

TEMPOROMANDİBULAR EKLEM ARTROSKOPİSİ

ARTHROSCOPY OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Dr. Metin ÖNERCİ (*)

ÖZET : İntraartikuler patolojiye sekonder gelişen, mandibula hareket kısıtlılığı ve ağrı nedeniyle temporo mandibuler eklem (TME) artroskopisi yapılan 30 hasta incelenmiştir. Post operatif gelişme pre operatif ölçüm ve bulgularla karşılaştırılmıştır. Artroskopi sonrası fonksiyonel problemler çok minimal olup yalnızca birkaç gün sürmüştür. Post operatif kanama enfeksiyon ya da sinir hasan olmamıştır.

Sonuç olarak TME artroskopisi özellikle tanı amaçlı olmasına karşın, intraartikuler patolojilere bağlı gelişen hareket kısıtlılığının tedavisinde de yararlıdır,

Anahtar Sözcükler : Temporomandibuler eklem, artroskopi

SUMMARY : Temporomandibular joint (TMJ) arthroscopy of 30 patients under general anesthesia was performed. Limited range of motion of mandible secondary to intraarticular pathology and pain were indications for TMJ arthroscopy. The post-operative improvement of these patients were evaluated and compared with pre-operative measurements. Functional impairment following arthroscopy was minor and lasted only a few days. No post-operative bleeding, nerve damage or infection was observed.

In conclusion, TMJ arthroscopy is very helpful mainly for diagnostic purposes and also has a definite role in treating restricted range of motion secondary to intraarticular pathology.

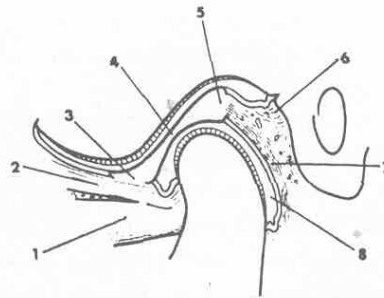
Key Words : Temporomandibular joint, Arthroscopy

GİRİŞ

Temporomandibuler eklem (TME) insan vücudunun en komplike ve fonksiyon yönünden en karmaşık eklemidir. Kafa kaidesinin dens kemiğine yakın olması nedeniyle klinik ve radyolojik olarak eklemi incelemek zor olmakta ve bu nedenle diğer tanı yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. (1)

TME disk tarafından üst ve alt kompartmanlar olmak üzere ikiye ayrılır. Artikuler kapsül fibröz bağ dokusundan oluşur, lateralde temporomandibuler ligament ile desteklenir. Disk arkada retrodiskal lamina ile önde ise pterigoid adale ile bağlantılıdır. Arkada retrodiskal lamina üst ve alt iki tabakadan oluşur. Üst kısımda elastik lifler mevcut olduğu için bu bölüme elastik lamina da denilir. Üstteki elastik lamina ile alttaki fibröz lamina arasında gevşek

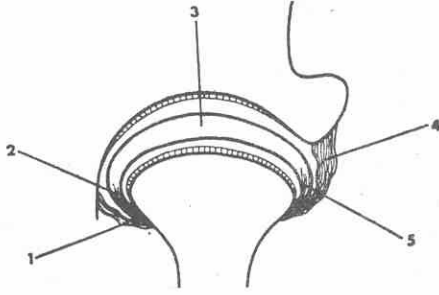
fibröz doku ve kan damarları bulunur. (Resim 1, 2)



Resim 1 :TME orta kısmı sagittal kesiti

Lateral pterigoid adale (1) inferior (2) superior kısmı
Disk (3) anterior (4) sentral (5) posterior bandı
Retrodiskal lamina (6) superior (7) inferior lamina
(8) inferior eklem boşluğu

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı
Hacettepe - ANKARA



Resim 2 :TME frontal kesiti

- (1) medial kapsül (2) medial diskal bağlantı
(3) disk sentral kısmı (4) lateral kapsül
(5) lateral diskal bağlantı

Lateral pterigoid adalenin iki kısmı vardır. Alt kısmı kondile üst kısmı ise diske yapışır. Bu adale ağız açılıp kapanırken disk kondil ilişkisini ayarlar. Kapsül içi sinoviyal membran ile döşelidir. (4, 8)

TME artroskopisi TME ağrı ve fonksiyon bozukluklarının tanı ve tedavisinde son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Konservatif metodlarla tedavinin mümkün olmadığı durumlarda daha invaziv açık cerrahilere başvurmadan en az derecede veya bir başka deyişle minimal invaziv bir cerrahi yöntemle tanı ve tedavi imkanı sağlar. (4, 5) Bu yazıda TME artroskopisi yapılan hastalarımızdan alınan sonuçlar sunulmuş ve tartışılmıştır.

