

Mandibulanın Yineleyen Çıkıklarının Tedavisi

Ramazan Kahveci*

ÖZET. Mandibula kondilinin fossa dışına çıkıp, kondilin eklemi oluşturan arka yüzeyinin artikuler çıkıntının önüne geçmesi mandibula çıkığı olarak tanımlanır. Bu çıkığın sıklaşması ve kolayca oluşması durumunda cerrahi dışı tedavi yöntemleri ile başarılı olmak zordur. Yineleyen çıkığın tedavisinde; kondilin yerine getirilmesi ve yeni çıkıkların oluşmasını önlemek amaçlanır. Dört hastada 5 çene eklemine yineleyen çıkığın tedavisi için, özel şekil verilmiş miniplağın içine temporal kemikten alınan kemik grefti konulmuş ve artikuler çıkıntının önüne minividalarla tesbit edilmiştir. İzlemler sonunda işlemin başarılı olduğu ve yeni çıkıkların oluşmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler .Temporomandibular eklem .Yineleyen çıkık .Kemik grefti .Miniplak vida.

Treatment of Recurrent Dislocation of the Mandible

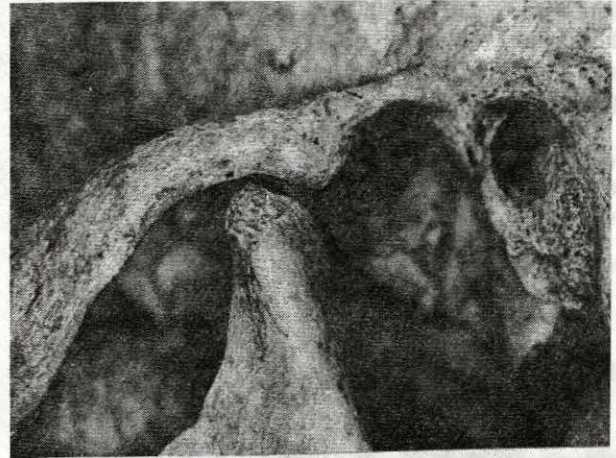
SUMMARY. Dislocation of the mandible occurs when the condyle moves out of the fossa and the posterior articulating surface of the condyle advances ahead of the articular eminence. If this dislocation occurs as a chronic or recurrent condition conservative treatment is not successful in a majority of the patients, surgical treatment remains the only option. Treatment of recurrent dislocation of the mandible has been varied and aimed to reposition the condyle and prevent further recurrences. We have used calvarial bone graft and miniplate with mini screws to treat 5 recurrent dislocation in 4 patients. The immediate and further postoperative results were successful and recurrence of dislocation was not observed.

Key Words .Temporomandibular joint .Recurrent dislocation .Bone graft .Miniplate and screws.

Çene eklemi temporal kemikteki mandibular girinti ve artiküler çıkıntı ile mandibulanın kondili arasında oluşmuş bir eklemdir. Bu eklem hareketli, sinovyal eklemler grubundandır. Çene ekleminde protraksiyon (mandibula başının öne kayması), retraksiyon (mandibula başının arkaya kayması), elevasyon (çenenin kapanması), depresyon (çenenin açılması) ve çenenin yanlara kayması hareketleri vardır.

Yapılan bir araştırmada; toplumun % 28'inde çene eklemi ile ilgili yakınmaların olduğu saptanmıştır¹. Ağrı, hassasiyet, eklemden ses gelmesi eklem hareketlerinin kısıtlılığı gibi yakınmalarla ortaya çıkan çene eklem hastalıklarının önemli bir kısmının çene eklemine yineleyen çıkıkları oluşturmaktadır. Mandibula kondilinin artiküler çıkıntının önüne kolayca geçmesi ile kendini gösteren bu hastalık; sistemik hastalıklarla birlikte olan aşırı hareketliliğe (hipermobilite), çenenin doğuştan olan ya da sonradan gelişen kapanma bozukluklarına, sinirsel ve ruhsal hastalıklara ikincil olarak gelişen bir tablodur (Şekil 1). Bu tablonun

sıklaşması halinde denenen cerrahi dışı tedavi yöntemlerinden genellikle olumlu sonuç alınmaz^{1,4-6}.



Şekil: 1
Çene eklemi çıkığı

* Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Çene eklemine yineleyen çıkıklarını önlemek amacıyla; kondilektomi, eminensiektomi, diskek-tomi, kapsüler ligamanın kısaltılması, pterigoid kasın kesilmesi, zigomatik arkta yaş ağaç kırığı oluşturulması, artiküler çıkıntının vida, plak, kemik ya da benzeri maddelerle yükseltilmesi gibi tedaviler uygulanmaktadır⁵⁻¹³.

