

Çene Eklemi Rahatsızlıklarında Teşhis ve Tedavi Yöntemleri (*)

Doç. Dr. Esengün YENGİN (**)

Çene eklemi günde 1500—2000 defa hareket eden ve organizmanın en çok kullanılan eklemlerindedir. Bu nedenle gerek eklem yumuşak dokularında gerek kemiklerinde etkili olan patolojik olaylar ağrı, hareket kısıtlanması ve prepitasyon gibi bulgularla fonksiyon kaybına yol açmaktadır. Çene eklemi dışındaki bazı, patolojik olaylar bu eklem yayılan ağrılara yol açabilir. Bunlar arasında dental pulpitler, trigeminus siniri veya glossofarengeal sinirin irritasyonuna bağlı nevraljiler, parotis bezi iltihabı, migren, temporal artrit sayılabilir.

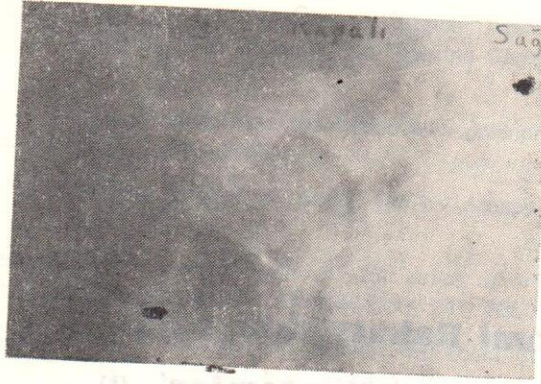
ÇENE EKLEMİNİN FONKSİYONU

Çene eklemi vücutta menteşe hareketi ile birlikte kayma hareketi yapan tek eklem tipidir. Bir taraftaki kondilin öne kayması, öbürünün dikey eksenini etrafında dönmesi çeneye yan hareketler yapma olanağını sağlar. Dişler sentrik kapanış durumunda iken artiküler mü-

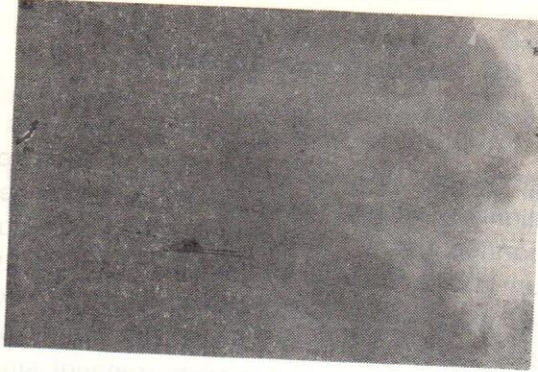
(*) İstanbul 4. Uluslararası Dişhekimliği Haftası, Türk Dişhekimliği 10. Milli Kongresinde (4—11 Ekim 1980—İstanbul) tebliğ edilmiştir.

(**) İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi, Çene—Yüz Cerrahisi ve Protezi Kürsüsü Öğretim Üyesi.

nasebet kondil başının ön yüzeyi ile artiküler tüberkülün arka yüzeyi arasındadır (Şekil 1) Ağız açıldığı zaman kondil artiküler tüberkülün altında yer alır (Şekil 2).



Şekil 2 : Çene ekleminin kapalı pozisyonda radyografisi



Şekil 2 : Kene ekleminin açık pozisyonda radyografisi

Alt çenenin sağa-sola kaymadan düz bir hat üzerinde açılıp kapanması, her iki taraf kondilinin ileri ve geri hareketlerinde aynı mesafeyi eşit zamanda katetmesi ile mümkün olmaktadır. Eşit zamanda yapılmayan kondil hareketleri eşit olmayan kondil ilerlemesine sebep olurlar.

ÇENE EKLEMİNDE FONKSİYON BOZUKLUĞUNA SEBEP OLAN HASTALIKLAR

Akut Eklem Romatizması

Etyoloji henüz münakaşalı olan bu hastalığın A grubu β hemolitik streptokoklarla meydana geldiği zannedilmektedir.

Akut romatizma daha ziyade eklemlerde görülmekle birlikte bütün kollagen dokuyu ilgilendiren sistemik bir hastalıktır. Bazen eklemleri tutmadan kalpte ve diğer organlarda lokalize olabilir. Hastalık ekseriya 5-15 yaşları arasında başlar. Bir veya birkaç eklemden (daha çok diz ve ayak bileklerinde) şişlik, kızarıklık, sıcaklık ve ağrı gibi belirtiler vardır. Hastada yüksek ateş, bol terleme, anemi, halsizlik ve taşikardi gibi sistemik belirtilere rastlanır.

Artritler

Artritis kelimesi anlam bakımından eklemde iltihabı bir durumu belirtmekle birlikte Anglo-Sakson literatüründe iltihabı olmayan eklem hastalıklarına da aynı isim verilmektedir. Bunlar romatoid artrit, osteoartrit, enfeksiyöz artrit ve travmatik artrit olmak üzere dört gruba ayrılırlar.