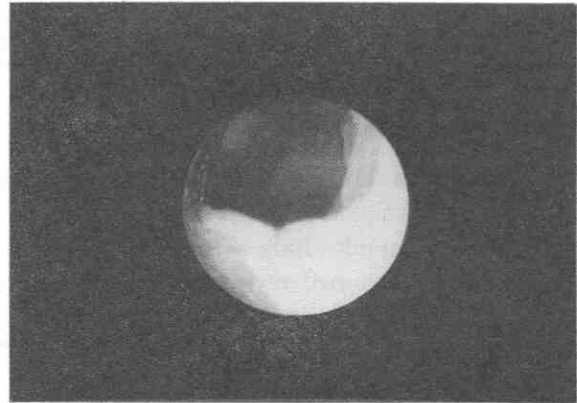
GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada 1992 - 1995 yılları arasında TME artroskopisi yapılan 30 hasta incelenmiştir. 4 hastada bilateral 26 hastada tek taraflı artroskopi yapılmıştır. Hastaların yaşları 13-65 arasında olup ortalama 32 dir. Artroskopi yapılmadan önce bütün hastalar TME grubu tarafından incelenmiş ve ancak bütün konservatif tedavi yöntemleri kullanılarak sonuç alınamayan hastalara artroskopi yapılmıştır. Artroskopi öncesi hastaların ağrı şikayeti süresi Tablo - I'de gösterilmiştir. Artroskopi öncesi eklemden ağrı, intrinsikal açıklık, lateral ve protruziv hareketler ölçülmüş, mandibula açılırken deviasyon olup olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların hepsinde MR incelemesi ve lateral TME grafüleri istenmiştir. Artroskopi öncesi tüm okluzyon bozuklukları düzeltilmiştir. Resim 3'de disk, Resim 4'te disk ile retrodiskal dokuları birbirine bağlayan

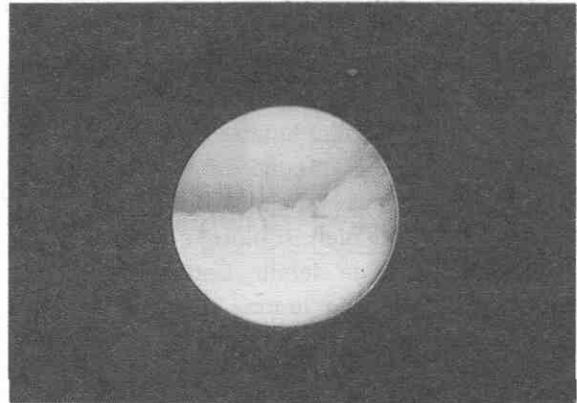
arka birleşim, Resim 5'te V şeklinde normal eklem yapısını gösteren fleksura. Resim 6'da disk, medial kapsül ve medial Jigament, Resim 7'de sinoviyal bir eklem boşluğu, Resim 8'de normal bir eklemden artiküler eminens ve disk ilişkisi, Resim 9'da öne diskloke olmuş bir disk ile artiküler eminens ilişkisi, Resim 10'da ise mikroalligaför ile debrislerin temizlenişi gösterilmektedir. Artroskopi transvers, longitudinal ve dinamik fazlarda yapılmış, lizis, lavaj, gereken durumlarda üst eklem boşluğunda debridman, diskin arkaya çekilmesi, anterior serbestleştirme müdahaleleri yapılmıştır. 4 hastaya ise sütür konularak disk arkaya çekilmeye çalışılmıştır. Artroskopi sonrası ilk 3 ay her ya, daha sonra her üç ayda bir hastalar izlenmiştir. Hastaların takip süreleri en az 3 ay en fazla 2 yıldır. Artroskopi sonrası eğer hastaların daha önce kullandıkları splint varsa kullanmaya devam etmişlerdir. Hastalarda herhangi bir komplikasyonu görülmemiştir.

Tablo 1 : TME Ağrı Süresi

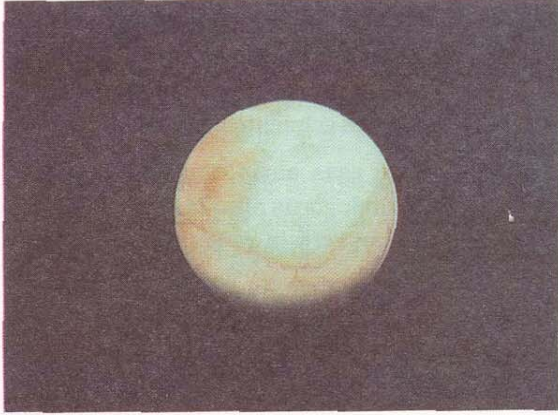
1 yıldan az	17
1-2 yıl	9
2 yıldan fazla	4



Resim 3 :Beyaz renkli disk görülmektedir.



