OLGU SUNUMU

Gecikmiş Bilateral Mandibular Kondil Fraktürünün Tedavisi: Olgu Raporu sunumu
The Treatment of Delayed Bilateral Mandibular Condyle Fracture: A Case Report

Serhat ATILGAN*, Gülten ÜNLÜ**, Ferhan YAMAN*

ÖZET

Çocuklarda kondil fraktürlerinin tedavisi özellik gösterir ve bu tür fraktürlerin uygun tedavisi uzun zamandan beri tartışma konusu olmuştur. Tedavi alternatifleri olarak; intermaksiller fiksasyon (IMF) ile birlikte intra-osseoz fiksasyon, IMF ile birlikte immobilizasyon, erken hareket ve normal yemek yeme alışkanlığını vurgulayan immobilizasyonsuz tedavi seçenekleri sıralanabilir. "primum nil nocere" prensibi ile splintleme yoluyla konservatif non-invaziv tedaviyi, fraktürün cerrahi tedavisine tercih ettiğimiz bilateral kondil fraktürü olan olgumuzun tedavi şeklini ve sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: *Kondil fraktürü, Konservatif tedavi*

Geliş Tarihi : 19.12.2006
Kabul Tarihi : 31.05.2007

ABSTRACT

Since facial and tooth development continues during childhood, the treatment of mandibular fractures is different to that in adults, and has long been the subject of debate. Treatment alternatives may be listed as follows. Intra-osseous fixation with intermaxillary fixation (IMF), immobilization with IMF, immobilization therapy emphasizing early movement and normal eating habits. The principle of "primum nil nocere," in other words, conservative non-invasive treatment using the splint method should be preferred over surgical fracture treatment. We aimed to discuss our patient's treatment method and result that had bilateral mandibular condyle fractures.

Key words: *Condyle fracture, Conservative treatment*

Recieved date : 19.12.2006
Accepted date : 31.05.2007

Giriş

Maksillofasiyal travma tedavisi içinde yer alan temporomandibular eklem (TME) yaralanmalarının tedavisi, tartışmaya yol açan alanlardan birisidir. Fraktüre olan kondiler segmentin yer değiştirmesi ve lokalizasyonu, travmatik stimulusun yönü ve gücüne bağlıdır.[1] Mandibular kondil kırıklarının tedavisi üzerine yapılan çalışmalar sonucu, araştırmacılar yapılan gereksiz uygulamalara dikkat çekmiş ve dislokasyon ile deplasman derecesinden bağımsız olarak bir kırığın cerrahi ya da konservatif olarak hangi yöntemle tedavi edileceği konusunda etkili bir yöntem önermemişlerdir.[2] Ancak literatürde, tedavi şeklinin seçiminde hasta mağduriyeti, morbidite, sekeller ve içerdiği riskler göz önünde bulundurularak, hasta için en uygun tedavi şeklinin seçilmesi gerektiği vurgulanmıştır.[3]

Kondil fraktürü olan hastalar, genellikle ağrı ve preauriküler bölgede hassasiyet nedeniyle ağızlarını açmada zorluk çekerler.[4,5] Mandibulaya gelen travma sonrası orta hatta deviasyon, ağız açılmasında limitasyon, preaurikular ödem ve ağrı kondil fraktürünü düşündürmelidir.[6] Mandibulanın aynı zamanda lateral hareketi de sınırlıdır.[4] Fraktür tek taraflı olduğunda etkilenmeyen tarafta limitasyon daha fazla olacak ve açma sırasında çene etkilenen tarafa doğru kayma gösterecektir.[4,5] Çift taraflı mediale disloke subkondiler fraktürler ise, oluşan kısa ramus ve suprahyoid kasların hareketi ile bir açık-kapanış oluştururlar.[5,7]

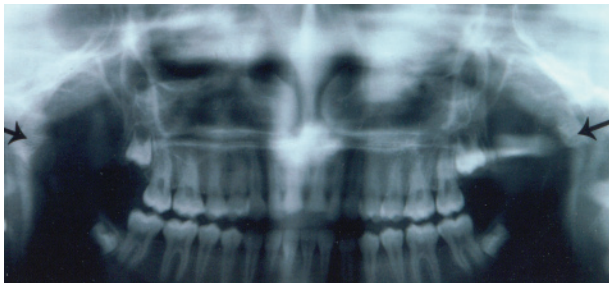
Olgu Sunumu:

Düşme öyküsü olan 15 yaşındaki bayan hasta kliniğimize ağzını kapatamama ve yemek yiyememe şikâyetleri ile başvurdu. Yapılan klinik muayenede hastada belirgin