Romatoid artrit : Etyolojisi kesinlikle bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Streptokok enfeksiyonuna bağlayanlar vardır. Her yaşta görülmekle birlikte daha çok 40 yaşından küçüklerde yaygındır. Kadınlar, erkeklere nazaran 1/3 oranında daha fazla rastlanır.

Hastalık genellikle el parmakları ve dizlerde başlar. İlk belirtiler eklem çevresinde ağrı, hassasiyet, şişlik ve sertlikten ibarettir. Eklem başluğunda sıvı toplanmasına ve daha ileri dönemlerde eklem yüzeylerinde deformasyonlara sebep olur. Bazen TME'mi de etkisi altına alır. Bu takdirde eklem hareketlerini kısıtlayarak konuşma ve çiğneme gücünü meydana getirir. Çiğneme sırasında tıkırtı olabilir. Sistemik belirtileri halsizlik, iştahsızlık, subfebril ateş, taşikardi ve anemidir.

Osteoartrit : Genellikle 45 yaşından büyük kimselerde görülür. Fizyolojik yaşlanma ve mikrotravmalara bağlı olarak eklem yüzeylerinde aşınmalarla kendini gösterir. Kıkırdak yüzeyi intizamını kaybederek deforme olur. Bazen de eklem diski delinip parçalanabilir.

Eklemde "Bec" adı verilen ve papağan gagasına benzetilen kemik çıkıntıları oluşur. Bunların yumuşak dokuları zedelemesi ile eklemde ağrı meydana gelir.

Enfeksiyon Artrit : Genellikle kızıl, kızamık, frengi, tüberküloz, bel soğukluğu gibi sistemik hastalıklar dolayısı ile Çene eklemi stafilokok, streptokok gonokok, pnömokok gibi mikroorganizmalarla enfekte olabilir. Eklem kıkırdığı harab olur. Çocuklarda kondil gelişimini sağlayan kıkırdak bozulur.

Travmatik Artrit : Konumuzu yakından ilgilendiren travmatik art-ritler iç ve dış travmalarla meydana gelmektedirler. Ani çarpma, yum-ruk darbesi, zorlu diş çekimi gibi dış travmalar eklem kapsülünde eklem bağlarında ve kasiarda hasarlara yol açar. Bu dokular zaman-
la düzeldikleri halde çok defa eklem bağları gerilimlerini kaybettikle-
rinden subluksasyon ve dislokasyonlara rastlanır. Ağır vakalarda bu
tabloya ankiloz da eklenir.

Travma meydana getiren iç faktörler ise kapanış bozukluklarına sebep olan etkenlerdir. Çiğneme mekaniği bozulduğundan çok defa eklem ve çevresindeki dokularda rahatsızlıklar ortaya çıkar.

ÇENE EKLEMİNDE FONKSİYON BOZUKLUKLARINA SEBEP OLAN TRAVMATİK ETKENLER

Çene eklemi doğumla birlikte gelişmeye başlar. Bu gelişme ya-pacağı fonksiyona göre olur. (Wolf Kanunu) Dişlerin gelişimi, sürme-si gibi faktörler çenelerarası münasebeti meydana getirir. Genellikle kondil ile artiküler çukur arasında ahenkli bir durum vardır. Bellin-ger'e göre bu durumun bozulması eklem, maruz kaldığı mikrotrav-maların toplamı ile doğru orantılıdır (I).

Çene eklemine travma hasıl eden en önemli etken olarak ka-panış bozuklukları üzerinde durulmaktadır. Kapanış bozuklukları kalıtsal ve kazanılmış olarak iki grupta incelenebilir.

Kalıtsal Kapanış Bozuklukları :

Dengeli kapanışın en ideal şeklinin nasıl olması gerektiği halen münakaşa konusudur. Hiçbir diş eksik olmayan bazı kişilerde de diş tüberkülleri arasında uyumsuzluk bulunabilmektedir.

Kazanılmış Kapanış Bozuklukları :

Araştırmacılar kişilerde diş kaybının, diş çürüklerinin, tüberkül ça-tışmalarının ve fena yapılmış protetik restorasyonların kapanış bo-zukluklarına sebebiyet verdiği kanısındadırlar.

Diş Kaybı: Green (6) eklem sağlığının dişlerin sağlığı ile yakından ilgili olduğunu belirtir. Dişlerden herhangi birinin kaybı, kalan dişler arasında okluzal bozukluk hasıl eder. Dizideki bozulma sadece kay-bedilen dişin çevresinde olmayıp diş kavsindeki daha uzak bölgeleri de etkiler. (Thielemann'ın diagonal kanunu)

Bazı araştırcılar (4) (14) arka diş kayıplarının protezle giderilmemesi halinde çeneler arası dikey boyut azalmasına bağlı olarak eklem zararına uğrayacağını ileri sürerler.