Gereç ve Yöntem

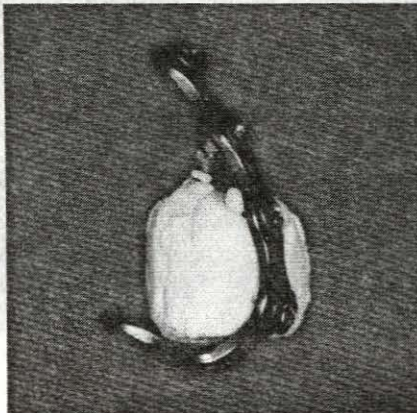
Kliniğimize başvuran hastalardan çene eklemine yineleyen çıkık tanısı alan ve cerrahi dışı tedavi yöntemleri denendiği halde olumlu sonuç alınamamış 4 olguya cerrahi tedavi kararı alınmıştır. Üç olgu bayan 1 olgu erkektir, olguların yaşları 21-34 arasında değişmektedir.

Olgular, yakınmalarının 6 ay ile 38 ay arasında değişen sürelerce devam ettiğini bildirmişlerdir. Fizik muayene sonrası olguların mandibula panoramik grafileri ağız açık-kapalı pozisyonlarda çekilmiş, plastik ve rekonstrüktif cerrahi konseyince "çene eklemine yineleyen çıkığı" tanısı konulmuştur.

Planlanan ameliyat hastalara bire bir görüşme ile ayrıntılı anlatılmış ve karşılaşılabilecek komplikasyonlar konusunda bilgi verilmiştir.

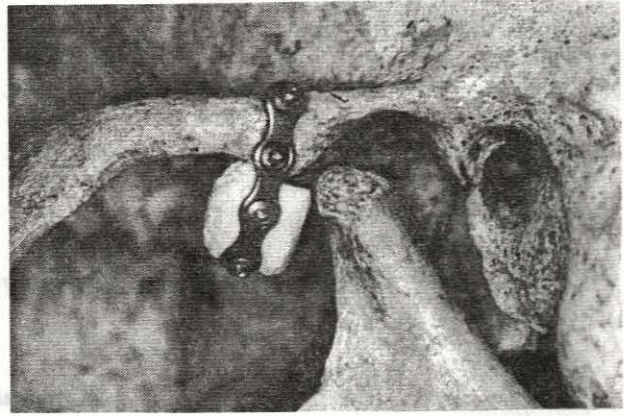
Genel anestezi altındaki 4 olgunun 5 çene eklemine kulak önü kesisi ile ulaşılmıştır. Girişim sırasında sinir stimülatörü kullanılmıştır. Çene eklemine kapsülü açılarak disk gözlenmiş, gerekli ise plikasyon, dikiş gibi yöntemlerle sabitlenmesi sağlanmış ve eklem kapsülü kapatılmıştır.

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerinin tümünde bulunan mini plak vida setindeki plaklardan birisine özel şekil verilmiş ve bu plağın içine temporal kemikten alınan 1x1x0.7 cm.lik kemik grefti mini plak ile sabitlenmiştir (Şekil 2). Artiküler çıkıntının periostu sıyrılarak, kemik grefti bu yüzey ile sıkı sıkıya temas edecek şekilde özel şekil verilmiş plak temporal kemiğe vidalanmıştır. Böylece mandibula kondilinin zorlamalı ağız açma hareketinde bile artiküler çıkıntının önüne geçmesi engellenmiştir (Şekil 3).



