

TME'İN İNTERNAL DÜZENSİZLİKLERİNE KONSERVATİF YAKLAŞIMLAR

Salih SARAÇGİL*
Derviş YILMAZ**
Celil DİNÇER***
Şule YÜCETAŞ****

ÖZET: Bu çalışmaya, G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahi A.B.D. kliniğine TME şikayeti ile başvurmış ve internal düzensizlik tanısı konmuş 138 hastadan 94'ü dahil edilmiştir. 94 hastanın 43'üne hiçbir tedavi uygulanmamış, 51 hastaya ise protroziv siplint, fizik tedavi, izometrik egzersiz ve medikal tedavi uygulanmıştır.

1. yılın sonunda tedavi uygulanan hastaların %65'inin şikayetleri tamamen geçerken %21'inde şikayetlerinde büyük ölçüde rahatlama görülmüş ve toplam olarak %86 klinik başarı elde edilirken, kontrol grubunda ise semptomları tamamen kaybolan hasta olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: TME, internal düzensizlik.

SUMMARY: INTERNAL DERANGEMENT OF TMJ: CONSERVATIVE APPROACH. 138 patients with internal derangement of the TMJ were evaluation by the Oral and Maxillofacial Surgery Department of Gazi University Dental Faculty and 94 of these patients were chosen for this study.

43 patients received no therapy whereas 51 had a splint and physical therapy and applied isometric exercises.

One year results showed us that 65% of the patients who received therapy had no more complaints and 21% had a great relief, 86% clinical success has been achieved. However, in the control group, none of the patients had any improvement.

Key Words: TMJ, Internal derangement.

GİRİŞ

(*) TME'in internal düzensizliği terimi, eklem komponentleri arasındaki uyumsuzluğu ifade eder. Sağlıklı eklemlerde disk, kondil üzerinde bir şapka şeklinde durur ve

- * G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi A.D.Ç.H. ve Cerrahi A.B.D. Araştırma Görevlisi.
** G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi A.D.Ç.H. ve Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr.
*** G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Tedavi ve A.B.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr.
**** G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi A.D.C.H. ve Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr.
(*) TME: Temporomandibuler Eklem.

ağzın açma, kapama hareketlerinde, bu ilişkiyi mükemmel bir şekilde korumaktadır. (1, 7, 9). Internal düzensizliğin mevcut olduğu eklemlerde ise disk genellikle anterior-medial yönde yer değiştirirken kondil postero-süperior (arkaya ve yukarı) yönde konumlanmaktadır (1, 9, 10, 12, 22). Bununla beraber yaklaşık %2 vakada disk, anteriomedial yönde hareket ederken kondilde herhangi bir yer değiştirme gözlenmemektedir (22).

Genel olarak mevcut patoloji ile klinik bulgular arasında kesin bir ilişki bulunmamakta ve hastalar, genellikle ağız açma ve kapatma hareketlerinde oluşan ses, eklem üzerinde ve çevresinde, çene hareketlerinde artan ağrıdan şikayet etmektedirler. Sıklıkla kulak ve başağrısı olaya eşlik ederken; çok sık olmamakla birlikte bazı hastalarda kulak çınlaması görülebilmektedir (8, 11, 14, 15, 25, 26, 27).

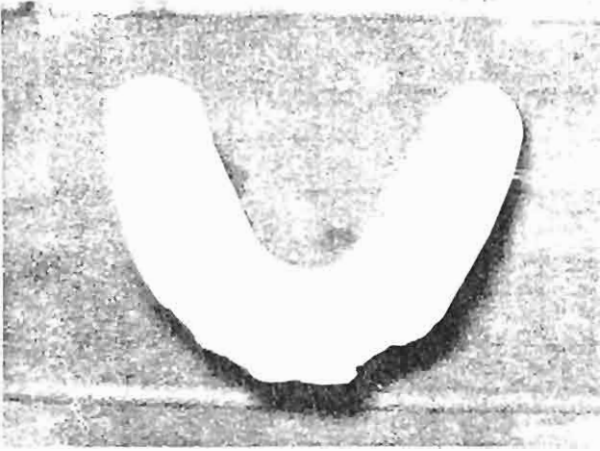
Internal düzensizliğin tedavisi konservatif ve cerrahi olarak ikiye ayrılmakta olup, her iki tedavi protokolünde ana amaç, internal düzensizliğin tedavisi ve etkenin bulunup ortadan kaldırılması ile birlikte doğru anatomik ilişkinin sağlanmasıdır (3, 4, 11, 13, 14, 26, 28). Ancak her zaman etyolojik faktörü tespit etmek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle bu tip hastalarda tedavi planlaması, tedavi ve hasta takibi daha özenli yapılmalıdır (14, 25, 26, 28).