Tüberkül Çatışmaları : Çekilmiş olan dişin yeri protezle telafi edilmediği takdirde çevredeki dişler bu boşluğa doğru kayarak okluzal dengeyi bozarlar.

Diş tüberkülünün erken değmesi, eklem fonksiyonunu bozar. Dengeleyici taraftaki erken tüberkül değmeleri eklem ve kaslar için en fazla travma hasil eden faktördür (şekil 3).

İyi yapılmamış protetik restorasyonlar: Dikey boyutun azalmasına veya artmasına sebep olan iyi yapılmamış restorasyonlar eklemi fonksiyon bozukluğuna götürürler (şekil 4). Yüksek bırakılan dolgu ve inleyler; çene hareketlerini engelleyen tüberküllere sahip olan köprü, bölümü ve tam protezler eklem dokularında gerilimlere sebep olurlar (şekil 5).

Ağızın Fazla Açılması :

Pringle (13) zorlu diş çekimi, esneme ve aksırma gibi durumlarda eklem diskinin diş pterigoid kas tarafından fazla öne çekildiğini ve diskin yerinden çıkarak kondil hareketlerini engellediğini ileri sürmektedir. Olsson (II) ise mandibulanın uzun süre passif bir kuvvetle açık kalması halinde eklem kapsülünün ve bağlarının esneklik sınırını aştığını ve bu nedenle dokularda irreversible reformasyonların meydana geldiğini belirtmektedir.

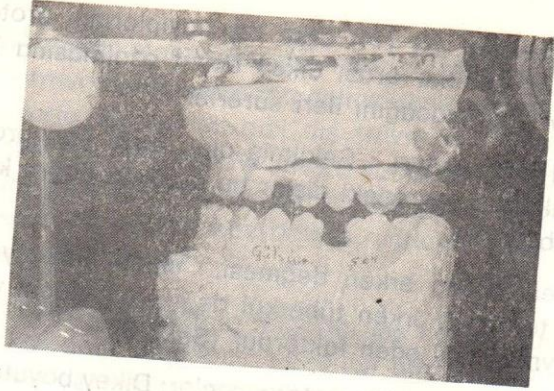
ÇENE EKLEMİNDE FONKSİYON BOZUKLUğU BELİRTİLERİ

Ağrı

Eklemdeki ve çevresindeki ağrıların etiyolojisi hakkında araştırcılar değişik fikirler ileri sürmektedirler.

Eklem Ağrısı : Ramfjord ve Ash (14) alt çenenin ön ve yan hareketleri sırasında eklem diskinin kondil ile artiküler tüberkül arasına sıkışarak eklemde ağrı hasil ettiği görüşündedirler. Carraro (2), diş pterigoid kasın hiperaktivitesinden dolayı eklemde ağrı olabileceğini belirtmektedir.

Bazı araştırcılar (7) (17) da eklemdeki lokalize ağrıları travma, enfeksiyon veya artritlere bağlamaktadır. Kruger (9) ve Schwartz (16)



Şekil 3 : Bir vakada tüberkül çatışması



Şekil 4 : İyi yapılmamış protezlere bir örnek



Şekil 5 : Yüksek hazırlanmış bir kron nedeni ile hastanın kapanışı bozulmuştur.



Sekil 6 : Çene eklemi grafisinin alınması

İse bazı vakalarda eklemde hiçbir rahatsızlık olmamasına rağmen, kas gerilimlerinin hasil ettiği yorgunluk sebebi ile eklemde ağrı hissi olduğu kanısındadırlar.

Kas Ağrıları : Çene eklemi ağrısı olan bazı kişilerde masseter, iç ve dış pterigoid, sternokleidomastoid, omuz ve boyun kaslarında hassas bölgeler bulunmaktadır. Travell (3) (14) daire biçimindeki bu hassas sahaları (Myofacial Trigger Zones) olarak tanımlamaktadır. Bu alanlardan kalkan uyarılır merkez sinir sistemini etkileyerek daha uzak bölgelerde ağrıya sebep olurlar. Araştırmacıya göre kas gerilimleri veya psikolojik gerilimler bu vuran ağrılarda hazırlayıcı faktör olarak rol oynamaktadır.

Kas Spazmı

Eklem ve çiğneme kasları birbirleriyle yakından ilgilidirler. İyi fonksiyon yapamıyan bir eklem refleks yoldan kaslarda spazm meydana getirebileceği gibi kas hiperaktivitesi de anormal eklem fonksiyonuna sebep olabilir (2). Vakaların çoğunda kapanış bozukluklarının kas aktivitesini arttırıcı faktör olarak rol oynadığına inanılmaktadır (16) (17).

Bazı araştırmacılar (7) (18) ise ruhi gerilimlerin kas tonusunu arttırdığı kanısındadırlar.