Şekil: 2

Kemik grefti ve mini plak-vidanın hazırlanışı

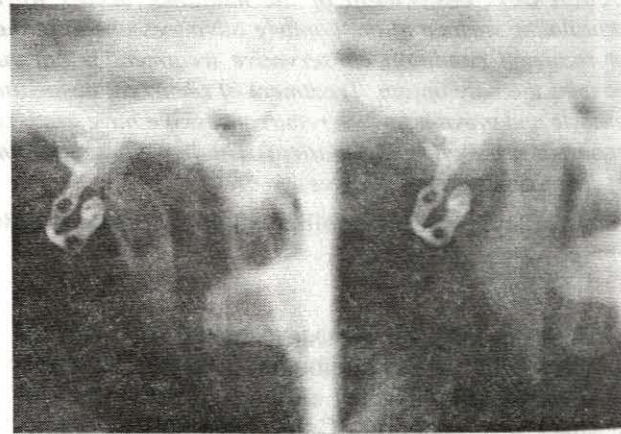


Şekil: 3

Çene çıkığının önlenmesi

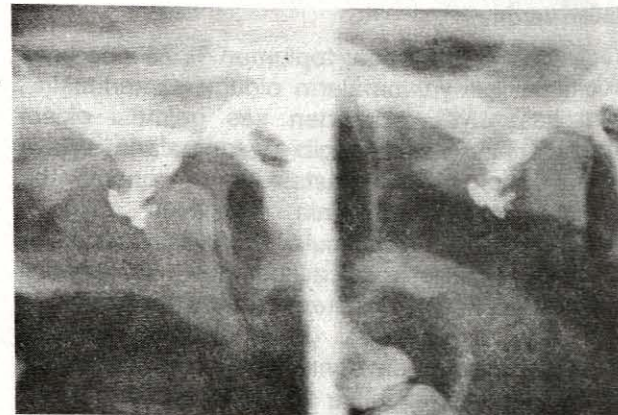
Bulgular

Olguların girişim sonrası izlem süresi 12-30 ay arasında değişmektedir. Ortalama izlem süresi 24.4 aydır. İki nolu olgu dışında ki olgularda herhangi bir problemle karşılaşmamıştır (Şekil 4-5).



Şekil: 4

Bir nolu olgunun ağız açık ve kapalı temporomandibular eklem grafisi



Şekil: 5

Üç nolu olgunun ağız açık ve kapalı temporomandibular eklem grafisi

Olguların girişim sonrası ağız açıklığı 28-40 mm arasında değişmektedir, ortalama ağız açıklığı 32.4 mm'dir.

İki no'lu olgu sağ çene eklemine yerleştirilen kemik grefti-plak vidanın çene hareketlerini kısıtlaması nedeniyle altı ay sonra diğer çene eklemi opere edilirken yeniden opere edilmiş ve temporal kemiğin artiküler çıkıntısına kaynamış olan kemik grefti yerinden ayrılarak daha ön tarafa yine mini plak vida ile tespit edilmiştir. Bu olgumuzda fasial sinirin frontal dalında oluşan paralizi ameliyattan iki ay sonra tedavi edilmeksizin iyileşmiştir.

Tartışma

Çene eklemine yineleyen çıkığı oldukça sık karşılaştığımız bir çene eklem hastalığıdır. Asıl tedavisi çıkığa neden olan etkenin ortadan kaldırılmasıdır (oklüzyon problemleri, ruhsal problemler v.b).

Çene eklem çıkığı sık sık yineliyor ise zamanla eklem etrafındaki yumuşak dokularda fibrozis ve kemik yapılarında dejenerasyon gelişir. Özellikle bu dönemde, cerrahi dışı tedavilerden genellikle olumlu sonuç alınmamaktadır. Yineleyen çıkığın tedavisi amacı ile; temporal kemiğin artiküler çıkıntısına, mandibula kondiline ya da yumuşak dokulara yönelik pek çok tedavi yöntemi denenmiştir⁵⁻¹⁴. Kapsulorafi ile birlikte pterigoid kasın yerinden ayrılması, menisektomi, eminektomi kapsüler ligamanın plikasyonu ve kısaltılması gibi yumuşak dokuya yönelik cerrahi girişimlerden olumlu sonuçlar alınabileceğini belirten yayınlar vardır⁵⁻¹⁴. Ancak bu girişimlerin sonuçlarının kalıcı olmayacağı, çıkığın bir süre sonra yenileyeceği veya önerilen yöntemlerin anatomik yapıya uygun olmadığı öne sürülmektedir²⁻⁴.

Kondilektomi; ankiloz ve mandibula boyu kısaltmasına bağlı yüzde asimetri gibi komplikasyonları nedeni ile genellikle çok tercih edilmemektedir. Zigomatik arkusta yaş ağaç kırığı oluşturulması da yüzde asimetri ve çene eklemde hareket kısıtlılığı ile sonuçlanabilen bir yöntemdir²⁻⁴.

Temporal kemiğin artiküler çıkıntısını arttırmak amacı ile özel yapılmış implantları kullanmak olasıdır. Ancak ülkemizde bu implantlar çok pahalıdır ve bulmak oldukça zordur.

