

# Temporomandibular Eklem Ankilozunda Cerrahi Tedavi (Vaka Raporu)

DR.DT. ORHAN GÜVEN

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız - Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı  
Ankara

## ÖZET

TME'in vücudun diğer eklemlerine bir çok yönden benzemesi nedeniyle problemleri de diğer eklemlere benzerlik gösterir. Görülme sıklığı sırasına göre bunlar; travmaları, artropatileri, akut ve kronik disklokasyonları, ankiloz ve nadirde olsa tümörleridir. Esas olarak teşhis ve tedavisi çene cerrahisini ilgilendirmesine rağmen, anatomik konumu nedeniyle bir çok medikal ve diş hekimliği dallarının da katkılarına gerektirir.

Ankiloz, kemiklerin kaynaşması sonucu eklem hareket edememesi hali olup, tedavisi kesinlikle cerrahidir. Takdim edilen vakada uygulanan ameliyat tekniği, ameliyat sonrası koruyucu tedavi ve ameliyattan bir yıl sonra elde edilen görünümü sergilenmiştir.

## SURGERY OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANKYLOSIS

While the temporomandibular joint is in many ways unique it is subject to all of the diseases and disorders found in joints in other parts of the human skeleton. By far the most common disorder is traumatic injury, followed by arthropathy, acute and chronic, dislocations, ankylosis and, in rare instances, neoplasms. The diagnosis and management of the temporomandibular joint are the primary responsibility of the oral surgeon. Nevertheless, this anatomical region is an area in which the co-operation of many medical and dental disciplines may be required for the satisfactory conclusion of treatment.

Bony or true ankylosis is defined as "complete fixation of a joint due to fusion of the bones." The treatment of ankylosis is invariably surgical. Representative case presentation illustrates surgical technique employed, postoperative treatment and the result obtained one year postoperatively.

## GİRİŞ

Temporomandibular eklem (TME) hastalıklarının, hastaları uzun süre kliniklerde tedaviye zorunlu bıraktığı bilinen bir gerçektir. Günümüzde TME hastalıklarının bir çoğunun tedavisinde konservatif tedavi tercih edilmekle beraber bir grup hastalığın tedavisi ise ancak cerrahi yaklaşımla mümkün olmaktadır. Operasyon sırasında görülen bazı komplikasyonlar ve postoperatif sonuçların her zaman yüz güldürücü olmaması, TME cerrahisini sınırlandırmasına rağmen, TME hastalıklarının bir kısmında cerrahi müdahale zorunlu olarak tek seçenek, bir kısmında ise oldukça yararlı olmaktadır:

- İrreversibl TME ağrıları
- Kronik sublüksasyon ve dislokasyonlar
- Kondil kırıkları
- Kondilin var olmadığı haller
- Travma sonucu meniskin 1/3 anterior kısmının veya tümünün yırtıldığı, perforé olduğu

haller.

- Menisk-kondil hareketleri arasındaki koordinasyon bozukluğuna bağlı menisk üzerinde oluşan vurukslar.

- Kondilde gelişen mahmuzvari sivri çıkıntılar.

