

OLGU SUNUMU**TEMPOROMANDİBULAR EKLEMDE SUBLÜKSASYON****SUBLUXATION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT****Dr. Canan HEKİMOĞLU (*), Dr. İrfan AKPINAR (*), Dr. Nur HERSEK (*)**

ÖZET: Sublüksasyon, kondil başının kendi kendine redükte olması ve normal pozisyonlarından anteriora kısmen veya geçici olarak kilitlenmesidir. Sublüksasyon klinik ve radyografik değerlendirmeler ile tespit edilmektedir. Bu makalede, sublüksasyon belirlenen iki olgu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sublüksasyon, travma.

SUMMARY: Subluxation is reduction of the condyle by itself and its partial or temporary locking in anterior. Subluxation can be detected by clinic and radiographic evaluations. Two events are presented which are diagnosed as subluxation in this article.

Key Words: Subluxation, trauma.

GİRİŞ

Normal bir eklemde, kondil artiküler eminensten aşağıya doğru kayarken düzgün bir hareket meydana gelir. Translasyon sırasında, diskin kondil üzerinde posteriora olan rotasyonu, bu harekete yardım eder. Ancak bazı eklemlerin anatomisi bu düzgün harekete uyum gösteremez (4). Bu durum, temporomandibular eklemde (TME) kondil ve disk arasında rotasyon hareketi olmadan translasyon hareketi gerçekleştiğinde meydana gelebilir (1). Ağızın maksimum olarak açılması ile beraber ani bir atlama veya sıçrama olur (Şekil 1 ve2). Sonuçta künt ve düzensiz bir ses meydana gelir (1.4). Ayrıca kondillerin lateral kutupları artiküler eminensten öne doğru atlar ve periaricular bölgede belirgin bir çukurluk meydana gelir. Bu duruma sublüksasyon veya hipermobilete adı verilir. Sublüksasyon ile ilgili olarak; kondil başının kendi kendine redükte olduğu ve normal pozisyonun anteriora parsiyel veya geçici olarak kilitlendiği konusunda genel olarak fikir birliği vardır (3). Kondil başının redükte olmadığı olgulara ise, kondilin spontan dislokasyonu adı verilmektedir.

Hipertranslasyon, hiperekstansiyon, ligament gevşekliği gibi terimler sublüksasyonu ifade etmek için kullanılmıştır (2).

Sublüksasyona ait tanı özellikleri (1,2);

1. Hikaye: Ağızın aşırı miktarda açılması,
2. Ağrı: Eğer varsa aralıktır. Sublüksasyon semptomları ile ilişkili olarak meydana gelen noninflamatuvar disk ataçmanı artraljisidir.
3. Aşın hareket,
4. Disk interferensi: Tam açma pozisyonuna yakındır. Bu pozisyona doğru anlık bir aralığı, ileriye doğru olan lı/lı bir kayma hareketi izler.

Bu makalede, temporomandibular eklem (TME) bölgelerinde ses, ağrı, kilitlenme nedeniyle kliniğimize başvuran ve sublüksasyon tanısı konulan iki olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

OLGU I: 37 yaşındaki bir bayan hasta, sol şakak bölgesine doğru olan ağrı ve ses şikayeti ile bölümümüze başvurdu. Hasta, iki yıl önce sol alt yirmi yaş dişini çektiğini ve şikayetlerinin bu tedaviden sonra meydana geldiğini belirtti. Sistemik yönden değerlendirildiğinde, hipertiroidi tedavisi gördüğü ve laparoskopi geçirdiği öğrenildi. Dental yönden ise, diş çekimleri ile diş dolgularının yapıldığı belirlendi. Esas şikayeti ile ilgili olarak ise, sol şakak bölgesindeki sürekli ağrıdan başka, zaman zaman sol kulağında ağrı olduğunu ve şakak ağrısının gözüne vurduğunu söyledi. "Çenesinin çıkması" sonucu oluşan ağrı nedeniyle ağızını açmada güçlük, seri gıda alındığında ise çiğneme güçlüğü çektiklerini açıkladı. Klinik değerlendirmeler sonucu, TME oskültasyonunda sol TME'de "küt" sesi tarzında bir eklem sesi saptandı. Ayrıca açma hareketi sırasındaki eklem sesi ile beraber periauricular bölgedeki çukurluk dikkat çekiciydi (Resim 1). Sağ lateral hareket miktarı 4 mm. ve sol tarafta ağrı, sol lateral hareket miktarı 6 mm. ve ağrısız, protruziv hareket miktarı 5 mm. ve ağrısız olarak belirlendi. Maksimum ağız açıklığının 55 mm (Resim 2) ve sağ tarafa doğru defleksiyon olduğu saptandı, kas muayenesinde, sol temporal kasda ağrı meydana geldi. Fonksiyonel manipülasyonda, sol TME bölgesinde tüm hareketlerde ağrı meydana geldi. (8). 8 nolu dişler dışında diğer dişleri mevcuttu. Bilateral grup fonksiyonunun olduğu belirlendi. Posterior dişlerin okluzal yüzeyleri ile anterior dişlerin insizal kenarlarında aşınma fasetleri mevcuttu.