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerinde bulunan mini plak setinden bir plak ile birkaç vida kullanılarak oldukça ucuza bir implant oluşturulabilir. Çene eklemine ulaşmak için açılan kesinin biraz uzatılması ile temporal kemikten kolayca alınabilen kemik grefti şekil verilmiş olan plak içine mini vidalarla tespit edilir. Elde edilen plak, kemik grefti bileşimi temporal kemiğe tespit edilerek, mandibula kondilinin artiküler çıkıntının önüne geçmesi engellenir. Kişinin kendisinden alınan kemik grefti ve inert kabul edilebilecek plak - vida kullanımı "rejection" olayının olmamasını

sağlamaktadır. Plagın şeklinin artiküler çıkıntıya tam uyacak şekilde ayarlanabilmesi ve kemik greftinin temporal kemik ile sıkı sıkıya temasının sağlanabilmesi tekniğin ek avantajlarıdır. Kemik greftinin yerinin değiştirilmesi gereken olguda daha önceden konulan kemik greftinin resorbe olmadığı ve kemik çıkıntıya kaydığı görülmüştür.

Plak-vidanın inert kabul edilebilecek bir maddeden bile yapılsa "yabancı cisim" olması, belirli bir maliyetinin olması ve tüm çene eklemi cerrahi işlemlerinde görülebilecek olan fasial sinir zedelenmesi tekniğin dezavantajlarıdır. Kemik greftinin yerinin yanlış belirlenmesi bir olguda karşılaşılan ve diğer çene eklemine girişim uygularken düzeltilen bir komplikasyondur ve deneyim kazandıkkça önlenabilir.

Sonuç

Cerrahi dışı tedavi yöntemleri ile tedavi edilememiş çene eklemine yineleyen çıkıklarının tedavisinde cerrahi kaçınılmazdır. Hastaya özel şekil verilebilecek olan mini plak vidanın kolayca ve oldukça ucuza temin edilebilmesi, çene eklemine ulaşmak için açılan kesiden çalışılarak kemik greftinin alınabilmesi, ağız açıklığının kısıtlanmaması ve oldukça uzun izlem süresine rağmen çıkığın yinelememesi gibi avantajları nedeniyle, yineleyen çene eklemi çıkıklarında kemik grefti+plak vida yönteminin uygulanabileceği ancak daha geç sonuçların klinik ve radyografik olarak izlenmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Doç. Dr. Ramazan KAHVECI
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD
Tel : (0.224) 442 92 22
e-mail: kahveci@uludag.edu.tr
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Greenberg S A, Jacobs J S, Bessette R W: Temporomandibular joint dysfunction: Evaluation and treatment. Clin Plast Surg. 16: 707-724, 1989.
2. Georgiade N G: Disturbances of the temporomandibular joint, in Converse J M (ed): Reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia: W B Saunders Company, 1977, 1521-1438.
3. Jacobs J S, Bessette R: Temporomandibular joint deformities, in Smith J W, Aston S J (eds): Grabb and Smith's Plastic Surgery. Boston: Little, Brown and Company, 1991, 247-270.
4. Zide B M: The temporomandibular joint, in McCarthy J G (ed): Plastic Surgery. W B Saunders Company, 1990, 1475-1513.
5. David L R, Marks M W, Argenta L C: Temporalis fascialis sling- a surgical technique for the treatment of recurrent dislocation of the temporomandibular joint. Eur J Plast Surg, 21: 411-414, 1998.
6. Georgiade D D S: The surgical correction of chronic luxation of the mandibular condyle. Plast Reconstr Surg, 36: 339-342, 1965.

7. Karaca C, Barutçu A, Atabey A, Özaksoy D, Menderes A: Treatment of temporomandibular joint ankylosis with inverted T-shaped silicone implants. *Eur J Plast Surg*. 19: 112-113, 1996.
8. Zins J E, Smith J D, James D R: Surgical correction of temporomandibular joint ankylosis. *Clin Plast Surg*. 16: 725-732, 1989.
9. Hale R H: Treatment of recurrent dislocation of the mandible: Review of literature and report of cases. *J Oral Surgery*, 14: 527-530, 1972.
10. Buckley M J, Terry B C: Use of bone plates to manage chronic mandibular dislocation: Report of cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 46: 998-1002, 1988.
11. Karabouta I: Increasing the articular eminence by the use of blocks of porous coralline hydroxylapatite for treatment of recurrent TMJ dislocation. *J Craniomaxfac Surg*, 18: 107-113, 1990.
12. Puelacher W C, Waldhart E: Miniplate eminoplasty: A new surgical treatment for TMJ-dislocation. *J Craniomaxfac Surg*, 21: 176-178, 1993.
13. Sevin K, Saray A, Askar I: Treatment of temporomandibular dislocation. *Ann Plast Surg*. 40: 569-570, 1998.
14. Undt G, Kermer C, Rasse M: Treatment of recurrent mandibular dislocation. 2. Eminectomy. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 26: 98-102, 1997.