Eklem Tıkırtısı

Çene eklemi fonksiyon bozukluğu olan hastaların % 90 ında bulunan eklem tıkırtısı genellikle şu sebeplerden hasıl olmaktadır :

- 1 — Eklem diskinin ve artiküle eden eklem yüzeylerinin zarara uğramaları sebebiyle pürtüklü olmaları.
- 2 — Synovial sıvının azalması ile eklemin kayganlığını kaybetmesi.
- 3 — Dış pterigoid kasın üst ve alt demetleri arasındaki nöromusküler koordinasyon bozukluğu (14) (15).

ÇENE EKLEMİNDE FONKSİYON BOZUKLUKLARINA SEBEP OLAN HASTALIKLARIN TEŞHİSİ

Eklem hastalıklarının ayırıcı teşhisinde klinik muayenenin yanı sıra eklem radyografileri veya tomografi, çiğneme basıncı ölçmeleri, klinik ve serolojik testler ve EMG den yararlanmak mümkündür.

Klinik Muayene

Ağız dışı ve ağız içi olmak üzere iki safhalıdır.

Ağız dışı muayenede :

- a) Dış kulak yolundan ve deri üzerinden eklemle parmakla basınca tatbik edilerek ağrı mevcudiyeti,
- b) Boyun kasları ve masseter ile temporal kaslar pulpe edilerek hassas bölgelerin varlığı,
- c) Çene hareketlerinde kısıtlılık,
- d) Ağız açılıp kapanırken eklemde tıkırtı ve çenede deviasyon,
- e) Hastanın diğer eklemelerinde şiş, kırmızılık ve ağrı olup olmadığına bakılır.

Ağız içi muayenede :

- a) Dış ve iç pterigoid kaslarda ağrı,
- b) Kapanış bozukluklarına sebep olan erken tüberkül değmeleri; iyi yapılmamış dolgu ve protezler; eksik ve çürük dişler; fazla sürmüş, dönmüş, öne-arkaya doğru yatmış olan dişlerin varlığı,
- c) Çenenin hareketleri sırasında okluzal çatışmaların varlığı araştırılır.

Eklem Radyografileri veya Tomografi

Eklem şikâyeti olan bütün hastalardan her iki eklemin açık ve

açık pozisyonda radyografisi veya tomografisi alınmalıdır (Şekil 6) (Şekil 7). Bunlar bilhassa eklem çukuru, tüberkülü ve kondildeki de-
generatif değişmelerin teşhis edilmesinde yararlı olmaktadır (Şekil 7)
(Şekil 8).

Klinik ve Serolojik Testler

Bu testler genellikle romatoid artrit ve akut eklem romatizmalı hastaların teşhisinde yardımcı olmaktadır.

Kanın sedimentasyon Hızı: Romatoid artritli hastalarda orta de-
recede artar. Akut romatizmalılarda ise çok yüksek olarak bulunur.

Lökosit Sayısı : Romatoid artritli ve akut eklem romatizmalı hasta-
larda 10.000'in üzerinde bulunur.



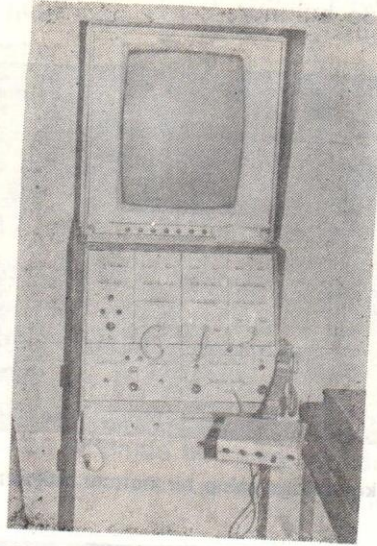
Şekil 7 : Düzgün eklem konturlara sahip bir normal vakanın grafisi.



Şekil 8 : Kondil hipertrofisi olan bir vakanın açık pozisyondaki radyografisi.



Şekil 9 : Aynı vakanın kapalı pozisyonadaki radyografisinde kondilin glenoid boşluğa yerleşmediği görülmekte. Yalancı eklem meydana gelmiştir.



Şekil 10 : Elektromiyograf

CRP (C-Reactive Protein): Protein yapısındaki bu madde organizmada meydana gelen çeşitli iltihap ve nekrozlar sonucunda kan serumuna geçer. Test, romatoid artrit ve akut eklem romatizmalı hastalarda pozitif (+) olarak bulunur.

Latex Fiksasyon Testi (Rheuma Factor): Romatoid artritli hastaların % 85-90'ından bu proteine rastlandığından (+) bulunması bu hastalık için spesifik bir test olarak kabul edilir.

ASO veya ASTO (Antistreptolizin O testi): Normal kimselerde en fazla 200 Todd ünitesi bulunan bu test akut streptokok enfeksiyonlarında ve bilhassa akut romatizmada çok yüksek rakamlara erişir.