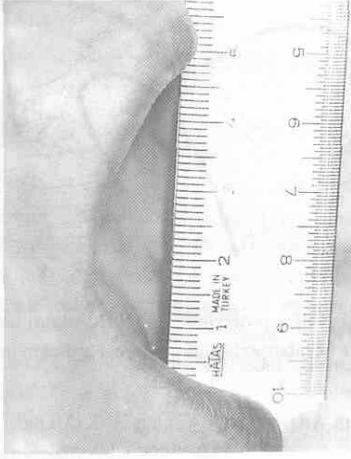
İlk aşamada, hastaya kas gevşetici (MR) splint takıldı ve sadece geceleri kullanması önerildi. Kontrol muayenelerinde, splint kullanımı ile beraber ağrıların hafiflediği saptandı. Hastadan lateral filmler ve manyetik rezonans görüntüleme filmleri alındı. Manyetik rezonans görüntüleme ile sagittal düzlemde, T1 ve T2 ağırlıklı kesitler ağız açık ve kapalı pozisyonlarda alındı. Kapalı ağız pozisyonunda, sağ ve sol eklem disklerinin normal pozisyonunda olduğu görüldü. Açık ağız pozisyonunda, sağ eklemde normal disk -kondil ilişkisinin korunduğu, sol eklemde ise diskin morfolojik

(*) Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi A.B.D - ANKARA

olarak normal olduğu ve kondil ile beraber artiküler emnensi aştığı belirlendi. (Resim 3 ve 4). Klinik ve radyografik değerlendirmelere göre, sol TME'de sublüksasyon tanısı konuldu.



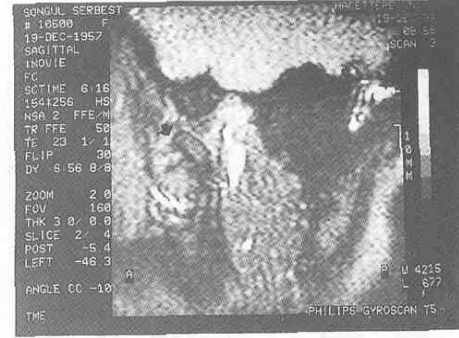
Resim 1: Hastanın maksimum açmadaki defleksiyonu.



Resim 2: Hastada maksimum ağız açıklığı miktarının ölçümü.

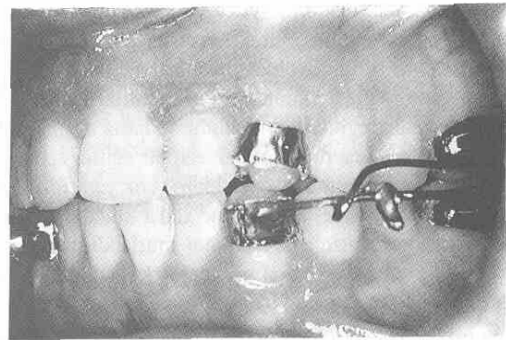


Resim 3: Kapalı ağız pozisyonunda, sol TME'deki diskin normal konumda olduğu görülmektedir (MRG, T1 ağırlıklı).