- Tümörler

- Ankiloz ve psedoankiloz

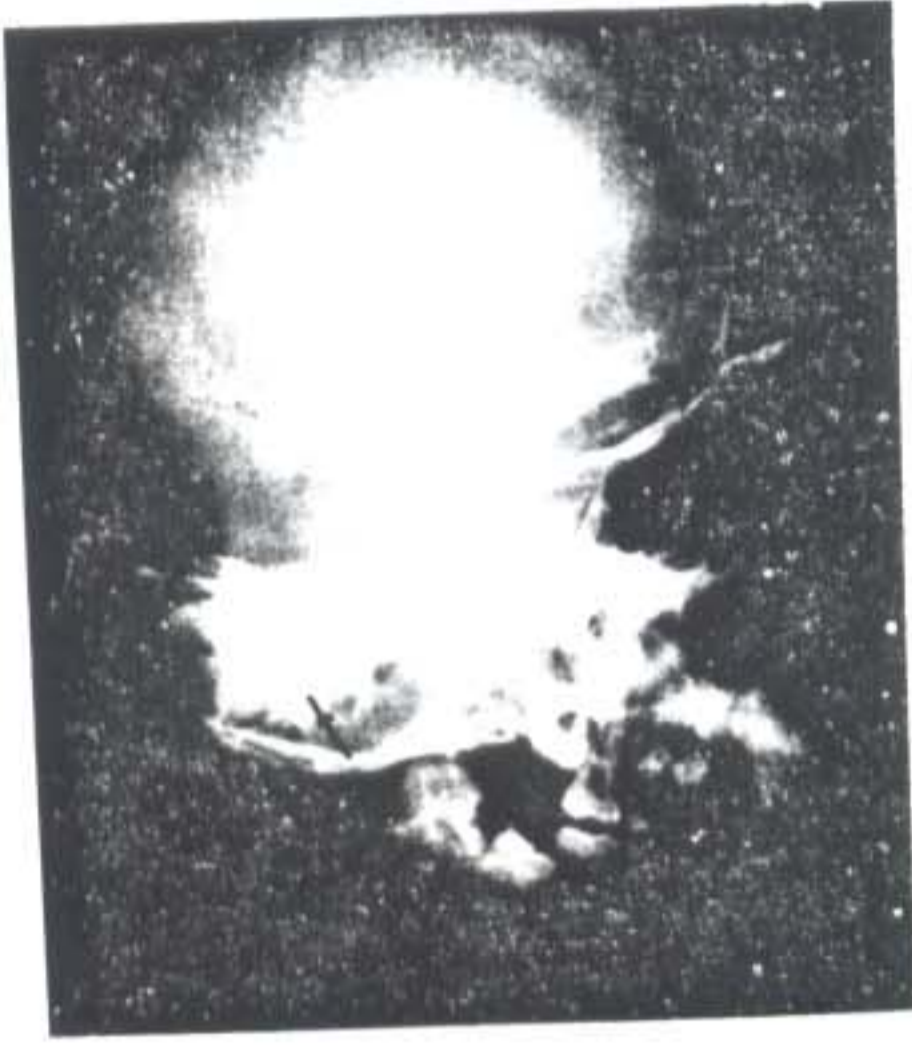
Ankiloz kabaca mandibulanın temporal kemikle kaynaşmasıdır. TME ankilozu ekstrakapsüler veya intrakapsüler olabilir.

Ekstrakapsüler olanlar genellikle fibrozis oluşturan sistemik hastalıklar, skleroderma, travma, enfeksiyon sonrası oluşur ve proc.coronoideus'un zygomaticus'a kaynaşması ile sonuçlanır. Tedavisi cerrahi olarak kemik bağlantısının ayrılmasıdır. Bu tarzdaki bir ankiloz için intraoral yaklaşım denenebilir.

Intrakapsüler ankilozun oluşmasına neden o-

H.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi 2. Diş Hekimliği Kongresinde (1-4/5/1986. Ankara) Tebliğ Edilmiştir.





Resim 1: Sağ TME'nin radyolojisi



Resim 2: Hastanın ameliyat öncesi klinik görünümü.

lan en önemli faktör travmadır. Ayrıca özellikle küçüklerde oluşacak olan enfeksiyöz artiritis ve snovia'da artış, eklem yüzlerinde dejenerasyona neden olan romatoid artiritis sonrası ankiloz olma olasılığı yüksektir. İntrakapsüler ankilozunda tedavisi cerrahidir.