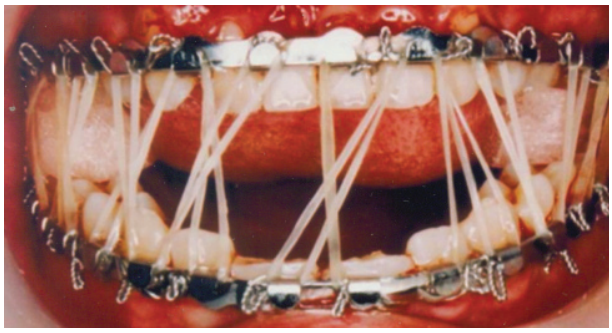
Resim 1: *Hastanın apertognatik ilişkisi*

*:Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrahisi Anabilim Dalı *Dr, **Prof. Dr.



Rasim 2: *Tedavi öncesi panoramik grafisi*

apertognati (Resim-1) ve lateral çene hareketlerinde kısıtlılık gözlendi. Bilateral preaurikular bölgede palpasyonda ağrısı olan hastanın panoramik grafisinde bilateral kondil fraktürü tespit edildi (Resim-2). Klinik ve radyolojik muayene bulguları, hastanın yaşı, büyüme ve gelişme döneminde olması göz önüne alındığında konservatif tedavi yöntemi uygulanmasına karar verildi. Bilateral kondil fraktürü nedeniyle kısalan ramus boyunu düzeltmek ve kırık fragmanları arasında konsolidasyonu tekrar sağlamak amacıyla molar diş bölgelerine akrilik stoper hazırlanarak yerleştirildi. Bu yüksekliği destek kabul ederek elastik rondeller ile intermaksiller traksiyon uygulandı (Resim-3). İki gün sonra akrilik bloklar ağızdan çıkarılarak yeniden oklüzyon sağlandı. Akrilik stoperler ağızdan çıkarıldıktan sonra elastik rondeller ile yeniden intermaksiller fiksasyon sağlandı ve 4 hafta sonra hastanın arch barları çıkarılarak IMF sonlandırıldı. 45 gün boyunca hastaya kademeli ağız açacağı kullandırılarak mekanoterapi uygulandı.

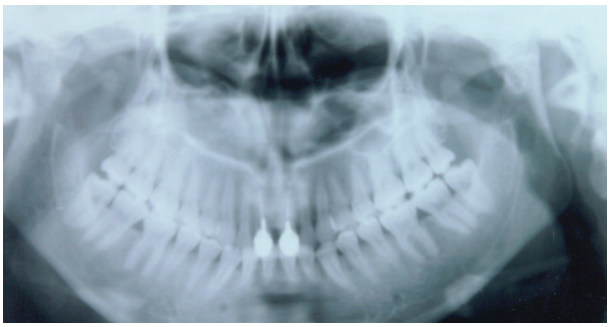


Resim 3: *Akrilik blokların uygulanması ve IMF*

Tartışma ve Sonuç

Çift taraflı mediale disloke subkondiler fraktürler, kısa ramus ve suprahyoid kasların hareketi ile bir açık-kapanış oluştururlar.[5,8,9] Uzun yıllar hastayı 2–4 hafta arası immobilize eden arch-barların ya da splintlerin kullanılması, tedavinin ana temeli olmuştur ancak bazı araştırmacılar, tüm kırıklarda ilk tedavi olarak intermaksiller fiksasyon kullanımının enflamasyona neden olduğunu belirtirken, bazıları da kondil boynunun deplase kırıklarında kırık taraftaki distal molar bölgeye akrilik blok koyarak 2–3 mm oklüzyonun yükseltilmesi ve stresin giderilmesi (fulkrum terapisi) gerektiğini vurgulamışlardır. Yaklaşık 8-12 gün sonra fiksasyonun çıkartılıp, anterior bölgeye uygulanmış elastiklerle fonksiyonel olarak takip edilmesi gerektiği bildirilmiştir.[1] Diğer bazı araştırmacılar ise, eklemi rahatlatmak için fulkrum terapisi yerine elastik traksiyon ve eklem egzersizleriyle daha faydalı sonuçlar alınabileceğini rapor etmişlerdir.[10,11]

Santler ve arkadaşları[12] çalışmalarında kondil kırığının olduğu tarafta kırık nedeniyle ramus boyu kısalmış ise molar diş bölgesine stoper konularak yapılan maksillomandibular fiksasyon ile cerrahi olmayan tedavinin, özellikle yüksek oranda adaptasyon potansiyeli olan ve



Resim 4 a: *3 yıl sonraki panoramik grafisi*



Resim 4 b: *3 yıl sonraki maksiler-mandibular ilişkisi*



Resim 4 c *3 yıl sonraki ağız açıklığı*

spontan rejenerasyon görülen çocuklarda standart tedavi yöntemi olarak uygulanmasını önermişlerdir.

