

Temporomandibuler Eklem Rahatsızlıkları ve Tedavisi



Akıl Notları

Güncel • Pratik • Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Hüseyin Avni Balcıoğlu



- ✓ Temporomandibular Eklem Rahatsızlıkları ve Tedavisi Literatür Özetleri
- ✓ Tüm Yaklaşım, Tedaviler ve İşlemler
- ✓ Güncel Yaklaşımlar Konusunda Hap Bilgiler
- ✓ Pratiğe Yönelik Anlatımlar
- ✓ Görsel ve Tablolarla Desteklenmiş İçerik
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli Ayrıntılar
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve Nokta Bilgiler
- ✓ Kolay Öğrenme ve Tekrara Uygun Format



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ

Temporomandibuler Eklem Rahatsızlıkları ve Tedavisi



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Hüseyin Avni Balcıoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Tıp Fakültesi,

Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

TEMPOROMANDİBULER EKLEM RAHATSIZLIKLARI VE TEDAVİSİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2022

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir.
Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-890-0

Seri Editörü: Prof. Dr. Hüseyin Avni Balcıoğlu

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A.Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Bu kitabın yazılma süreci, temporomandibuler eklem çalışmalarını alanlarına göre değerlendirebilecek farklı disiplinlerden bilim insanlarından sadece basit bir görev dağılımının aktarılıp belirli bir retoriğin sentaksı ile kitabın bölümlerinin ve nihayet kitabın kendisinin oluşturulmasının sağlanmasından ibaret değildir; tanıdan tedaviye çocuk dişhekimliğinden radyolojiye, protetik rehabilitasyondan cerrahiye, fizik tedavi ve rehabilitasyondan psikiyatrye değin sahada çalışan tüm branşların akademisyenlerinden titizlikle seçilen ve kendi alanlarının en iyilerinden olan bir ekiple defalarca gerçekleştirilen toplantılarla belirlenmiş bilimsel bir kavrayışın multi- ve interdisipliner bir anlayışla Türk bilim literatürüne kazandırılması çabasıdır.

İnsan vücudunun en karmaşık eklemi olarak tanımlanabilecek temporomandibuler eklemin biza-tihi anatomik özelliklerinin ve ilişkilerinin doğru ve iyi bir şekilde kavranması tanıdan tedaviye önemli ipuçları sağlar. Bu anlamda ilk bölüm eklemin anatomisine ayrıldı. Eklem rahatsızlıklarının tedavisine odaklanan bu cildin ikinci bölümü rahatsızlıkların etiyolojisi ve teşhisi üzerine. Üçüncü bölüm, hem tanısal süreçlerde hem de tedavi planlamasında aslında atfedilenden daha yüksek bir öneme sahip olan eklemin görüntülemesi üzerine yazıldı. Dördüncü bölüm, splint tedavisi üzerine bol görsel içeren mini bir rehber niteliğinde. Beşinci bölüm temporomandibuler eklem cerrahisine dair ve yol gösterici, öğretici nüanslarla öne çıkıyor . Altıncı bölümde son yıllarda daha popüler hale gelen minimal invaziv yöntemler anlatıldı. Yedinci bölümde hem ülkemizde hem dünyada daha az çalışılan ancak çok gözar-dı edilen, çocuklarda eklem rahatsızlıkları ve tedavisi özetlendi. Sekizinci bölüm, fizik tedavi ve reha-bilitasyon ekseninde yönlendirici ve güncel bir manuel özelliğinde. Son olarak; dokuzuncu bölümde, tanı-tedavi sürecinde psikiyatrik yaklaşımın neden mutlaka dahil edilmesi gerektiği anlatıldı.

Temporomandibuler eklem üzerine çalışan her alandan hekim için başucu eseri görevi göreceğ-i-ne emin olduğum bu kitabın editörlüğünü yaparken bilimsel yönlendirmeleriyle de desteğini daima gördüğüm eşime ve çalışma neşesi veren çocuklarıma teşekkür etmeliyim. Yazarlara buradan bir kere daha teşekkür ederim. Güneş Tıp Kitabevleri Yönetim Kurulu başkanı sayın Murat Yılmaz'a ve yayınevi çalışanlarına, özellikle dizgi departmanındaki arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Avni BALCIOĞLU

Editör

YAZARLAR

(Soyadına Göre Alfabetik)

ÖĞR. GÖR. DR. BORA AKAT

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Ankara

DOÇ. DR. BURCU BAŞ AKKOR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

DOÇ. DR. TONGUÇ DEMİR BERKOL

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı
ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

DR. ÖĞR. ÜYESİ METE BÜYÜKERTAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Tıp Fakültesi,
Anatomi Anabilim Dalı, İstanbul

UZM. DR. SÜLEYMAN DÖNMEZLER

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

DOÇ. DR. BAHAR BAŞAK KIZILTAN ELİAÇIK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Diş
Hekimliği Fakültesi
Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı

PROF. DR. HANEFİ KURT

İstanbul Bilgi Üniversitesi
SHMYO Dişçilik Hizmetleri Bölümü
İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul

DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞEBNEM SARIOĞLU KURT

İstanbul Bilgi Üniversitesi
SHMYO Dişçilik Hizmetleri Bölümü
İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul

PROF. DR. NÜKHET KÜTÜK

Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi,
Diş hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve
Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