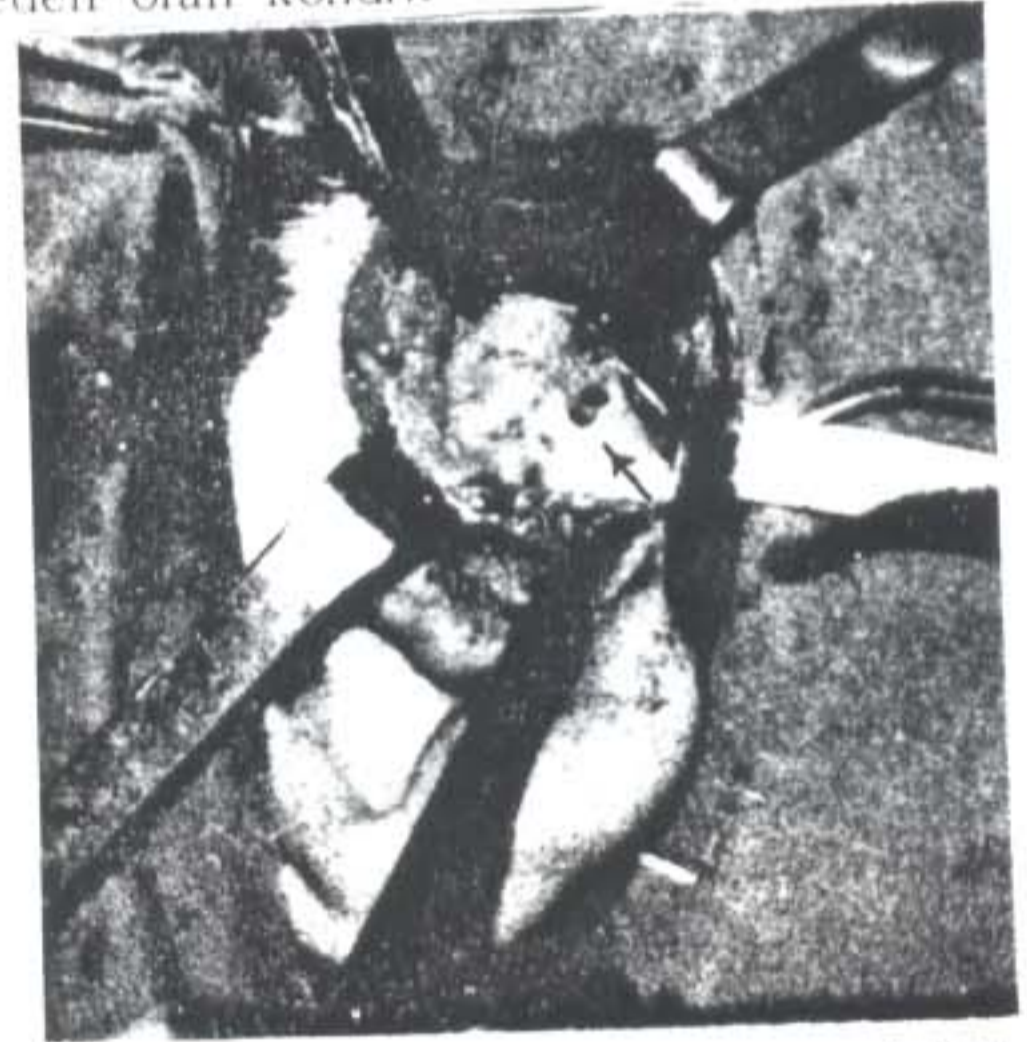
Bu makalede travma neticesi oluşmuş bir TME ankilozunun cerrahi olarak düzeltilmesi ve postoperatif koruyucu tedavisi takdim edilmiştir.

#### VAKA RAPORU

(S.U. Erkek, 10). Hastanın 5 yaşında geçirdiği bir trafik kazasından sonra sağ çene eklemi bölgesinde bir süre sonra kendiliğinden geçtiği için hasta hekime baş vurmamış, bu nedenle hiçbir tıbbi müdahalede bulunulmamış. Kazayı takib eden birkaç ay içinde hastanın çene hareketleri sınırlanmış ve hasta ameliyat olana kadar ağzını hiç açamamış ve sadece sulu gıdalarla beslenmiştir.