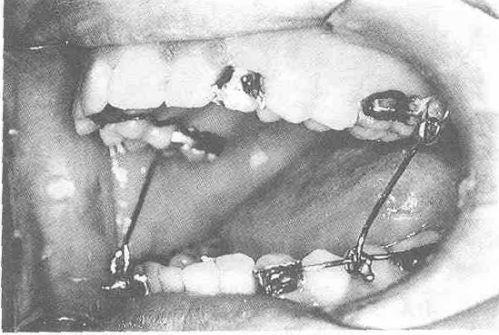


Resim 4: Açık ağız pozisyonunda, sol TME'de morfolojik olarak normal olan disk, kondil üzerinde ve birlikte artiküler eminensi aşmaktadır (MRG, T1 ağırlıklı).

OLGU II: 33 yaşındaki bir bayan hasta, her iki şakak bölgesindeki sürekli ağrılardan şikayetçi olduğunu belirtti. Şikayetlerinin 65 no'lu dişlerin zor çekiminden sonra ortaya çıktığını açıkladı. Sistemik yönden değerlendirildiğinde, sağ böbreğin nefrektomi geçirdiği öğrenildi. Dental yönden ise, diş çekimlerinin ve dolgularının olduğu gözlemlendi. Hikayesinde sürekli baş ağrısı, kulaklarında ağrı olduğunu belirtti. Eklemlerinde bazen ses meydana geldiğini, yemek yerken zorlandığını ve kaslarda yorgunluk hissettiğini vurguladı. Sürekli sağ tarafı ile çiğnediğini söyledi. Ayrıca, hastada diş çırdatma da vardı. TME oskültasyonu sırasında, özellikle sol tarafta, ağızı açarken "klik" tarzında, kapatırken ise kreptasyon tarzında bir ses belirlendi. Sağ lateral hareket miktarı 9 mm, sol lateral hareket miktarı 10 mm. ve protruziv hareket miktarı 5 mm olarak saptandı. Bu hareketlerde ağrı meydana gelmedi. Maksimum ağız açıklığının 65 mm ve sola doğru defleksiyonun olduğu görüldü. Kas muayenesinde bir özellik yoktu. Ancak sol yüzeysel masseter kasında tonus artışı saptandı. Fonksiyonel manipülasyonda da herhangi bir özellik belirlenemedi. Hastada 8 | 8 ve 8 6 5 | 6 8 no'lu dişlerin eksik olduğu görüldü. Bilateral grup fonksiyonun olduğu görüldü. Tüm dişlerde ise, aşınma fasetleri mevcuttu. Yapılan klinik ve radyografik muayeneler sonucu her iki TME'de sublüksasyon olduğu saptandı. Hastanın ağız açıklığı miktarını habituel olarak 40 mm'yi aşmayacak şekilde sınırlandırmak amacı ile, ortodontik düzenekli bir intraoral aparey hazırlandı ve 8 hafta süre ile kullanıldı (Resim, A ve B).



Resim 5, A: İntraoral apareyin intercuspal pozisyonundaki görünümü.

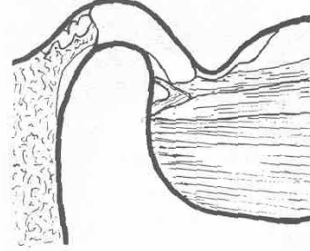


Resim 5, B: İntraoral apareyin maksimum açık ağız pozisyonundaki görünümü.