Elektromiyografi (EMG)

Eklem disfonksiyonu olan kişilerde kapanış bozukluklarının kas aktivitesi üzerindeki etkisini araştırmak gayesi ile kasların normal ve patolojik elektriksel boşalımlarının bir aygıt aracılığı ile kaydedilmesi (Şekil 10) (Şekil 11) işlemidir.

Çiğneme Basıncı Ölçmeleri

Eklem rahatsızlığı olan kişilerde tedaviden önce ve sonra yapılan çiğneme basıncı ölçümleri tedavinin başarılı olup olmadığını belirlemede faydalı olmaktadır.

Eklem ahenkli fonksiyonuna kavuştuğu taktirde çiğneme basıncı değerleri öncekine nazaran birkaç misli artmaktadır (Şekil 12).

ÇENE EKLEMİ HASTALIKLARINDA TEDAVİ

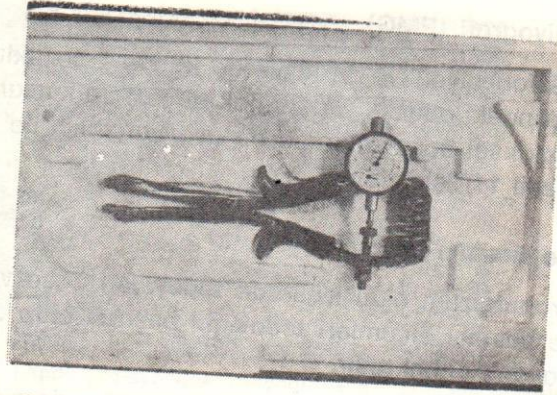
Traumatik Artritli Vakalarda

Konservatif Tedavi

Bu tedavinin gayesi, eklemin hareket eden kısımları ile eklemi hareket ettiren kısımlar arasında ahenkli bir durum sağlayarak anormal basınçları ortadan kaldırmaktır.



Şekil : 11 Bir vakada EMG



Şekil : 12 Çiğneme basıncı ölçme Aygıtı (Yengin)

İlk planda hastanın eklem ve çevre dokulardaki ağrının giderilmesi için bir müddet eklemi istirahate terketmekte fayda vardır. Hasta mümkün olduğu kadar çene hareketlerini kısıtlayarak yumuşak gıdalarla beslenmelidir.

Bazı araştırmacılar eklem üzerine ıslak sıcak tampon yapılmasını tavsiye ederler. Kas spazmını önlemek bakımından kas egzersizlerini tavsiye edenler de vardır.

Farmakolojik tedavi olarak analjezikler faydalı olmaktadır. Psikolojik gerilimi ortadan kaldırmak amacı ile sedatiflerden yararlanmak mümkündür. Kas gevşetici ilaçlarında spazmda olan adaleleri nisbeten rahatlattığı ileri sürülmektedir.

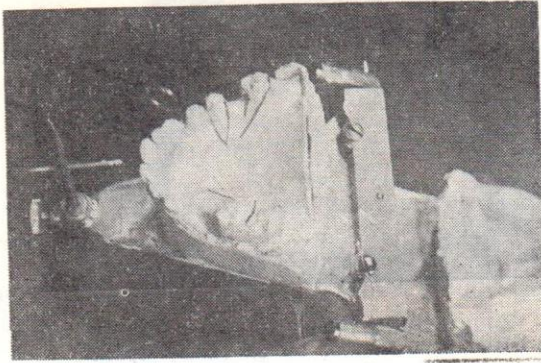
Eklem disfonksiyonu olan hastalarda konservatif tedavinin esasını kapanış bozukluklarının düzeltilmesi teşkil eder. Hastaya bir okluzal splint takılıp okluzyon düzeltildiğinde, şikâyetlerde bir azalma olursa, rahatsızlığın fena kapanışla ilgili olduğu anlaşılır.

Okluzal splintlerin gayesi çiğneme basıncını bütün dişler üzerine dengeli olarak dağıtmaktır. Aynı zamanda okluzal çatışmalar da giderildiğinden eklemde travma yapan kuvvetler ortadan kalkmaktadır. Okluzal çatışmalar nedeni ile nöromüsküler sistemi uyaran uyarılarda bertaraf edildiğinden kas spazmı azalacaktır. Splintler çift taraflı kas aktivitesini de dengeli duruma getirmektedir.

Hastadan aljinat ile alt-üst ölçü alındıktan sonra sert alçı ile modeller dökülür. Yumuşatılmış modelaj mumu hastanın dişleri arasında 1-1,5 mm aralık kalıncaya kadar ısırtılır. Mum sertleştikten sonra modeller muma intibak ettirilip bu şekilde artikülatöre bağlanır. Dikey boyutu tesbit eden çubuk sabitleştirildikten sonra aradaki mum çıkarılır.