Resim 3: Kırılarak dislokasyona uğrayarak ankilozu neden olan kondil.



Resim 4: Frezler yardımıyla açtığımız delikler.

**Radyoloji:** x-Ray tetkikinde, sağ mandibula angulus'u ve ramus'un posterior hududu gayet belirgin olarak görülmesine karşılık, TME bölgesi kesif radyopak bir görünüm sergilemekte ve eklem anatomik yapılarından hiçbiri görülmemektedir (Resim 1).

**Klinik:** Hasta dışarıdan kuvvet uygulansa bile ağzını açamamaktadır (Resim 2).

**Teşhis:** Sağ TME ankilozu.

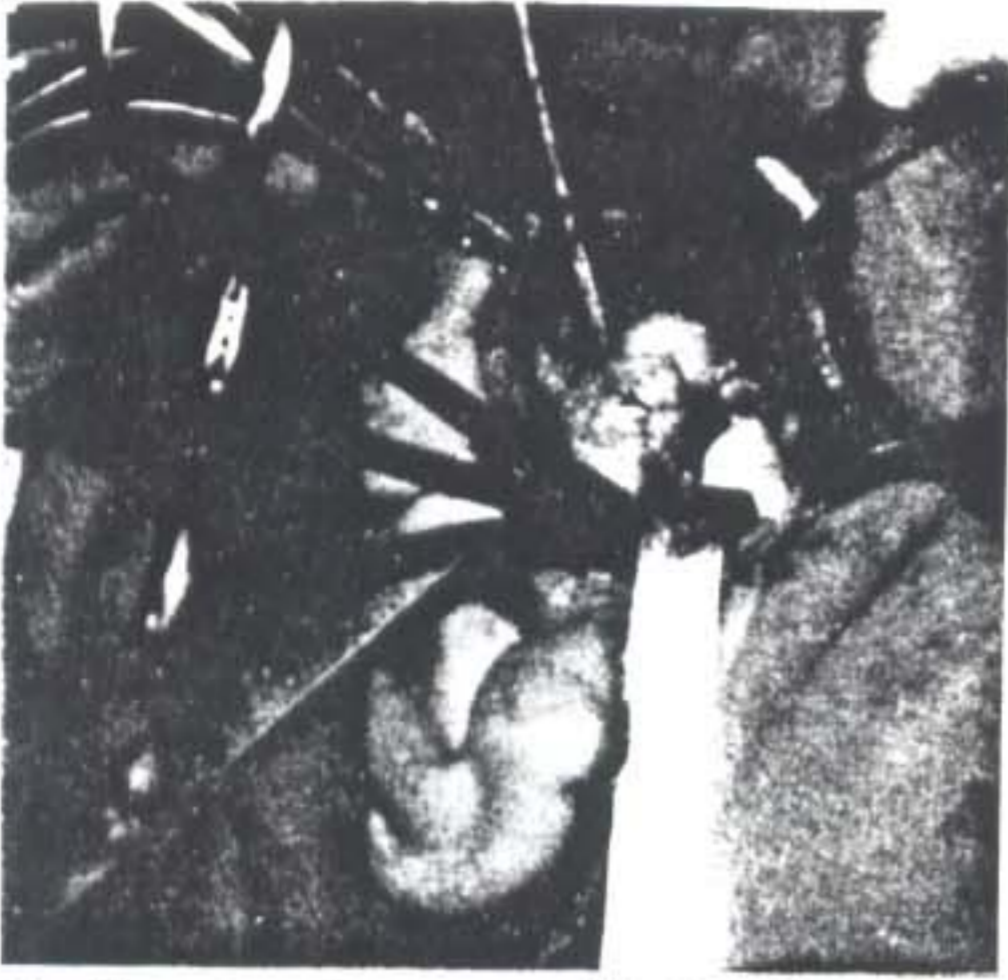
**Anestezi:** Naso-tracheal, genel anestezi

**Op. Süresi:** 130 dakika.

**Cerrahi Teknik:** A.V. Temporalis superfacialis ve N. Auricularis'den kaçınmak üzere, oldukça yüzeysel, preauricular, hokey sopası tarzındaki insizyon uygulandı. N. Facialis'in dalları korunarak diseke edilen flap öne doğru yatırıldı.