Bu olguda; gecikmiş bilateral kondil mandibula fraktürüne bağlı olarak kısıtlı ağız açıklığı, lateral çene hareketlerinde yetersizlik ve apertognati gelişen hastanın fraktür nedeniyle kısalan ramus boyunu kompanse etmek için molar dişler bölgesine akrilik stoperler yerleştirildi ve alt ve üst çeneye arch bar uygulanarak elastik rondellerle IMF uygulandı. Kondil seviyesinde uygun sentrik ilişki pozisyonu sağlandıktan sonra stoperler çıkarıldı ve elastik rondellerle yeniden intermaksiller fiksasyon sağlandı. 4 haftalık IMF tedavisi ve ardından 45 günlük fonksiyonel tedaviden sonra hastanın şikâyetleri tamamen ortadan kalktı. Postoperatif 3 yıl sonra yapılan kontrollerde hastanın okluzal ilişkisi tatmin edici düzeydeydi ve çene hareketlerinde herhangi bir kısıtlılık ve fonksiyon bozukluğu (deviasyon, eklem disfonksiyonu) mevcut değildi (Resim-4;A,B,C).

Mandibular kondil kırıklarının tedavisi üzerine yapılan çalışmalar sonucu, araştırmacılar yapılan gereksiz uygulamalara dikkat çekmiş ve dislokasyon ile deplasman derecesinden bağımsız olarak bir kırığın cerrahi ya da konservatif olarak hangi yöntemle tedavi edileceği konusunda etkili bir tercih bulunmamaktadır. Ancak, tedavi şeklinin seçiminde hasta mağduriyeti, morbidite, sekeller ve içerdiği riskler göz önünde bulundurularak, hasta için en uygun tedavi şeklinin seçilmesi gerektiğine inanmaktayız.

Kaynaklar

1-Sickels J, Parks W. Temporomandibular joint region injuries. In Fonseca R: Oral and Maxillofacial Surgery, vol 3. Philadelphia, Saunders Company, 2000, p. 136–49.

2-WardBooth RP, Moss K, Lindqvist C. Mandibular condyle fractures. A concensus. Br J Oral Maxillofac Surg. 1999; 37: 87–9.

3-Zide MF, Kent JN. Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. J Oral Maxillofac Surg. 1983; 41: 89-98.

4-Laskin DM. Diagnosis of pathology of the temporomandibular joint: Clinical and imaging perspectives. Radiol Clin of North America. 1993; 31: 135-47.

5-Takaku S, Yoshida M, Sano T, Toyoda T. Magnetic resonance images in patients with acute traumatic injury of the temporomandibular joint: A preliminary report. J Craniomaxillofac Surg. 1996; 24: 173-7.

6-Myall RW, Sandor GK, Gregory CE. Are you overlooking fractures of the mandibular condyle? Pediatrics. 1987; 79: 639-41.

7-Kaban LB. Facial trauma II: Dentoalveolar injuries and mandibular fractures. In: Kaban, L.B. (Ed). Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990, p. 233-60.

8-Shellock FG, Kanal E. Magnetic resonance: Bioeffects and safety. In: Stoller DW (Ed). Magnetic Resonance Imaging in Orthopaedics & Sports Medicine 2nded Philadelphia, Lippincott-Raven Publishes, 1997,P.23-56.

9-Defabianis P. TMJ fractures in children and adolescents: Treatment guidelines. J Clin Pediatr Dent. 2003; 27: 191-200.

10-Feifei H, Albert-Deumlich J, Riedger S. Long-term follow-up of subcondylar fractures in children by electronic computer assisted recording of condylar movement. Int J Oral Maxillofac Surg. 1992; 21: 70–6.

11-Silvennoinen U, Iizuka T, Oikarinen K, Linqvist C. Analysis of possible factors leading to problems after nonsurgical treatment of condylar fractures. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52: 793–9.

12-Santler G, Karcher H, Ruda C, Kole E. Fractures of the condylar process: surgical versus nonsurgical treatment. J Oral Maxillofac Surg. 1999; 57: 392-7.

İletişim Adresi:
Dr S Serhat ATILGAN
Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı
21280 DİYARBAKIR
Tel: 0 412 248 81 01-06 (3496)
GSM: 0 505 468 96 09
Faks: 0 412 248 81 00
e-mail: dtserhat@dicle.edu.tr