PROF. DR. KAAAN ORHAN

Ankara Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

PROF. DR. MELTEM VURAL

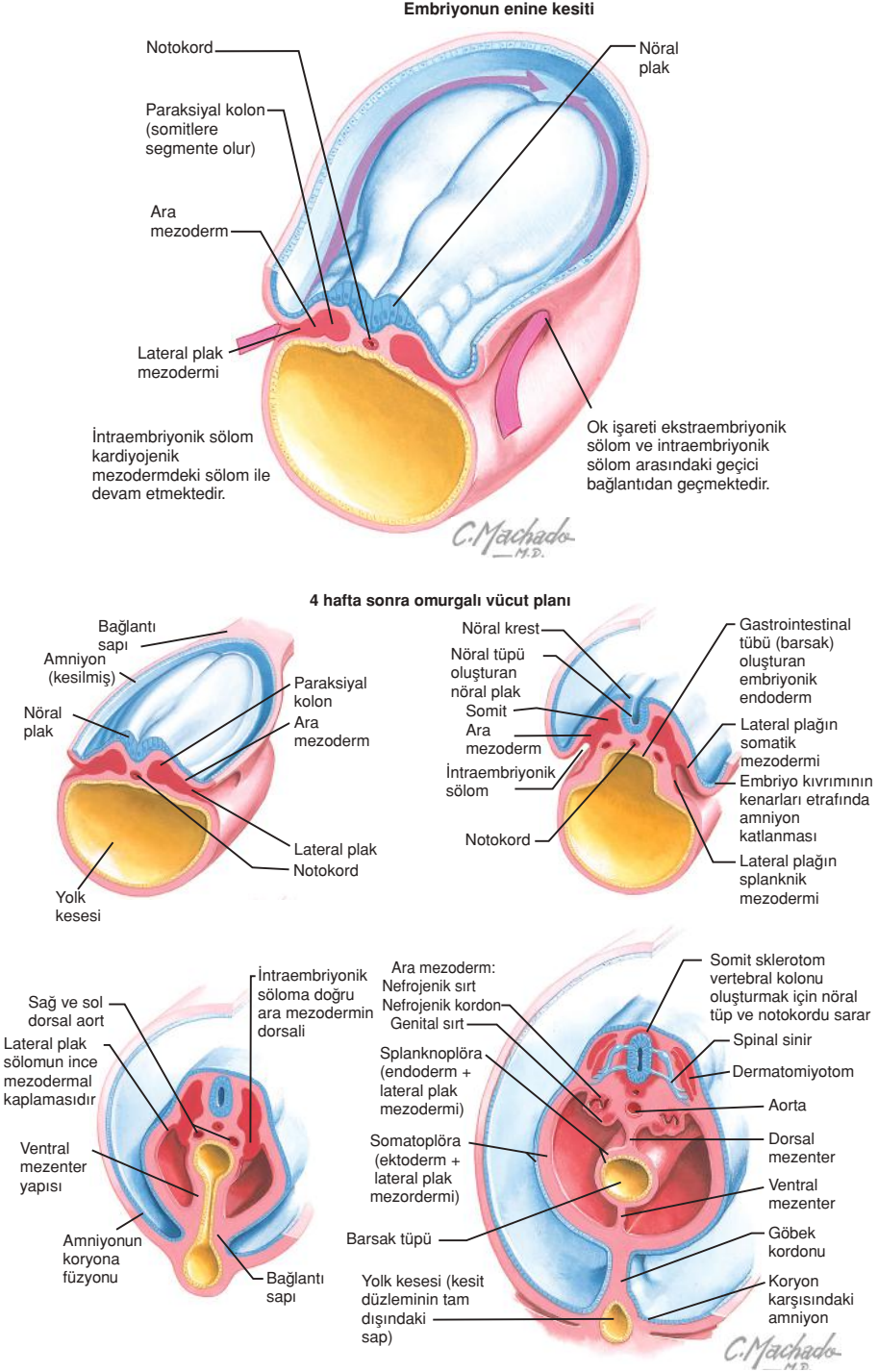
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