Resim 4 :Artiküler disk ile retrodiskal dokuları birbirine bağlayan arka birleşim bölgesi



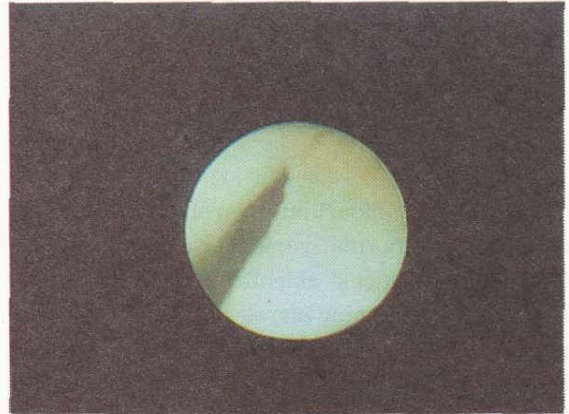
Resim 5: Normal eklem, V sekinde fleksura



Resim 8: Normal bir eklemden artiküler eminens ve disk ilişkisi; birbirlerine paralel pozisyonda yer almaktadırlar.



Resim 6: Üst Eklem Boşluğu, Medial ligament ve Küpsal görülmektedir.



Resim 9: Öne disloke olmuş bir disk ile artiküler eminens ilişkisi; kum saati görünümü



Resim 7: Üst eklem boşluğu, akut sinovit



Resim 10 : Mikroalligatör ile debrislere temizleniş

SONUÇ

Ağrı : Artroskopisi öncesi hastaların hepsinin ağrı şikayeti olup, artroskopisi sonrası hastaların tümünde ağrı şikayeti düzelme göstererek hastalar için sorun olmaktan çıkmış, yalnız 6 (%20) hastada hafif ağrı şikayeti devam etmiştir.

Ağız Açıklığı : Artroskopisi öncesi 20 (%66.6) hastada (22 eklem) ağız açıklığı 30 mm. nin altında ölçülmüş, postoperatif 15 hastada (%75) 30 mm. nin üzerinde çıkmıştır. 2 hastada artroskopisi sırasında disk perforasyonu saptandığından artrotomi yapılmıştır. 3 hastada diske dikiş konularak geri çekilmiş ancak takiplerinde ağız açıklığı eski seviyeye döndüğü için açık cerrahi yapılmıştır. 5 hastada (7 eklem) ise ağız açıklığı 30 mm. nin üzerinde olup artroskopiden 2 ay sonra yapılan ölçümlerde ağız açıklığında herhangi bir azalma olmamıştır.

TARTIŞMA

TME hastalıklarının cerrahi tedavisinde amaç eklem normal yapısına ve işlevine döndürülmesidir. Ancak eklem normal yapısına dönmelerini temel amaç olarak almak çok gerçekçi değildir. Çünkü iç eklem yapılarında oluşan hasar genellikle bunu mümkün kılmaz. Bu nedenle TME hastalıklarında amaç ağrıyı tamamen ortadan kaldırarak veya azaltarak eklem fonksiyonunu hastanın normal işlevlerini görece kadar normale döndürmektir. (3, 6)

TME hastalıklarının tedavisinde ilk adım dikkatli ve detaylı bir muayene ile hastalığı anlamaya çalışmaktır. (2) Bu muayenede hastayı diş hekimleri, protez, ortodonti, oral cerrahi, fizik tedavi ve K.B.B. uzmanlarının birlikte değerlendirmesi çok önemlidir. Bu değerlendirmede gerektiğinde psikiyatri uzmanları da yer almalıdır. TME patolojilerinin önemli bir kısmı kas kökenlidir. Bu nedenle kaslarda kontraksiyona yol açan nedenlerin ortadan kaldırılmasına çalışılmalıdır. (8) Stres durumlarının da kaslarda gerginliğe yol açtığı hatırlanmalıdır. Okluzyon bozuklukları varsa diş hekimliği protez, ortodonti ve oral cerrahi uzmanlarınca bu bozukluk düzeltilmelidir. Splintler bu konuda çok yardımcı olmaktadır. Hangi splintin ne kadar süreyle kullanılacağına karar verilmeli ve tedavi sonucu

beklenmelidir. Fizik tedavi uygulanması gerektiğinde yapılmalıdır. Bütün bu çalışmalarla tedavi edilemeyen veya tanı konulamayan hastalarda artroskopisi gündeme gelmektedir.