Böylece kırılmış ve disloke olarak temporal kemikle kaynaşmış kondil ortaya çıkarıldı (Resim 3)





**Resim 5:** Temporal ve mandibular kemik arasındaki bağlantının kaldırılmış hali.

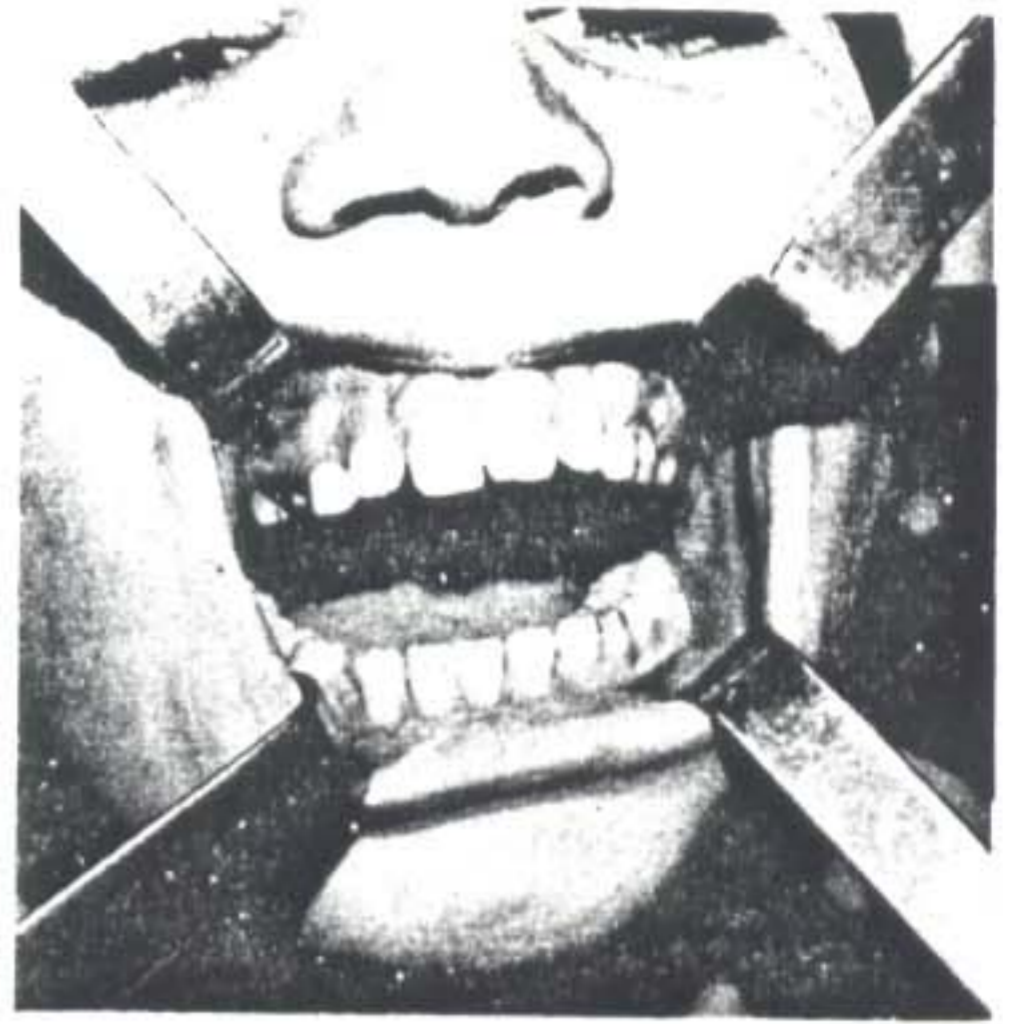


**Resim 6:** Ameliyat bölgesinin kapatılması,

Kondil boynu üzerinde rond frezlerle eşit aralıklarda delikler açıldı (Resim 4).