İÇİNDEKİLER

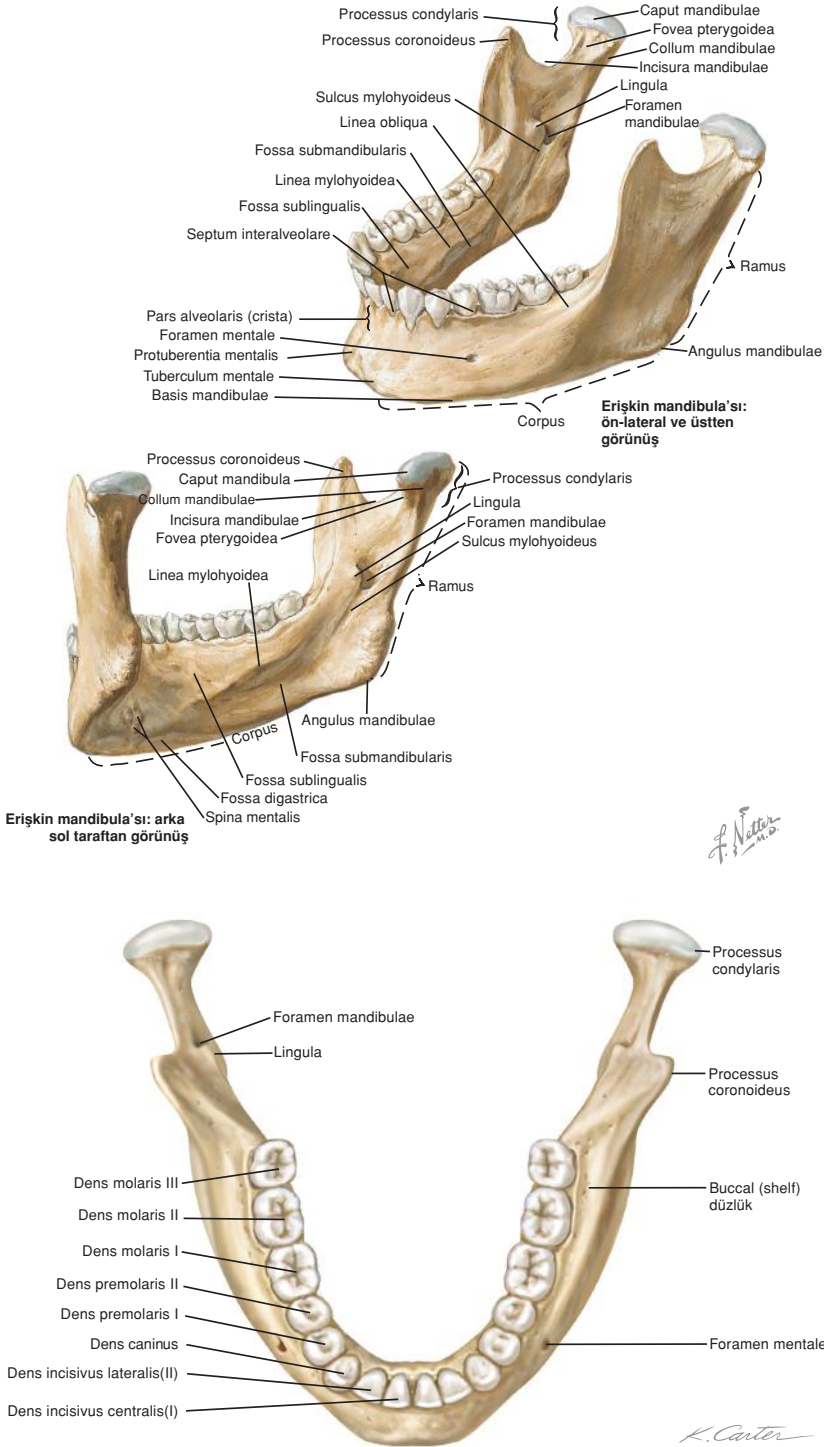
Bölüm 1:	ARTICULATIO TEMPOROMANDIBULARIS'İN ANATOMİSİ VE BİYOMEKANİĞİ	1
	<i>DR. METE BÜYÜKERTAN</i>	
Bölüm 2:	TEMPOROMANDİBULER DÜZENSİZLİKLERİN ETİYOLOJİSİ, SINIFLANDIRILMASI VE TEŞHİSİ	43
	<i>DR. BORA AKAT</i>	
Bölüm 3:	TEMPOROMANDİBULER EKLEMİN GÖRÜNTÜLENME YÖNTEMLERİ	69
	<i>DR. KAAAN ORHAN, DR. BORA AKAT</i>	
Bölüm 4:	TEMPOROMANDİBULER RAHATSIZLIKLARIN TEDAVİSİNDE KULLANILAN SPLİNTLER	83
	<i>DR. HANEFİ KURT, DR. ŞEBNEM SARIOĞLU KURT</i>	
Bölüm 5:	TEMPOROMANDİBULER EKLEM CERRAHİSİ	113
	<i>DR. NÜKHET KÜTÜK</i>	
Bölüm 6:	TEMPOROMANDİBULER BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV YÖNTEMLER	131
	<i>DR. BURCU BAŞ AKKOR</i>	
Bölüm 7:	ÇOCUK DIŞHEKİMLİĞİ AÇISINDAN TEMPOROMANDİBULER EKLEM RAHATSIZLIKLARI	147
	<i>DR. BAHAR BAŞAK KIZILTAN ELİAÇIK</i>	
Bölüm 8:	TEMPOROMANDİBULER EKLEM BOZUKLUKLARINDA FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON UYGULAMALARI	167
	<i>DR. MELTEM VURAL</i>	
Bölüm 9:	TEMPOROMANDİBULER BOZUKLUKLAR VE BRUKSİZMİN PSİKİYATRİ İLE İLİŞKİSİ	181
	<i>DR. SÜLEYMAN DÖNMEZLER, DR. TONGUÇ DEMİR BERKOL</i>	

İÇİNDEKİLER

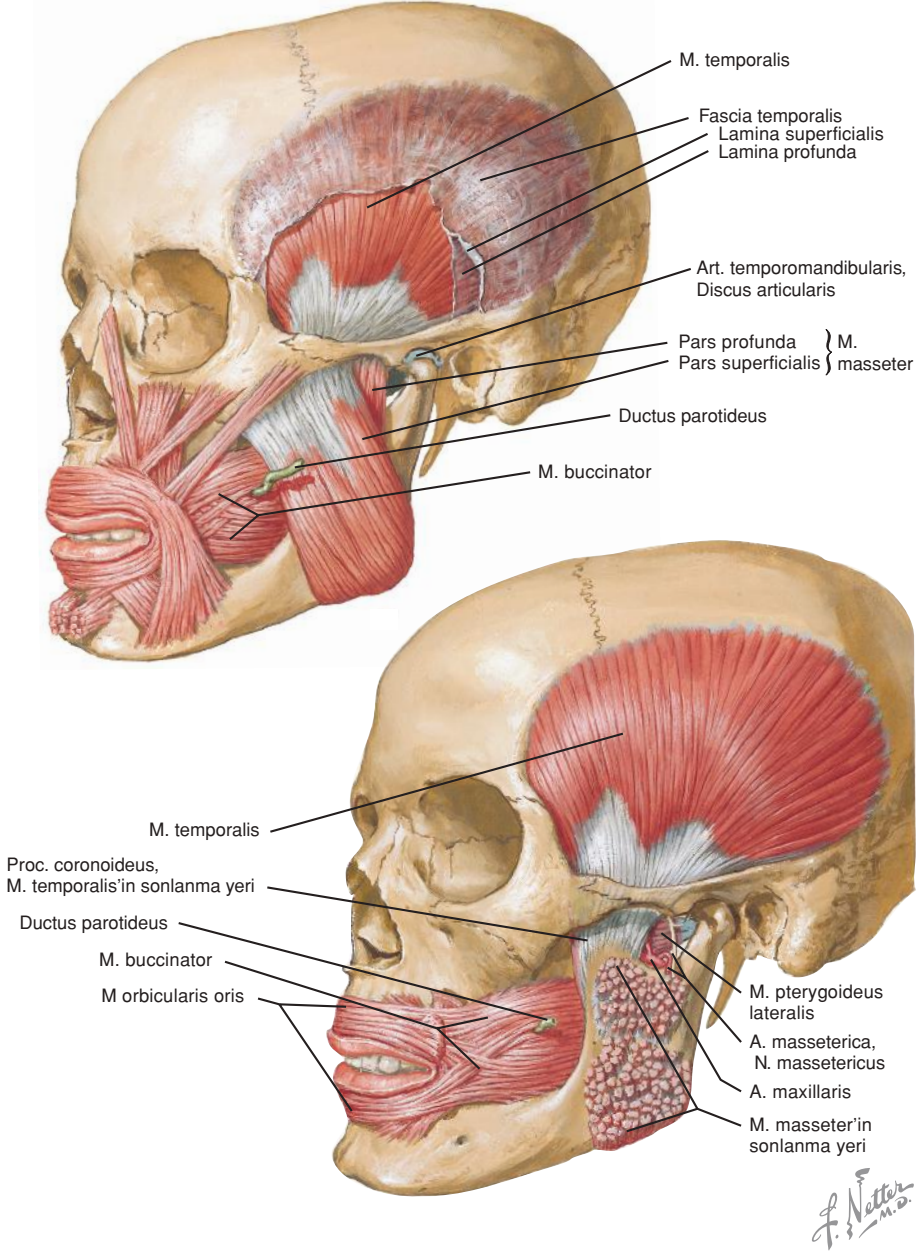
Bölüm 1:	ARTICULATIO TEMPOROMANDIBULARIS'İN ANATOMİSİ VE BİYOMEKANİĞİ	1
	<i>DR. METE BÜYÜKERTAN</i>	
Bölüm 2:	TEMPOROMANDİBULER DÜZENSİZLİKLERİN ETİYOLOJİSİ, SINIFLANDIRILMASI VE TEŞHİSİ	43
	<i>DR. BORA AKAT</i>	
Bölüm 3:	TEMPOROMANDİBULER EKLEMİN GÖRÜNTÜLENME YÖNTEMLERİ .	69
	<i>DR. KAAAN ORHAN, DR. BORA AKAT</i>	
Bölüm 4:	TEMPOROMANDİBULER RAHATSIZLIKLARIN TEDAVİSİNDE KULLANILAN SPLİNTLER	83
	<i>DR. HANEFİ KURT, DR. ŞEBNEM SARIOĞLU KURT</i>	
Bölüm 5:	TEMPOROMANDİBULER EKLEM CERRAHİSİ	113
	<i>DR. NÜKHET KÜTÜK</i>	
Bölüm 6:	TEMPOROMANDİBULER BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV YÖNTEMLER	131
	<i>DR. BURCU BAŞ</i>	
Bölüm 7:	ÇOCUK DIŞHEKİMLİĞİ AÇISINDAN TEMPOROMANDİBULER EKLEM RAHATSIZLIKLARI	147
	<i>DR. BAHAR BAŞAK KIZILTAN ELİAÇIK</i>	
Bölüm 8:	TEMPOROMANDİBULER EKLEM BOZUKLUKLARINDA FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON UYGULAMALARI	167
	<i>DR. MELTEM VURAL</i>	
Bölüm 9:	TEMPOROMANDİBULER BOZUKLUKLAR VE BRUKSİZMİN PSİKİYATRİ İLE İLİŞKİSİ	181
	<i>DR. SÜLEYMAN DÖNMEZLER, DR. TONGUÇ DEMİR BERKOL</i>	