Vakanın durumuna göre alt veya üst çeneye okluzal splint uygulanır. Splintlerin tutuculuğu için uygun görülen dişlere yuvarlak kroşe teli ile Jackson tipi veya butonlu kroşe bükülüp yerleştirilir (Şekil 13) Splintler kısa bir süre ağızda kalacağı için otopolimerizan akrilikle hazırlanabilir. Akriliğin dişlerin vestibül yüzlerine taşmaması ve andırkat sahalara giderek uygulamayı zorlaştırmaması yönünderi bu bölgeler plasterin ile takviye edilir (Şekil 14).

Eksik diş bölgelerini de plasterin ile beslemek lâzımdır. Model izole edildikten sonra hazırlanan soğuk akrilik siman spatülü ile model üzerine yayılır ve polimerizasyon tamamlanmadan artikülatörde çeşitli çene hareketleri taklit edilir. Böylece fonksiyon sırasında karşıt dişlerin izleri sertleşmekte olan akrilik üzerine kaydedilmiş olur (Şekil 15) (Şekil 16). Hasta ağızına splint uygulandıktan sonra bütün çene hareketlerinde eşit okluzal kolaylık sağlanıncaya kadar akrilik üzerinden aşındırma yapılır (Şekil 17) (Şekil 18).

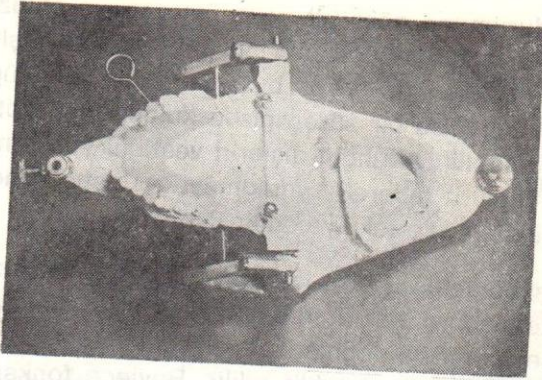


Şekil 13 : Okluzal splint için kroselerin hazırlanması.



Şekil 14 : Plasterin ile andırkat sahalarn beslenmesi.

ol splint uy
lere yuvacak
p yereştirir
kollemler
ne zaman
dal yönünden



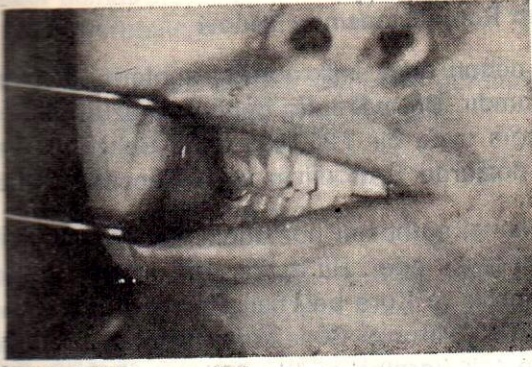
Şekil 15 : Kısmen dişli bir vakada alt okluzal splint uygulaması.



Şekil 16 : Tesviye işlemi tamamlanmış bir alt okluzal splint



Şekil 17 : Bir vakaya uygulanmış olan üst okluzal splint.



Şekil 18 : Başka bir vakaya uygulanmış olan alt okluzal splint

Splintler hasta ağızında en fazla 3 ay bırakılır. Hasta splintini sadece temizlemek için çıkarır. Genellikle 2-3 hafta içinde hastanın eklem rahatsızlıkları ortadan kalkmaktadır. Bundan sonraki sayfayı okluzal rehabilitasyon teşkil eder. Dişlerden aşındırma yapmadan önce hastanın çene modellerini sentrik kapanış durumunda artikülasyonla bağlayıp erken değme noktaları ve okluzal çatışmalar tespit edilmelidir.

Selektif molleme için biz kliniğimizde Ramfjord ve Ash (13) tekniğinden yararlanmaktayız.

Eksik dişlerin de protezle telâfisi zorunlu olduğu gibi çürük dişler de dolgu veya kronlarla sağlıklı duruma getirilmelidir.

Intracartiküler Enjeksiyon Tedavisi

Eklemde çok ağrılı olduğu ve okluzal rehabilitasyona başlanamadığı durumlarda yeterli konservatif tedavi yapıldığı halde ağrının devam ettiği durumlarda ve romatoid artritli vakalarda hyaluroniduz ve hidrokortizonlu maddelerin eklem içine enjekte edilmesi ile eklemde kısmen rahatlama meydana geldiği bazı araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (7) (9).

Fizik Tedavi

Romatoid artritli ve kısmen osteoartritli vakalarda mikrodalgı veya ultrason tedavileri oldukça faydalı olmaktadır. Nitekim Fizik Tedavi Kliniği ile birlikte yaptığımız bir araştırmada (18) böyle vakalarda fizik tedavinin % 60 oranında iyilik sağladığı belirlenmiştir.