Bu çalışmanın amacı, internal düzensizliğin tedavisinde kullanılan anterior öne konumlandırıcı apareyler (protroziv siplint) ile aparey kullanmayan hastalar arasındaki farkın klinik olarak gözlenmesi, tedavi ile şikayetleri geçen hastaların bir yıllık takip sonuçlarını değerlendirip, relaps olan vakalarda uygulanan işlemleri incelemektir.

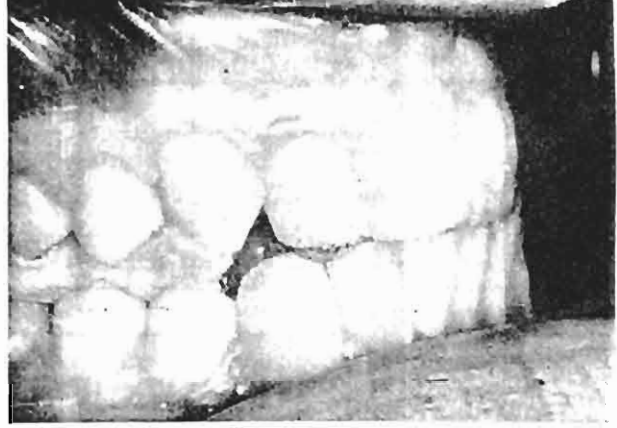
MATERYAL VE METOD

Çalışmamıza 92-93 yılı içerisinde G.Ü. Diş Hek. Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.'na, TME şikayeti ile başvuran hastalar içerisinde, klinik ve radyolojik muayeneyi takiben, redüksiyonlu disk deplasmanı tanısı konan 138 hastadan, 94 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olan hastaların 42'si erkek, 52'si bayan hastadır. Hastalar, 13 yaşında bir çocuktan, 48 yaşında bir bayan hastaya kadar değişen yaş dağılımı göstermektedir.

Tüm hastaların standardizasyonu amacı ile klinik, radyolojik değerlendirmeleri ve takipleri aynı klinisyen tarafın-



Resim 1: Protoziv splint.



Resim 2: Protoziv splintin hastaya uyulanmış şekli.



Resim 3: Hastaya klinik overley uyulanmamış halı.



Resim 4: Hastaya klinik olarak overley uyulanmış halı.