Şekil 2. Embriyonun enine kesitinde baş bölgesinin oluşumu için gerekli, mesoderma paraxiale, mesoderma lamina lateralis, crista neuralis ve ektodermal placeto'nun yerleri.



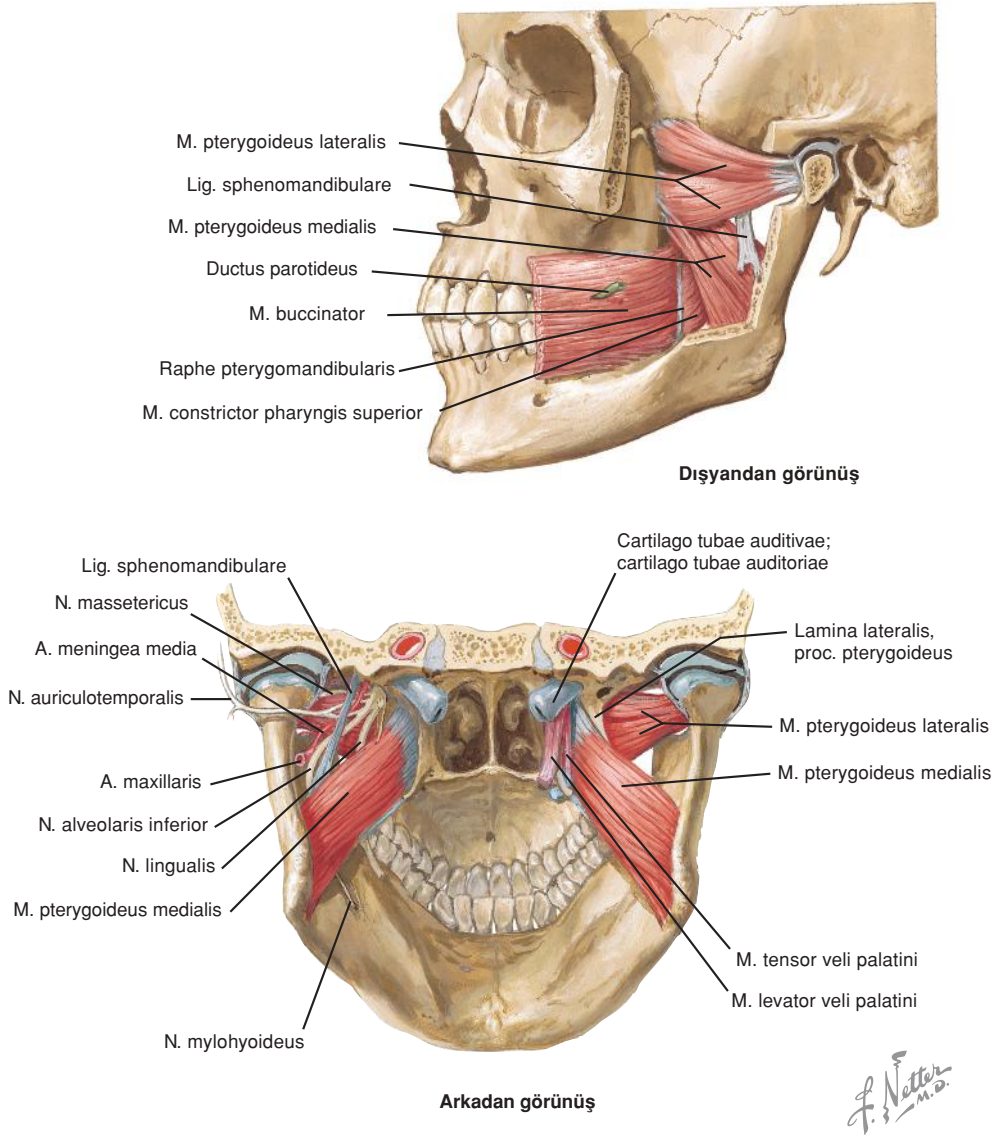
Şekil 14. Mandibula ve TME'nin mandibular bölümünü oluşturan condylus mandibula'nın farklı açılardan görünümü.