Akut Eklem Romatizmasında Tedavi

Hastalığa neden olan mikroorganizmaların ilk planda ortadan kaldırılması lâzımdır. Bu maksatla genellikle uzun etkili antibiyotikler kullanılır. Örneğin ayda bir 1.200.000 ünite Benzatin Penisilin veya hergün küçük dozlarda Eritromisin veya Deposülfamitler verilir.

Tedavinin ikinci safhasını hastadaki romatizmal belirtilerin ortadan kaldırılması teşkil eder. Bu maksatla Kortizon ve Salisilat kullanılır. Ağır vakalarda ve Kore belirtisi gösterenlerde muhakkak surette yüksek dozda (30-40 mg) Codelcortone tedavisine başlanmalıdır. Bununla birlikte tok karnına günde 3-4 gr salisilat verilmelidir. Bu tedaviye hastalık belirtileri tamamen ortadan kalkıp laboratuvar belirtileri düzelinceye kadar devam edilir. Müteakiben doz küçültülerek kesilir. Hastada kronik tonsilit, diş çürüğü vs. gibi enfeksiyon odakları cerrahi yoldan tedavi edilir.

Romatizma küçük yaşlarda başlamış ise 15-20 yaşına kadar prevantif antibiyotik tedavisi uygulanması faydalı netice verir.

Sekel mevcutsa fizik tedavi tavsiye edilir (5).

Psikoterapi

Eklem şikâyetleri olan bazı kişilerde bütün tetkiklere rağmen bazen eklemde ve çevre dokularda organik bir bozukluğun varlığı tesbit edilememektedir. Bilhassa kalabalık şehirlerde yaşayanlarda ve ailevi durumları nedeni ile psikolojik bunalımlı kişilerde çene eklemi ve çevre dokularında ağrıya rastlamak mümkündür. Kruger (9) asabi yet halinin erken teşhis edilmesi ile tedavinin kolaylaşacağını söylemektedir. Nitekim bizim hiçbir konservatif tedavi uygulamadığımız bazı vakalarımızda psikolojik ve parapsikolojik tedavi ile eklem şikâyetlerini ortadan kaldırmak mümkün olmuştur.

Cerrahi Tedavi

Osteoartritli vakaların bazılarında diğer tedavi yöntemleri faydasız olduğu taktirde menisektomi veya kondilektomi yapılmasını tavsiye eden araştırmacılar (8) (12) vardır.

Bu bilgilerin ışığı altında görülüyor ki eklem şikâyetlerinin tedavisinden ziyade teşhisi büyük önem taşımaktadır.

Dişhekimi olarak bize müracaat eden hastaların eklem şikâyetlerinin kapanış bozukluğuna bağlı olarak meydana geldiğini düşünüp

derhal bir okluzal aşındırmaya geçmek hastaya yarar yerine geri dönülemez zarar verebilir.

Bu bakımdan önce hasta gerekli kliniklere gönderilerek tetkikleri yapılmalı ve teşhise göre tedavi uygulanmalıdır.

Ö Z E T -

Gene eklemının fonksiyon bozukluklarında romatoid artrit, osteoartrit ve travmatik artritlerin yanı sıra ruhi bunalımlar, akut eklem romatizması, neoplazmalar ve enfeksiyöz artrit gibi hastalıklar etkili olabilmektedir. Bu hastalıkların ayırıcı teşhisinde klinik muayenenin yanı sıra, TME radyografileri, çiğneme kaslarının elektromiyografik tetkiki ile klinik ve serolojik testler yapmakta fayda vardır.

Hastalarda genellikle TME tıkırtısı ve ağrısı, masseler ve dış pterigoid kaslarda ağrı, kısıtlı çene hareketi ve bazen de ağzın açılması sırasında çenede bir tarafa doğru kayma gibi belirtilere rastlanmaktadır.

Tüm diş dizisine sahip olan hastalarda kalıtsal olarak tüberkül çatışmasının; diğerlerinde eksik, çürük dişler veya iyi yapılmamış protetik restorasyonlar sonucu hasıl olan kazanılmış kapanış bozukluklarının biomekanik yönden eklemde travmaya sebep olup olmadığı ancak hastaya bir okluzal splint takılarak anlaşılır. Bu splintlerin gayesi tüberkül çatışmalarını önlemek ve bütün diş kavsinde okluzal dengeyi sağlamaktır. Uygulamayı takiben kasların yeniden maksimum kasılma yapması ve eklem ahenkli fonksiyonuna kavuşması sonucu çiğneme basıncının yükselerek normal değerlere ulaşması, eklem disfonksiyonlarına kapanış bozukluklarının sebebiyet verdiği delildir.

Normal eklem fonksiyonunun iadesi ve devamlılığı ise ancak gerekli aşındırmalar ve protetik restorasyonlarla sağlanabilir.