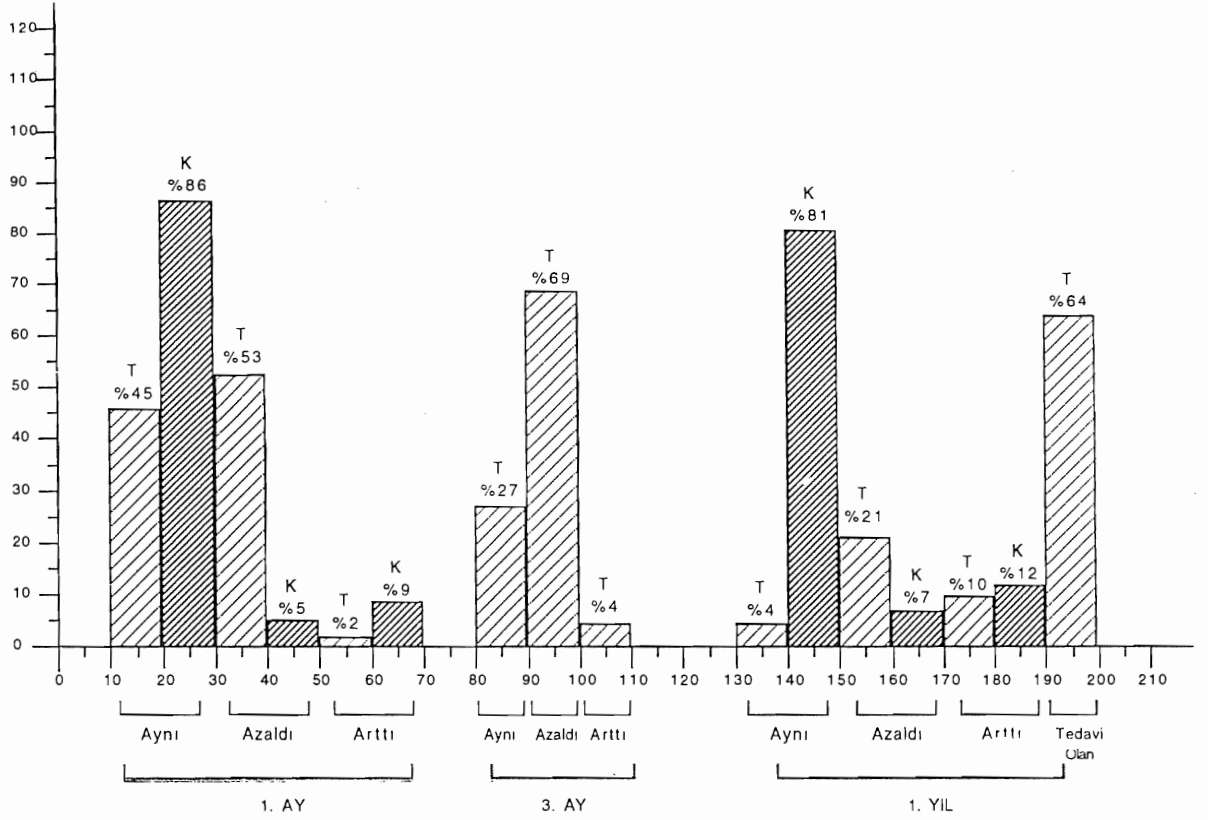
dan yapılmıştır. Radyolojik muayene, G.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji servisinde çekilen kompüterize tomografi ve transkranyal filmlerden yararlanarak yapılmıştır. Klinik muayenede ise hastaların maksimum ağız açıklığı, maksimum lateral hareketleri, açma hareketlerindeki deviasyon miktarları, orta hat sapmaları, ağrı skorları açma ve kapama sırasında oluşan klik sesleri ve hastaların tedavi ile ilgili görüşleri esas alınmıştır. Çenelerin açma ve kapamadaki klik seslerinin zamanı çene açma hareket esnasında erken, orta ve geç olmak üzere 3 dönemde sınıflandırılmıştır. Erken klik kondiler hareketin başlarında, orta klik hareketin ortalarında ve geç klik ise hareketin sonlarında meydana gelen klik olarak değerlendirilmiştir.

Tedavi grubunu oluşturan hastaların hepsine protozive splint, medikal tedavi, ekzersiz tedavisi ve G.Ü. Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon A.B.D.'da kısa dalga diaterm tedavisi uygulanmıştır (Resim 1-2).

Hastalara uygulanan kısa dalga diatermiler 5'er dakikalık seanslar şeklinde toplam 10 seans uygulanmış, 2. haftanın sonunda fizik tedavi uygulaması sona ermiş ancak hastalar tüm tedavi ve kontrol süresince izometrik ekzersizlere devam etmişlerdir.

Protozive splintleri hastalar standart olarak 3 ay kullandılar. Splint terapisini takiben okluzal düzenlemeye ihtiyaç duyulan hastalar G.Ü. Diş Hek. Fak. Protez ve Ortodonti A.B.D.'da tedavi edilmişlerdir.