Şekil 23. M. masseter'in orijini ve insersiyonu.

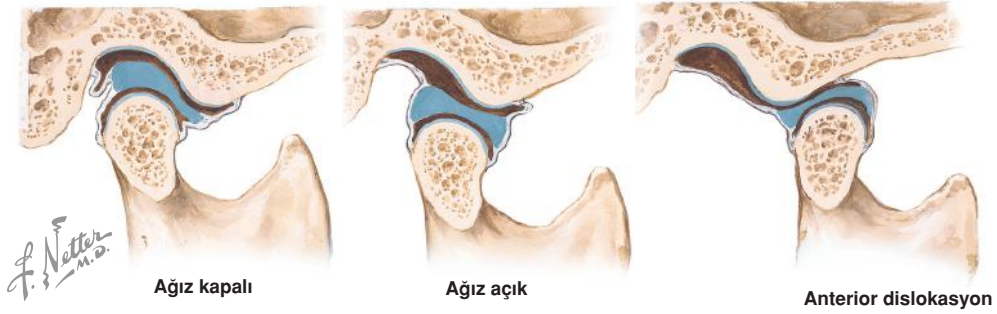
M. masseter

- Ön tarafta birbirine karışan üç tabakadan oluşur. Os zygomaticum'un processus maxillaris'inin kalın aponörozundan ve arcus zygomaticus'un ön üçte ikisinin alt sınırından çıkar (Şekil 23).



Şekil 28. M. pterygoideus medialis'in origo ve insersiyonu.

- **Komşulukları:** Ramus mandibulae ve m. masseter, kasın derininden ya da yüzeyselinden geçen a. maxillaris, m. pterygoideus medialis'in yüzeysel bölümü ve m. temporalis'in tendonu kasın yüzeysel ilişkisindedir. Kasın derininde m. pterygoideus medialis'in derin başı, ligamentum sphenomandibulare, a. meningea media, n. mandibularis bulunur. Üst sınırı n. mandibularis'in temporal ve masseterik dalları ile ve alt sınırı ise n. lingualis ve n. alveolaris inferior ile ilişkilidir.
- Biraz derinden yapılan posterior superior alveolar sinirlerin blokajı n. lingualis'i de uyuşturur. N. buccalis ve a. maxillaris kasın iki başı arasından geçerler. TME'nin disfonksiyonu sendromunda



Şekil 30. Anterior dislokasyon sırasında caput mandibula ve discus articularis'in konumları.

- Daha sonra normal disk kondil ilişkisi yeniden sağlanır ve ağız maksimum açıklığa ulaşabilir. Ağız kapanırken disk yeniden kondilin önüne geçebilir. Bu olay resiprokal klik olarak ya da reduksiyonlu disk deplasmanı olarak adlandırılır. Eğer disk tamamen kondil başının önüne çekilirse bu durum açılma sırasında geri dönmez ve kondilin herhangi bir şekilde öne translasyonu engellenir. Böylece ağız açıklığı rotasyonel komponente bağlı olarak 25 mm yi geçmez. Bu sık rastlanan klinik bir durumdur ve kapalı kilitlenme ya da reduksiyonsuz disk deplasmanı olarak bilinir.

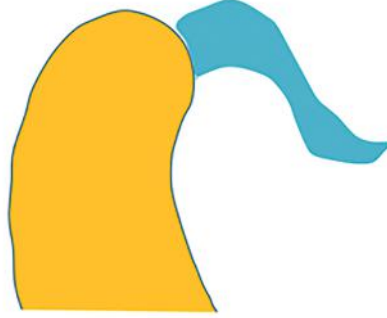
Eksentrik Çene Açma

- Eksentrik çene açma çiğnemenin güç vuruşuna hazırlıkla ilgilidir. Çalışan taraftaki güç vuruşu ile ilgili olarak lateral hareketler sırasında çalışmayan tarafın kondili öne ve arkaya kayar. Halen çiğneme kasları mandibular hareketler üzerine esas kontrole sahip olsalar da, lig. temporomandibulare ve lig. sphenomandibulare açılma sırasında kondili eminentia artikularise göre sıkıca yerinde tutar.

Eksentrik ve Simetrik Çene Kapama

- Çeneyi kapatan kasların mandibula üzerindeki etkisinin eklem yüzeylerini bir araya getiren bir komponenti vardır. Bu eklem dokusunu sıkıştırır ve potensiyel olarak ligamentleri kısaltır, böylece çene hareketlerini kısıtlayamazlar. Bu koşullar altında, çene hareketleri ve kondilin pozisyonları nöromuskular süreçler tarafından kontrol edilir. (eminentia artikularis kısıtlaması, dişlerin okluzal yüzeyleri, ve aralarında yiyecek bulunmasının yarattığı sınırlamalar içerisinde). Çiğnemenin vuruş aşamasında çalışmayan taraftaki kondilin en uzağa gittiğine ve en fazla yükün altına girdiğine dikkat etmek gerekir. Her iki eklemdaki yükler -dengeleyici ve çalışan- her iki kondili kendi artikular eminensine doğru gücle iter.

- Eğer kondilin anterior çıkıntısı ve diskin intermediat zone bölgesi 2mm'den fazla uzaklaşırsa veya saat 12 pozisyonundan 30 dereceden fazla sapmalar olursa, disk deplase olmuş demektir. (Şekil B)



Şekil B: Deplase olmuş disk – kondil ilişkisi

- Disk anterior, posterior, medail ve lateral yönlerde deplase olabilir.



Klinik olarak en çok rastlanan anterior disk deplasmanlarıdır.