Ağrı, kısıtlanma ve krepitasyon gibi bulguların osteoartrit ve romatoid artrite bağlı olduğu vakalarda ise fizik tedavi iyi sonuç vermektedir.

S U M M A R Y

Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, traumatic arthritis, infectious arthritis, rheumatic fever, psychological disorders and rarely neoplastic diseases can cause temporomandibular joint dysfunction. To make a differential diagnosis among these diseases, a thorough clinical inspection of the patient is necessary. In most cases, TME radiographs or tomographs show if there is a pathological disorder in the bony structures of the joint due to osteoarthritis. Electromyographic examination can point out spasm or weakness in the contraction of the masticatory muscles. The clinical and serological test findings are of great help in the differential diagnosis of traumatic arthritis from rheumatoid arthritis and rheumatic fever.

In most cases, the symptoms of TMJ disorders are clicking and pain of the

joint, pain on palpation of masseter and external pterygoid muscles, limited jaw movement and deviation of the mandible on opening and closing.

Most of the patients seen with symptoms of TMJ dysfunction have rather obvious occlusal disharmonies due to occlusal interferences or due to loss of teeth and badly constructed fixed prosthesis or removable dentures. These occlusal disharmonies can biomechanically cause traumatic effects on the structures of the TMJ.

Treatment splint appliances may be used to relieve the traumatic effects of occlusal disharmonies on the TMJ and muscles of mastication. With these occlusal splints, muscles and the TMJ gain back their normal harmonious function and the chewing force increases to its normal values.

The normal function of the TMJ can be stabilized through occlusal equilibration. This can be attained by selective grinding and permanent prosthodontic reconstruction, consisting of either fixed or removable partial denture prosthesis.

Physical therapy has a beneficial effect in patients with TMJ disorders due to rheumatoid arthritis or osteoarthritis.

LİTERATÜR

- 1 — **Bellinger, D. H.** : Internal derangements of the TMJ, *J. Oral Surg.*, 10: 47, 1952.
- 2 — **Carraro, J. J., Albano, E.** : Analysis of patients with TMJ pain, *J. Prosth. Dent.*, 21: 639, 1969.
- 3 — **Freese, A. S., Scheman, P.** : Management of TMJ problems, The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1962.
- 4 — **Goodfriend, D. J.** : Abnormalities of the mandibular articulation *J.A.D.A.* 21: 204, 1934.
- 5 — **Görpe, A.** : İ. Ü. Tıp Fakültesi, Dahiliye Kliniği Profesörlü ile şahsi görüşme, İstanbul, 1980.
- 6 — **Green, E.** : Temporomandibular joint : Dental aspect, *Ann. Otol. Rhin. and Aaryng.*, 46: 150, 1937.
- 7 — **Grieder, A., Cinotti, W. R.** : Periodontal Prosthesis, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1968.
- 8 — **Klatell, J.** : The TMJ — A survey of disorders and treatment methods, *Mount Siani Hosp.*, 35: 228, 1968.
- 9 — **Kruger, G. O.** : Textbook of Oral Surgery, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1964.
- 10 — **Nel, H.** : Myofascial pain-dygfunction syndrome, *J. Prosth. Dent.* 40: 438-441, 1978.

- 11 — **Olsson, A.** : TMJ function and functional disturbances, *Dent. Clin. of North Amer.*, 13: 643, 1969.
- 12 — **Parker, D. B.** : Ankylosis of the TMJ, *J. Oral Surg.*, 6: 42, 1948.
- 13 — **Pringle, J. H.** : Displacement of the mandibular meniscus and its treatment, *British J. of Surg.*, 61: 385, 1919.
- 14 — **Ramfjord, S. P., Ash, M. M.** : Occlusion, *W. B. Saunders Company, Philadelphia*, 1966.
- 15 — **Rosencweig, D.; Martin, G.** : Selective tomography of the TMJ and the myofacial pain-dysfunction syndrome, *J. Prost. Dent.* 40 : 67-74, 1978.
- 16 — **Schwartz, L. L.** : A. TMJ pain-dysfunction syndrome, *J. Chronic Diseases*, 3: 284, 1956.
- 17 — **Shore, N. A.** : TMJ dysfunction-Symptoms and management, *J. Prost. Dent.* 18: 365, 1967.
- 18 — **Ware, W. H., Taylor, R. C.** : Management of TMJ disorders, *J. Dent. Clin. of North Amer.*, 15: 125, 1968.
- 19 — **Yengin, E.** : Kapanış Bozukluklarına Bağlı Temporomandibular Eklem Disfonksiyonlarının Protetik Tedavisi, Doktora Tezi, Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, 1973.
- 20 — **Yücel, K., Berker, E., Yengin, E.** : T. M. E. Lezyonları ve Tedavi Sonuçları, *Diş Hek. Fak. Dergisi*, 13: 219-224, 1979.