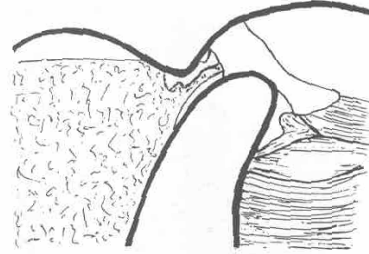
TARTIŞMA

Sublüksasyon kondil hipermobilitesi ile karakterizedir. Bu durum, akut veya kronik travma yada ligamentöz gevşeklik nedeni ile spontan olarak meydana gelebilir (6). Sublüksasyon, geçici çene kilitlenmesinin yanında çenenin parsiyel dislokasyonunun ifade eder. Dislokasyon sonucu gelineen kas spazmı ile kondil artiküler eminensin anteriorunda tutulur. Sıklıkla ağrı meydana gelir ve şiddetlenebilir. Pullinger ve Seligman'ın yaptıkları çalışmaya göre, sadece sublüksasyon olduğu belirlenen vakalardan iki hastada genel bir travma, iki hastada ise lokal travma nedeniyle meydana gelmiştir (5). Biz de her iki vakamızda, travmatik diş çekiminden sonra sublüksasyonun meydana geldiğini belidedir. Okeson ise, sublüksasyon nedeninin genellikle patolojik olmadığını belirtmiştir (4). Bu açıklamaya göre sublüksasyon, genel olarak artiküler eminensin posterior eğimin daha kısa ve dik, anterior eğimin daha uzun ve düz olduğu TME'lerde görülmektedir (Şekil 1 ve 2).

Sublüksasyonun kesin tedavisi için cerrahi yaklaşım önerilmiştir ve birçok cerrahi prosedür açıklanmıştır (1,4, 6). Cerrahi tedavide eminens yüksekliği artırılır ve kondilin anteriora olan hareketi sınırlanır. Oatis ve Baker, çalışmalarında 44 hastaya bilateral eminektomi uygulamışlardır (3). Hastaların % 82'de tam başarı, % 93'de ise tolere edilmiş bir gelişme oranı olduğunu saptamışlardır. Bundan başka, destekleyici tedavi önerilebilir. Hasta durumu hakkında aydınlatılmalıdır. Ayrıca yumuşak diyet ve kas gevşeli çiler önerilebilir. Malokluzyon incelenmeli ve stresle ilişkili TME sorunları olduğunda, psikolojik durum dikkate alınmalıdır. Ağız açılımının normal sınırlar içinde kalması için alışkanlık eğitimi verilmelidir ve hasta ağızını fazla açmaktan kaçınılmalıdır (1,4). Bazen bir eğitim apareyi (Ivy eye lets veya ligating jeweler loops) çok yararlı olabilir ve sınırlı açma habituel hale gelene kadar kullanılmalıdır. Biz de, ikinci hastamıza ağız açılımını sınırlandırmak için ortodontik düzenekli intraoral bir aparey kullandık ve tedavimize olumlu cevap aldık. Bu sonucun ışığı altında, sublüksasyon olgularının konservatif bir yaklaşım olarak öncelikle splint ve sınırlayıcı apareyler ile tedavi edilmesini öneririz.



Şekil 1: Kapalı ağız pozisyonunda normal kondil-disk ilişkisi ile artiküler fossa ve artiküler eminensin morfolojisi.



Şekil 2: Açık ağız pozisyonunda (Maksimum) kondil, disk ile beraber artiküler eminensi aşmaktadır.

Yazışma Adresi: Dr. Canan HEKİMOĞLU
Hacettepe Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi Protetik
Diş Tedavisi A.B.D.
06100 Sıhhiye-ANKARA

KAYNAKLAR

- 1- BELL E. W.: Temporomandibular Disorders Classification-Diagnosis-Management. Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, Third edition 1990 P: 325-328.
- 2- Craniomandibular Disorders Guidelines for Evaluation, Diagnosis and Management: The American Academy of Craniomandibular Disorders. Edited by Mc Neill C., Quintessence Publishing Co. Inc., Chicago, 2nd printing, 1990p; 16.
- 3- OATIS G. W., BAKER D. A.: The bilateral eminectomy as definitive treatment. A review of 44 patients. int J Oral Surg ; 13:294-298; 1984,
- 4- OKESON J. P.: Management of Temporomandibular Disorders And Acclusion. Third edition. The Mosby, St. Louis. 1993 P. 330, 422, 502, 602.
- 5- PULLINGER A. G., SELİGMAN D. A.: Overbit and overjet characteristics of "refined diagnostic groups of temporomandibular disorder patients. Am J Orthod Dentofac Orthop; 100:401-415, 1991.
- 6- WHEAR N. M., LANGDON J. D., MACPHERSON D. W.: Temporomandibular joint eminence augmentation by down fracture and inter-positional cartilage graft. J Oral Maxillofac Surg; 20: 357-359, 1991.