- Anterior disk deplasmanlarında, ağız kapalıyken kondilin anterior çıkıntısı diskin posterior bandıyla ya da posterior kenarıyla temasta olur.
- Diskin anterior deplasmanlarında, anatomik olarak mediale doğru bir miktar deplasman da vardır. Bu durum kasların etkisi ve kondil açısıyla alakalıdır.
- **Redüksiyonlu disk deplasmanları:** Ağız kapalı pozisyonunda iken diskin posterior bandı bütün sagittal kesitlerde kondil başının anteriorunda konumlanmıştır.
- Ancak ağız açıldığında disk ve kondil arasında ilişki yeniden sağlanır, yani bir başka deyişle, ağız maksimum açıldığında anteriora konumlanmış olan disk, posterior kısmını atlayan kondille normal anatomik ilişkiye geçer.
- Ağızın açılması sırasında klik adı verilen sesler duyulabilir. Kondil ağız kapalıyken diskin posterior kısmında konumlandığından, ağız açma sırasında kondil posterior bandı atlayarak normal kondil-disk ilişkisine geçmeye çalışır ve bu atlama hareketi sonucunda klik sesi oluşur.
- Ağızın kapanması sırasında, disk yine anteriora konumlanmış deplasmanlı haline döner ve burada ikinci bir klik sesi duyulabilir. Buna da resiprokal klik adı verilir
- Resiprokal klik sesi her hastada oluşmaz ve klinik anlamda öneme sahip değildir.



Redüksiyonlu disk deplasmanı durumunda; klik sesi, palpasyonda hassasiyet, fonksiyon sırasında artan ağrı ve çene hareketlerinde kısıtlılık görülebilir.

- Klik sesi olup, asemptomatik olan vakalar da mevcuttur.
- Eğer tek taraflıysa, ağız açma sırasında alt çene etkilenen tarafa doğru kayabilir. Ağız tam açıldığında çene normal pozisyonuna gelir. Çenenin bu hareketi **deviasyon** olarak adlandırılır.
- Laterale çenenin kaydırılması sırasında deplasmanın olmadığı tarafa doğru kısıtlılık görülebilir. Bu kısıtlılık deplase olmuş tarafa görülmez.



Şekil F: Hekim rehber referans çizgiyi çiziyor

- Cetvel yardımıyla önce hastanın overjet miktarı ölçülür. Eğer çapraz kapanış varsa overjet miktarı eksi (-) olarak kaydedilir. (Şekil G)



Şekil G: Hekim overjet miktarını ölçüyor

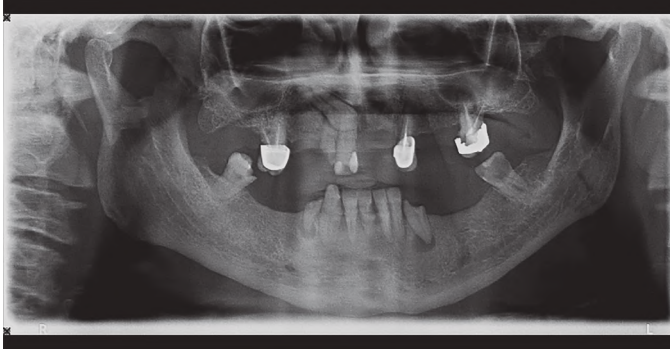
- Daha sonra cetvel yardımıyla overbite miktarı ölçülür. Eğer açık kapanış durumu varsa overbite miktarı eksi (-) olarak kaydedilir. (Şekil H)



Şekil A: Konvansiyonel ön-arka radyografide uzamış sol ramus ve yüz asimetrisinin değerlendirilmesi

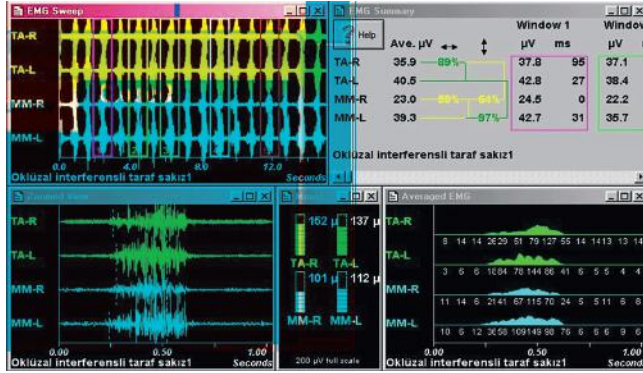
a) Panoramik radyografi

- TME, sadece kemikler ve tek bir planda görüntülediği için mandibuler fossa ve artiküler eminens istenilen düzeyde gözlenemez.
- Kondil ve glenoid fossa arasındaki ilişki panoramik radyograflarda değerlendirilemez çünkü kafa kaidesi ile zygomatic arkın görüntüsü fossanın görüntüsüne superpoze olur.
- Kondil fraktürlerini değerlendirmede kullanılabilir. (Şekil B)



Şekil B: Panoramik radyografide sağ kondil kırığı değerlendirmesi

- Eklemler arasındaki asimetrik ilişkinin, kondillerin hacim ve şekillerindeki farklılıkların, artiküler eminensin eğimi ve yüksekliği arasındaki varyasyonların ve kondillerin glenoid fossa içindeki durumlarının belirlenmesinde yetersiz kalırlar. (Şekil C)



Şekil N: EMG ölçümleri sonrası analiz ekranı ve sayısal verilere ulaşılması

- Dinlenirken veya çalışırken kasların ürettiği elektriksel aktiviteyi değerlendirme ve kaydetmeye yarar.