Fissur frezler yardımıyla açılan delikler birleştirildikten sonra, sonradan oluşturulan eklem yüzlerinin ameliyat sonrası temasını önlemek için büyük frezlerle temporal kemik üzerinde bir fossa oluşturularak derinleştirildi. Bu arada kondil boynu'nda traşlanarak kondil şekli verilmeye çalışıldı (Resim 5). Ağız açıklığı kontrol edildikten sonra cilt altı, cilt dikildi (Resim 6).

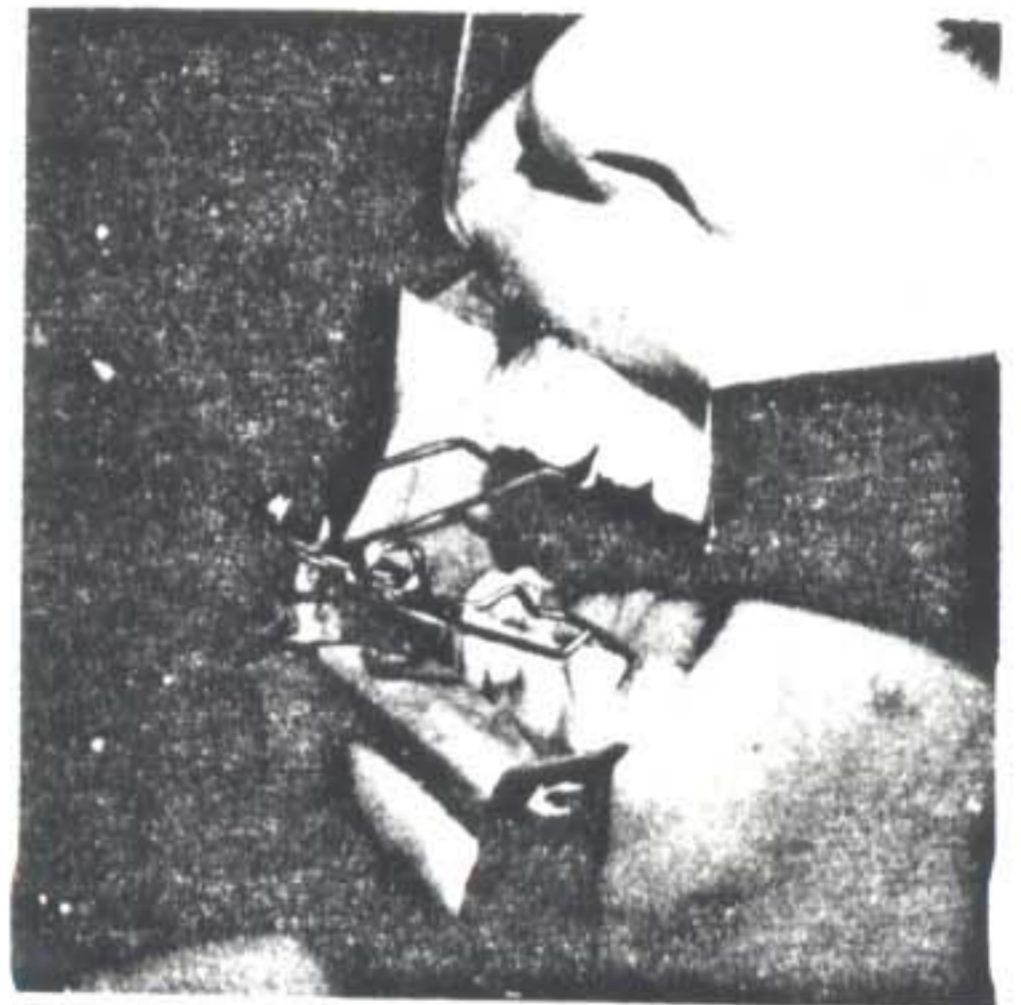
**Ameliyat sonrası:** Hastanın ameliyat sonrası sağlanan ağız açıklığının (Resim 7) korunması ve tekrar ankiloz oluşumunu önlemek üzere üç ay süre ile gündüz sürekli ciklet ile çiğneme egzersizleri yanısıra dinlenme anında, hatta gece takmak üzere Lebenski cihazından esinlenerek hazırlanan ve yay sistemi ile ağızı açık tutmaya zorlayan bir aparat (Resim 8,9) uygulandı. Ameliyattan bir yıl sonra yapılan kontrolde hastanın ameliyattan hemen sonra kazandığı ağız açıklığını hala korumakta olduğu göz-