Splint çıkarılmasını takiben kontrollerde şikayetleri tekrarlayan 4 erken, 6 orta, 3 geç redüksiyonlu 13 hastaya ise protozive splint konumunda metaloverley uyulan-



Tablo 1: Tedavi ve kontrol grubunu oluşturan 88 hastanın bir yıllık takip değerleri ve klinik sonuçları.

miş ve bu şekilde 6 ay takip yapılarak herhangi bir şikayete rastlanmamıştır.

Kontrol grubu herhangi bir tedavi protokolünü kabul etmeyen 43 hastadan oluşturulmuştur. Bu hastalar 1. ve 12. ayda kontrole alınmış ve verileri kayıt edilerek oransal değerlendirmeleri yapılmış; Tedavi ve kontrol grupları grafiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tedavi grubunu oluşturan 51 hastanın 1. ayda %53'ünün semptomları azalırken %45'inin aynı, %2'sinin ise şikayetleri artmıştır. 3. ay kontrollerinde aynı hasta grubunun %69'unda şikayetler azalırken %27'de şikayetler aynı %4'ünde ise şikayetler artmıştır. 1. yılın sonunda tedavi grubunu oluşturan hastalarda şikayetleri tamamen geçen %65 ile birlikte şikayetleri azalan %21'lik hasta grubu ile toplamda %86'lık bir değere ulaşılmıştır. Aynı dönemde tedavi grubunu oluşturan hastaların %10'unda şikayetler artarken %4'ünde herhangi bir değişiklik olmamıştır (Tablo 1).

Aynı süreler içerisinde hiçbir tedavi uygulanmayan kontrol grubundaki 43 hastanın şikayetleri 1. ayda %84 oranında aynı, %5 oranında azalmış, %9 oranında artmıştır. 1. yılın sonunda hastaların %81'inde şikayetler aynı, %7'sinde azalmış, %12'de ise artmıştır. (Tablo 1).

Her iki grubun bir yıllık takip değerleri Tablo 2'de karşılaştırmalı olarak grafiksel gösterilmektedir.

Siplint çıkarılmasını takiben tamamen iyileşmiş hastalardan 2. ayda 4 hasta, 3. ayda 5 hasta, 4. ayda 3 hasta, 5. ayda 1 hastada, şikayetlerde geriye dönüş gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Farrar (10) ve Mc Carty (22) Okeson (26) ve diğer pek çok araştırmacı (19-21, 29, 30) intemal düzensizliğin tedavi edilmesi gerektiğini ifade ederek, tedavi edilmeyen hastalarda eklem diski yakalayamayacağını ve redüksiyonlu halden redüksiyonsuz hale gelen diskin, çene kitlenmesi, fonksiyon kaybı ve şiddetli ağrı gibi patolojilere sebep olabileceğini rapor etmişlerdir.

TEDAVİ GRUBU

		İZLEME DÖNEMİ																			
		1. AY			3. AY			1. YIL													
BAŞVURU DÖNEMİ		AYNI		AZALDI		ARTTI		AYNI		AZALDI		ARTTI		TEDAVİ							
ERKEN	21	6	%29	15	%71	-	-	3	%14	18	%86	-	-	-	-	3	%14	2	%10	16	%76
ORTA	17	7	%41	9	%33	1	%6	5	%29	12	%71	-	-	-	-	4	%23	2	%12	11	%65
GEÇ	13	10	%77	3	%23	-	-	6	%46	5	%39	2	%15	2	%15	4	%31	1	%8	6	%46
TOPLAM	51	23	%45	27	%53	1	%2	14	%27	35	%69	2	%4	2	%4	11	%21	5	%10	33	%65