Dış Hekimliğinde EMG Çalışmalarının Endikasyonları

1. Hipertrofi
2. Kas spazmı
3. Kas hassasiyeti
4. Bruksizm
5. TME klikling
6. Posterior boyun ağrısı
7. Baş ağrısı

b) Elektrovibratografi (EVG)

- Seslerin frekansı ve amplitüdünün matematiksel anlamda gösterilebileceği, seslerin dalga tiplerinin görüntülenebileceği, açma-kapama siklusunda sesin meydana gelme anının hassas bir teknikle belirlenebileceği bir yöntemdir.
- TME muayenesinde, eklem titreşim analizi olarak kullanılabilir.
- Eklem seslerinin analizi ve kaydı için spektral analize dayanan eklem titreşim analizi (joint vibration analysis, JVA) yöntemi kullanılabilmektedir.
- Non-invaziv bir teknik olan JVA, temporomandibuler disfonksiyon teşhisi için yararlı bir yöntemdir.
- JVA hareket ve sürtünme prensiplerine dayanan bir yöntemdir. Temporomandibuler eklem vibrasyon analizleri, çenenin tüm hareketleri boyunca eklemde çıkan titreşimlerin yoğunluğu ve sıklığını ölçen işlemlerdir. (Şekil O)



Şekil 4. Öncelikle aljinat ölçü alınır



Şekil 5. Sert alçıdan model hazırlanır



Şekil 6. Model trimmer ile düzeltilip eksik ve andırkatlı bölgelere silikon ile doldurma işlemi yapılır



Şekil 29. Kalan boşluğa akrilik ilavesi

- Ön bölgeye rehberlik için biraz fazla ilave edilir.
- Ağıza götürülmeden önce serbest monomerler hava spreyi ile mümkün olduğunca elimine edilmeye çalışılır.
- Akrilik kuruyunca ve monomerden arınınca, aparey sıcak suya batırılıp sonra ağıza takılır ve sentrikte hastaya kapatılır. Kesiciler ön stopta işaretlenen noktaya değinceye kadar kapatılır. Sonra hastaya yavaşça ağzını açması söylenir ve oklüzal yüzler incelenir. Tüm dişler temas ediyor ve kaninler bölgesinde yeterli akrilik var ise tekrar kapatılır.
- Akrilik sert ve şeklini korur hale gelinceye kadar beklenip çıkarılır. Bu uygulama sırasında akrilik ısınmadan önce çıkarılır ve ağız dışında akrilik tam sertleşinceye kadar sıcak suda beklenir ise akrilikteki porozite de önlenir (Şekil 30).



Şekil 30. Polimerizasyon sonrası splintin oklüzal yüzünün görüntüsü

Sentrik İlişki Temaslarının Aşındırılması

- Öncelikle bütün alt çene bukkal tüberküllerinin en derin noktası kurşun kalemle işaretlenir (Şekil 31).



Şekil 45. Pomza uygulaması sonrası splintin görünümü



Şekil 46. Cila patı ve kumaş fırça ile cilalama işlemi yapımı



Şekil 47. Cila sonrası splintin oklüzal görüntüsü



Rekürrent dislokasyonda ilk tedavi seçeneği eminektomidir.



Eminens çıkıntısı piezocerrahi veya testere ile kesilerek çıkarılır (Şekil 9).



Dikkat edilmesi gereken en önemli nokta lateraldeki eminens çıkıntısının medyale kadar kaldırılarak eklem diskinin rahat hareketi ve kondiler translasyonun engelsiz bir şekilde sağlanmasıdır.



Şekil 9. Eminektomide osteotomi hattı

- Orta kraniyal fossada meydana gelebilecek bir perforasyon temporal lobu açığa çıkarabilir ve serebrospinal sıvı kaçışına neden olabilir. Bu nedenle kemik kesisi sırasında osteotomun aşağı yönde açlandırılması gereklidir.

ANKİLOZ

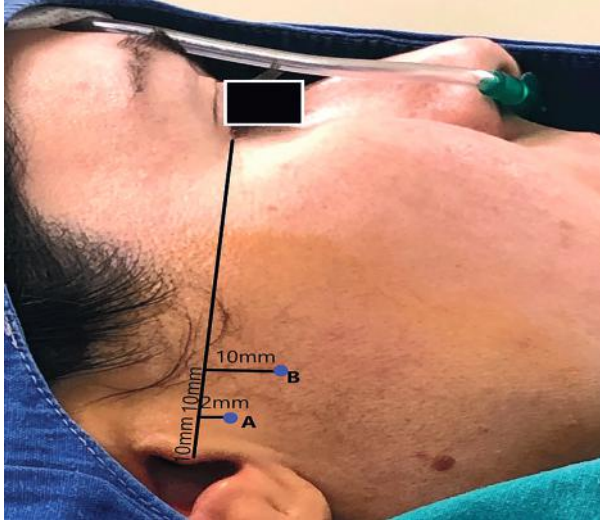
- TME ankilozu ağız açıklığını tam ya da kısmi olarak kısıtlayan bir bozukluktur. Genellikle travma, enfeksiyon ya da sistemik hastalıklarla (ankilozan spondilit, romatoid artrit, psoriasis) ilişkilidir. Çiğneme, sindirim, konuşma, estetik ve hijyen problemleri ve büyüme dönemindeki hastalarda çenelerde deformite, disfonksiyon ve maloklüzyona neden olabilir (Şekil 10).



Şekil 10. Bilateral ankiloz nedeniyle ağız açıklığında şiddetli kısıtlılık



Şekil 2. Artrosentez öncesi hastanın ağzı açık kapatılarak, giriş yerinin tespit edilmesi.



Şekil 3. Artrosentez giriş noktaları: Tragusun ortasından dış kantusa kadar bir hat çizilir. Arka giriş noktası tragusun 10 mm uzağında ve bu hattın 2 mm altındadır (A). Ön giriş noktası tragusun 20 mm uzağında ve hattın 10 mm altındadır (B).



Klasik artrosentez giriş noktaları değiştirilebilir. Giriş kolaylığı açısından öndeki giriş arka girişin 0,5 cm önünden ve 3-4 mm altından yapılabilir. İşlem sırasında mandibula protrüzyona getirilirse ya da hastanın ağzı yarım açtırılırsa, eklem boşluğu genişlediğinden girişler daha rahat olur.

- Öncelikle arka giriş noktasından 20 G' lik iğne ile 2 cc sıvı (ringer laktat ya da serum fizyolojik solüsyonu) verilir. Sıvı verildikten sonra enjektör pistonuna basınç uygulanmadığında verilen sıvının geri gelmesi kapsül içinde olduğumuzu gösterir. Kapsül içine 1 cc sıvı verilerek ikinci iğnenin daha rahat girmesi için kapsül genişletilir. Daha sonra ön giriş noktasından ikinci bir 20 G'lik iğne ile girilir ve yaklaşık 100-300 cc sıvı ile üst eklem boşluğunun basınçlı lavajı yapılır (Şekil 4).

