nitzan DW, Katsnelson A, Bermanis I, Brin I, Casap N. The clinical characteristics of condylar hyperplasia: Experience with 61 patients. *J Oral and Maxillofacial Surgery* 2008; 66(2):312-318.
- McCarthy JG, Kawamoto H. *Condylar hyperplasia and unilateral mandibular macrognathia*. Philadelphia, PA Saunders; 1990; 1294-1300.
- Matteson SR, Proffit WR, Terry BC, Staab EV, Burkes EJ Jr. Bone scanning with 99mtechnetium phosphate to assess condylar hyperplasia. Report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60:356-367.
- Obwegeser HL, Makek MS. Hemimandibular hyperplasia-hemimandibular elongation. *J Maxillofac Surg* 1986;14(4):183-208.
- Villanueva-Alcojol L, Monje F, González-García R. Hyperplasia of the mandibular condyle: Clinical, histopathologic, and treatment considerations in a series of 36 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69(2):447-455.
- Yang J, Lignelli JL, Ruprecht A. Mirror image condylar hyperplasia in two siblings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;97:281-285.
- Raijmakers PG, Karssemakers LH, Tuinzing DB. Female predominance and effect of gender on unilateral condylar hyperplasia: A review and metaanalysis. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70:72-76.
- Simon GT, Kendrick RW, Whitlock RI. Osteochondroma of the mandibular condyle. Case report and its management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977;43:18-24.
- Papavasiliou A, Sawyer R, Lund V, Michaels L. Benign conditions of the temporomandibular joint: A diagnostic dilemma. *Br J Oral Surg* 1983;21(3):222-228.
- Cervelli V, Bottini DJ, Arpino A, Trimarco A, Cervelli G, Mugnaini F. Hypercondylia: Problems in diagnosis and therapeutic indications. *J Craniofac Surg* 2008;19:406-410.
- Wolford LM, Mehra P, Reiche-Fischel O, Morales-Ryan CA, García-Morales P. Efficacy of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:136-150.
- Oberg T, Fajers CM, Lysell G, Friberg U. Unilateral hyperplasia of the mandibular condylar process. A histological, microradiographic, and autoradiographic examination of one case. *Acta Odontol Scand* 1962;20:485-504.
- Mutoh Y, Ohashi Y, Uchiyama N, Teradak K, Hanada K, Sasaki F. Three dimensional analysis of condylar hyperplasia with computed tomography. *J Craniomaxillofac Surg* 1991; 19:49-55.
- Koenig LJ, Petrikowski CG, Tamimi D, Harnsberger HR, Lilly, Benson BW, Van Dis, Hatcher D, Perschbacher SE. *Diagnostic Imaging: Oral and Maxillofacial*. 2nd ed., Philadelphia, PA, Elsevier, 2017. 737-747.
- Olate S, Duque H, Rodriguez J, Alister J, Barbosa A, Moraes M. Mandible condylar hyperplasia: A review of diagnosis and treatment protocol. *Int J Clin Exp Med* 2013;6(9):727-737.
- Iannetti G, Cascone P, Belli E, Cordaro L. Condylar hyperplasia: Cephalometric study, treatment planning and surgical correction (our experience). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:673-681.
- Hayward JD, Walker RV, Poulton DG, Bell WH. Asymmetric mandibular excess in surgical correction of dentofacial deformities. Philadelphia, PA Saunders; 1980. 947-74.
- Row NH. Hemifacial hypertrophy. *Oral Surg* 1962;15:527.
- Lineaweaver W, Vargervik K, Tomer BS, Ousterhout DK. Posttraumatic condylar hyperplasia. *Ann Plast* 1989;22:163-172.
- López DF, Corral C. Hiperplasia condilar: Características, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2015;26(2):78-99.