KONTROL GRUBU

		İZLEME DÖNEMİ																			
		1. AY			3. AY			1. YIL													
BAŞVURU DÖNEMİ		AYNI		AZALDI		ARTTI		AYNI		AZALDI		ARTTI		TEDAVİ							
ERKEN	14	11	%79	1	%7	2	%14	-	-	-	-	-	-	11	%79	1	%7	2	%14	-	-
ORTA	17	15	%88	-	-	2	%12	-	-	-	-	-	-	14	%82	1	%6	2	%12	-	-
GEÇ	12	11	%92	1	%8	-	-	-	-	-	-	-	-	10	%84	1	%8	1	%8	-	-
TOPLAM	43	37	%86	2	%5	4	%9	-	-	-	-	-	-	35	%81	3	%7	5	%12		

Tablo 2: Tedavi ve kontrol grubunu oluşturan 88 hastanın bir yıllık takip değerlerinin grafiksel olarak karşılaştırılması.

T: Tedavi grubunun oluşturan hastalar.

K: Kontrol grubunu oluşturan hastalar.

Bu çalışmada benzer çalışma şekillerinde kullanılan okluzal apareylerin yerine, eklem diski yakaladığı pozisyonda tespit eden ve ideal disk kondil ilişkisi sağlayan protroziv siplint kullanıldı.

Protroziv siplint kullanım süreleri genellikle 2-3 ay olmakla birlikte hastanın semptomlarına göre bu süre bir aydan 3.5 aya kadar değişebilmektedir (14.26.28.30). Bu çalışmamızda standart olarak tüm hastalarda protroziv siplint 3 ay kullanıldı. Siplint ve diğer tedavi yöntemleri uygulanan hastalarda ağrı, hareket kısıtlılığı ve eklem sesleri ile ilgili şikayetlerde, hiçbir tedavi yöntemi uygulanmayan hastalara göre önemli bir rahatlama ve düzelme gözlemlendi.

Randolph ve arkadaşları (28), konservatif yöntemlerle %88'lik bir başarı rapor ederlerken, bu oranın %20'sini nadiren semptom gözlenen hastalar olarak belirtmiştir.

Elisasson ve Isaccson (9) yaptıkları çalışmada ortalama %78'lik bir başarı bildirirken, yine başarılı gruba nadiren semptom gözlenen hastalarda dahil etmişlerdir.

Moloney ve Haward (24) ise tedavi ettikleri 241 hastanın 4 yıllık takiplerinde 1.yılıda başarı oranı %70 değerinde bulmuş ve 2.3 ve 4. yıllarda başarının düştüğünü ifade etmiştir.

Tallents ve arkadaşları (30, 31) yaptıkları çalışmada bu görüşü desteklemektedirler. Kirk ve Coloresse (16,17) ise erken orta, geç açma kligi veren hastalarda konservatif yöntemlerle başarı oranını %86 verirken, geç açma kligi olan hastalarda bu oranı %7 civarında vermişlerdir.

Bu çalışmada semptomları tamamen geçen ve nadiren şikayet duyan hastaların oranı 1. yılın sonunda %86'dır. Bu oran erken dönemde, tedavi gören hastalarda %76 iken geç dönemde tedavi gören hastalarda %46'dır. Herhangi bir tedavi görmeyen hastalarda ise semptomlarda azalma oranı 1 yıllık takipte %7'dir. Bu sonuçlar, düzenli tedavisinde erken teşhisin başarıyı artıracığı yoldadır.

Lundh ve arkadaşları (21), siplint çıkarılmasını takiben ortalama 11 hafta, Molloney ve Haward (24) ise 3 ile 4

ay sonra tedavi grubunu oluşturan hastaların bazılarında relaps gözlediklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda 3 aylık tedavi sonucunda iyileşen hastaların %24.5'unda ortalama 2-3 ay içerisinde semptomlarda relaps gözlemlendi.

Tallents ve arkadaşları (30, 31) siplint tedavisini takiben bazı hastaların protetik ya da ortodontik rehabilitasyona ihtiyaç duyabileceklerini ileri sürmüşlerdir. Etiyolojik faktörün saptandığı ve siplint tedavisi sonrası okluzal rehabilitasyona alınan hastalarda tedavi daha kalıcı olmaktadır. (2, 4, 25, 26). Nitekim bu çalışmayı oluşturan vakalarda, okluzal rehabilitasyon uygulanan hastaların takiplerinde relaps görülme oranı daha düşük olmuştur.