İğne tamamen çıkarılır ve giriş yerine steril bant uygulanır. İşlem sonrası hastaya antibiyotik, analjezik ve anti-inflamatuvar ilaç reçete edilir. Hastaya elastik bandaj uygulanarak, 1-2 hafta kalması sağlanır ve yumuşak diyet önerilir. İşlem tek sefer ya da tekrarlanan seanslar şeklinde yapılabilir.



Şekil 10. Dislokasyon tedavisinde üst eklem boşluğuna otolog kan uygulanması.

KAYNAKLAR

- Nitzan DW, Dolwick MF, Martinez GF. Temporomandibular joint arthrocentesis: A simplified treatment for severe, limited mouth opening. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49: 1163-1167. 3.
- Frost DE, Kendell BD. The use of arthrocentesis for treatment of temporomandibular joint disorders. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57: 583-587.
- Önder ME, Tüz HH, Koçyiğit D, Kişnişçi RŞ. Long-term results of arthrocentesis in degenerative temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 107: e1-e5
- Alkan A, Bas, B. The use of double-needle cannula method for temporomandibular joint arthrocentesis: clinical report. *Eur J Dent.* 2007; 1:179-182. 24.
- Guarda-Nardini L, Manfredini D, Ferronato G. Arthrocentesis of the temporomandibular joint: a proposal for a single-needle technique. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:483-486.
- Tozoglu S, Al-Belasy FA, Dolwick MF: A review of techniques of lysis and lavage of the TMJ. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011;49:302-309.
- Laskin DM. Needle placement for arthrocentesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56: 907. 31.
- Rydel, N, Balazs E. Effect of Intra-articular Injection of Hyaluronic Acid on the Clinical Symptoms of Osteoarthritis and on Granulation Tissue Formation, *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1971 - Volume 80 - Issue - p 25-32
- Sato S, Ohta M, Ohki H, et al. Effect of lavage with injection of sodium hyaluronate for patients with nonreducing disk displacement of the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84:241-244.
- Alpaslan G, Alpaslan C. Efficacy of temporomandibular joint arthrocentesis with and without injection of sodium hyaluronate in treatment of internal derangements. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:613-618.

medial pterygoid kaslar, sternokleidomastoid ve posterior digastrik kaslar palpe edilir ve çiğneme kaslarının duyarlılığı tespit edilir (Şekil 1-2-3).



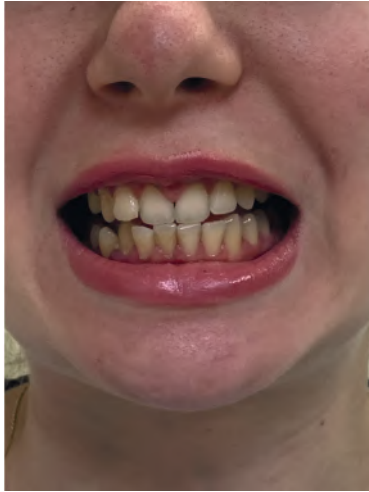
Şekil 1. Temporal Kas muayenesi



Şekil 2. Masseter Kas muayenesi



Şekil 2. Servikal izometrik egzersizler.



Şekil 3. Koordinasyon egzersizi.

Isırma ve Diş Sıkma Psikodinamik Yaklaşımlar

- Psikodinamik yaklaşıma göre hastanın geçmişini, çocukluğunu ve bilinçdışını araştırmak, onun yetişkin kişiliğini anlamanın ön koşuludur.
- Çalışmalarında daha çok çocuğun nesne ilişkilerine yer veren Klein, çocuğun memeyle ilk ilişkisine hüsrana ve doyumsuzluğun karışmamasının olanaksız olduğunu; çünkü hiçbir ilişkinin doğum öncesi anne-çocuk birliğinin yerini tutamayacağını belirtir.



Şekil 4. Melanie Klein torunu ile, 1945

- Memenin bebek için sadece fiziksel bir nesne olduğunu kabul etmeyen, kişinin benlik gelişiminde önemli rol taşıdığını belirten Klein; haset nedeniyle bebeğin, yoksun kaldığı doyumun kendisini hüsrana uğratan meme tarafından alıkonulduğuna inanabileceğini belirtmiştir. Bebeğin zihninde tükenmez olan meme fantezisi bulunduğunu belirten Klein, yetersiz beslenmenin haseti ortaya çıkarabileceğini söylemiştir.
- Kıskançlık, elinde olanı yitirmekten korkar; hasetse kendi istediğinin bir başkasında olduğunu gördüğü için acı duyar. Haset duyulan ilk nesne memedir; hasetli bebek de memeyi ısırıp onu tahrip etmeye çalışabilir. Oral-sadistik evreye takabül eder.
- Beden ile ilgili sorunlar (örneğin TME'de) kişinin dikkatini, kişinin farkında olmak istemediği bağımlılık eğilimi, agresyon ve depresyondan uzaklaştırıyor olabilir. Odaklandığı bu problem daha dayanılmaz olan asıl problemden daha az endişe vererek kişinin anksiyete ile başa çıkmasını sağlar.
- Uyku bruksizmi bağımlı kişiliğin hayal kırıklığının ya da simbiyotik yaşamın kopuşunun verdiği anksiyetenin dışı vurumu olabilir.
- Diş sıkma anksiyetenin bir yansıması olabileceği gibi, öfkeyi etkili bir şekilde ifade edemeyen kişilerde agresyonun da yansıması olabilir.
- Elleri sıkma, vücudun belirli parçalarını duvara yaslama gibi eylemler kendilik hissi ve kişinin kendi beden hissini yeniden sağlamak için yapılır. Bir benzeri diş hekimine başka bir sebeple gelen hastada, yapılacak herhangi bir dental girişimde bozulabilecek olan stabil beden imgesini sağlama almak için, bruksizm, diş sıkma, mastikatör kaslarda konstriksiyon meydana geliyor olabilir.

Temporomandibuler Eklem Rahatsızlıkları ve Tedavisi

Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-890-0



9 789752 778900