**Resim 7:** Ameliyattan hemen sonra kazanılan ağız açıklığı,



**Resim 8:** Ağız açıklığını koruyucu aparat. lendi (Resim 10).



**Resim 9:** Aparatın uygulanışı.





Resim 10: Ameliyattan bir yıl sonraki ağız açıklığı

### TARTIŞMA

TME ankilozunun tedavisinde ilk uygulanan metod bir takım apareylerle ağızı yavaş yavaş açmaya zorlamak olmuştur. Buna benzer ve daha ileri çalışmalar TME ankilozunun tedavisinin kesinlikle cerrahiye dayalı olduğunu ortaya koymuştur. Geçmiş 1985'e dayalı cerrahi metodlarda rezeke edilen segmentler arasına konulacak madde üzerine birçok tartışmalar yapılmış ve bunun için; temporal kasın fasyası,

kartilaj, kemik, cilt grafıleri ve titanyum, krom kobalt, silastik, akrilik allojenik materyeller önerilmiştir (1,4,5). Allojenik materyellerin gösterebileceği yabancı cisim reaksiyonlarına rağmen rezeke edilen segmentler arasına herhangi bir materyelin konmasının faydalı olduğu düşünülürken Dingman (3), kesilmiş olan kemik yüzeyler herhangi bir materyelin koyulmasının lüzumsuz olduğunu savunmuştur.

TME ankilozu ameliyatlarında üzerinde durulan bir diğer konuda rezeksiyonun hangi seviyede yapılacağıdır. 1952 de Braithwaite ve Hopper (2), kesimin ramus'un aşağı seviyelerinden yapılması gerektiğini bildirirken, günümüzde rezeksiyonun ramus'un üst seviyelerinden yapılmasının uygun olacağı kesinlik kazanmıştır.

Takdim edilen vakada rezeksiyon ramus'un en üst seviyesinden yapılmış ve segmentler arasına herhangi bir materyel koyulmamasına rağmen, sadece uygulanan egzersizler ve bir aparey yardımıyla ameliyatı takip eden bir sene içinde geriye dönüş olmadığı ve hastanın ameliyattan hemen sonra kazanmış olduğu ağız açıklığını koruduğu tesbit edilmiştir.

### KAYNAKLAR

- 1- Borçbakan, C.: Ağız ve çene hastalıkları şirürjisi. Y.A.C. Matbaası, 2.baskı, Ankara, 1971.
- 2- Braithwaite, F., Hopper, F.: Ankylosis of the temporomandibular Joint. Brit. J. Plast. Surg. 1952;5: 105.
- 3- Dingman, R.O.: Ankylosis of the temporomandibu-

- lar joint Amer. J. Orthodont. and Oral Surg. 1946;32:120
- 4- Dingman, R.O., Grabb, W.C.: Reconstruction of both mandibular condyles with metatarsal bone grafts. Plast. and Recons. Surg. 1964;34:441.
- 5- Dingman, R.O., Grabb, W.C.: Intracapsular temporomandibular joint arthroplasty. Plast. and Recons. Surg. 1966;179:38.