Siplint kullanan hastaların 11 tanesinin diş gıcırdatma alışkanlığı mevcuttu. Bu hastalardan sadece 1 tanesi bu şikayetlerinin geçtiğini ifade etmiştir. Bu sonuç Kydd ve Colin (18)'in yaptığı çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Ancak unutulmaması gereken önemli bir faktör parafonksiyonel alışkanlıkların uzun dönemli tedavinin başarısını etkileyeceğidir. (6, 26).

Freidman, Wersberg (12), Okeson (26)'un bazı hastalarda tedavi sırasında protroziv siplint yerine kullandığı metal overleyler bu çalışmada relaps gözlenen hastalarda kullanıldı. Metal overleyler bu hastalara daha önce rahat ettikleri protroziv konumda uyumlanmış ve yemek yeme işlemleri dahil tüm fonksiyonlarda apareylerini çıkarmalarını tavsiye edilmiştir.

Bradley (5) metal overleylerin okluzyonu olumsuz yönde etkilediğini ve uzun süre kullanılmayacağını belirtmesine rağmen, çalışmamızda metal overley uyumladığımız 13 hastanın altı aylık kontrollerinde hasta açısından herhangi bir problemle karşılaşılmağıdır. (Resim 3-4).

SONUÇ

TME'in internal düzensizliklerinin konservatif yöntemlerle tedavi şansı özellikle rahatsızlığın erken ve orta dönemlerinde oldukça yüksektir. Etiyolojik faktörün saptandığı ve ortadan kaldırıldığı vakalarda, tedavi daha kalıcı olmakta, relaps oranı düşmektedir.

Relaps sonrası metal overley uyumlanan hastalarda daha uzun süreli takiplere ihtiyaç duyulmakla birlikte, yeni kondiler pozisyonun bu tip inatçı vakalarda hastanın mevcut şikayetleri açısından yararlı olacağı inancındayız.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Ahlin J.H., "Clinical application of removable appliance for craniomandibular disorder" *Cranio.Clin.Int*: 1(2); 67-69, 1990.
- 2- Baragona M.P., Cohen V.H., "Long-term orthopedic appliance therapy". *Dent.Clin.North.Am.* 35(1); 109-121: 1992.
- 3- Benson J.B., Keith A., "Patient Response to Surgical and Nonsurgical Treatment for Internal Derangement of the Tempo-

romandibular Joint" *J. Oral Maxillofac. Surg*; 43: 770-777, 1985.

4- Brodley F. Poul. "Conservative treatment for TMJ pain dysfunction" *Br.J.Oral and maxillofac Surg.*, 25: 125-137; 1987.

5- Bradley F. Poul, A.D.C.H. ve Cerrahisi Stomatoloji Derneği, 2. Uluslararası Sempozyumu Hotel Bilkent Ankara, 19-22/93.

6- Christensen L.V. "Facial Pain and Internal pressure of masseter muscle in experimental bruxism in man" *Arch Oral Biol*; 16: 1021-31: 1971.

7- Drace E.J., Enzmann R.D. "Defining the Normal Temporomandibular Joint: Closed, Partial open, and mouth MR. Imaging of Asymptomatic subjects." *Radiology*. 177: 67-71; 1990.

8- Dworkin F.S., Huggins H.K., Resch L.C., Korff V.M., Howard J. Trlove E., Sommers E. "Epidemiology of sign and symptoms in temporomandibular disorder" *J.A.D.A.* 120: 273-281: 1990.

9- Eliasson S., Isacson G. "Radiographic sign of Temporomandibular Disorders to Predict Outcome of treatment" *J Craniomandib. Disord. Facial and Oral Pain*; 6; 281-287: 1992.

10- Fariar W.B., Mc Carty W.L., "The TMJ. Dilemma" *J.Alab. Dent. Assoc.* 63; 19-26, 1979.