Artroskopide esas amaç diagnostiktir. Öncelikle patoloji direkt görüş altında değerlendirilir ve gerek görülürse cerrahi müdahale de yapılabilir.

Hastalarımızın incelenmesi TME artroskopisinin ağrının azalmasında ve maksimum imterinsizal açıklığın artmasında etkili olduğunu göstermektedir. Disk perforasyonları, adhezyonlar, irregüler şekilli diskler, disk anterior dislokasyonları ve kronik enflamasyonu olan hastalarda artroskopisi yararlı olabilmekte ve açık cerrahi oranını azaltmaktadır. Başarının değerlendirilmesinde eklem sesleri kriter olarak alınmamıştır. Her ne kadar hastaların büyük çoğunluğunda eklem seslerinde düzelme görülmüş ise de, eklem sesi olmayan hastalarda eklemde iç yapı bozukluğu mümkün olabilmektedir. Birçok hastanın ise eklemlerinde hiçbir şikayeti olmadığı halde eklem sesleriyle yaşadığını müşahade etmek mümkündür. Bunun dışında hastalarımızda gözlediğimiz bir hususta disk pozisyonunun önemi konusundadır. Diskin öne diskloke olmasının semptomların ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynadığı ve tedavide diskin yerine getirilmesinin gerekliliği sıklıkla vurgulanmıştır. (6, 7) Ancak gözlemlerimiz cerrahi olarak başarılı bir sonuca ulaşmak için diskin muhakkak tam normal pozisyonuna gelmesi gerektiği düşüncemizi değiştirmiştir. Bazı hastalarımızda disk pozisyonunda değişim olmaksızın şikayetlerinde büyük ölçüde düzelme olmuştur. Bu durum henüz klinik ve radyolojik olarak disk pozisyonunu değerlendirmekte yetersiz kalmıştı ile ilgili olabilir.

Bilateral artroskopik işlem ancak hasta her iki eklemde de ağrı ve iç yapı bozukluğu göstermiş ise yapılmış, yoksa tek taraflı artroskopisi yapılmıştır.

Artroskopisi öncesi değerlendirme artroskopisi için hastaların seçiminde en önemli konuyu oluşturmaktadır. Bu değerlendirme hem konservatif yöntemlerle düzeltilebilecek hastaların seçilmesinde yardımcı olmakta, hem de patoloji-

nin anlaşılabilir tedavinin o şekilde yönlendirilmesini sağlamaktadır. MR diskin yerleşimini göstermekte ve disk patolojilerini ortaya koymakta yardımcı olabilir.

Sonuç olarak TME artroskopisinin öncelikle eklem patolojilerinin tanısında ayrıca eklem patolojilerinin tedavi edilmesinde veya eklem iç yapısının mümkün olduğunca işlev görür hale getirilmesinde önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Yazışma Adresi : Dr. Metin ÖNERCİ
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi K.B.B Anabilim Dalı
Hacettepe - ANKARA

KAYNAKLAR

1. FRIEDMAN M H, WEISBERG J : Temporomandibular Joint Disorders, Quintessence Publishing Co. Inc. Chicago, Illinois, 1995
2. GERHARD STEINHARDT : Function and Structural Changes of the Temporomandibular Joint, Gerber A. Steinhardt G (Eds) : Dental Occlusion and the Temporomandibular Joint, Quintessence Publishing Co. Inc Chicago Illinois 1990, pp69- 76
3. HOFFMAN PC, CUBILLOS L : The effect of Arthroscopic Surgery on Mandibular Range of Motion. The Journal of Craniomandibular Practice 12 ; 11 - 17. 1994
4. HOLMLUND AB, HELLSING G : Arthroscopy. Sornat BG, Laskin DM (Eds) ; The temporomandibular Joint : A Biological Basis for Clinical Practice, W.B. Saunders Company Philadelphia, 1992 pp 289 - 297
5. HOLMLUND A, HELLSING G, WREDMARK T ; Arthroscopy of the Temporomandibular Joint. Int J Oral Maxillofacial Surg. 15 : 715 - 721, 1986
6. MC NEILL C : Panel Discussion : Management of TMD. Mc Neill C (Eds) : Current Controversies in Temporomandibular Disorders. Quintessence Publishing Co. Inc, Chicago Illinois 1991, pp 185 - 190
7. MOSBY EL. Efficacy of Temporomandibular Joint Arthroscopy. J Oral Maxillofacial Surgery 51 ; 17-21, 1993
8. OKESON JP : Fundamentals of Occlusion and Temporomandibular Disorders. The C.V, Mosby Company. St. Louis, 1985.