11- Friction R.J., Hatway M.K., "Interdisciplinary management of patients with TMJ" *J. Craniomandib. Disord.* 1(2): 115-127, 1987.

12- Friedman M., Weisberg J. "Temporomandibular Joint Disorders, Diagnosis and Treatment" Ouitessence Publishing Co. Inc. NewYork 1985.

13- Gabler M.J., Green C.S., Polacious E., Perry H.T.: "Effect of arthroscopic TMJ surgery on articular disc position" *J. Craniomandib. Disord.* 3(4): 191-202; 1989.

14- Keith A. "Surgery of the temporomandibular Joint" Blackwell Scientific, Publications. London 1988.

15- Keskin A, Öztürk A., "Resiprokal klinikli TME tedavisinde öne konumlandırıcı siplintlerin etkinliğinin araştırılması" *Türk Ortodonti Dergisi.* 5: 2(153-157), 1992.

16- Kirk S. W., "Magnetic Resonance Imaging and Tomographic Evaluation of Occlusal Appliance Treatment for Advanced Internal Derangement of the Temporomandibular Joint." *J. Oral Maxillofac. Surg.* 49; 9-12, 1991.

17- Kirk W., Cloroese K.D., "Clinical Evaluation of Physical therapy in the management of Internal derangement of the Temporomandibular Joint". *J. Oral Maxillofac. Surg.* 47: 113-119, 1989.

18- Kydd. W.L., Colin D, "Duration of nocturnal tooth contacts during bruxing" *J. Prosthet Denet.* 53: 717-21; 1985.

19- Lund. H, Eriksson L., "Temporomandibular Joint disk displacement without reduction" *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol.* 73; 655-658; 1992.

20- Lundh H.; Westesson P.L., Kopps S., Tillstrom B.A. "Anterior repositioning splint in the treatment of temporomandibular Joint with reciprocal clicking: Comparison with a flat splint and untreated group" *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*; 60: 131-6; 1985.

21- Lundh H., Westesson P.L., Jisonder S., Eriksson L. "Disk repositioning onlays in the treatment of tempoomandibular Joint disk displacement: Comparison with flat occlusal splint and with no treatment" *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*; 66: 155-162, 1988.

22- Mc Carty G.J., "Plastic Surgery The Face Part I" WB. Saunders Company, Philadelphia, 1990.

23- Miller V.J. "Treatment dentures acrylic partial denture and stabilization splint" *J. Prosthodont*, 67(5): 736-737; 1992.

24- Moloney F., Haward J., "Internal derangements of the temporomandibular Joint: III. Anterior repositioning splint therapy" *Aust. Dent. J.* 31: 30-39; 1986.

25- Moore J.R. "Surgery of the mouth and Jaws" Blackwell Scientific Publication, London 1885.

26- Okeson J. "Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion" The Mosby Company, St. Louis; 1989.

27- Or S., Yücetaş, Ş., "Posterior Capsulitis of the Temporomandibular Joint" *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 15: 307-312, 1989.

28- Randolph C, Green C., moretti R., Forbers D., Perry T., "Conservative management of temporomandibular disorder: A post treatment comparison between patients from a university clinical and from private practice" *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop*, 98: 77-82; 1990.

29- Robert C.A., Tallents R.A., Espeland M.A., Handelman S.L., Katzberg R.W., "Mandibular range of motion versus arthrographic diagnosis of the Temporomandibular Joint" *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*, 60: 244-51; 1985.

30- Tallents R.H., Katzberg R.W., Macher D.J. "Arthrographically assisted splint therapy; A 6 month follow up" *J. Prosthet. Dent*; 56: 224-5; 1986.

31- Tallets H.R., Katzberg W.R., Macher J.D., Roberts A.C., "Use of protrusive splint therapy in anterior disk displacement" *J. Prosthet Dent.*, 63: 336-41; 1990.

YAZIŞMA ADRESİ:

Salih SARAÇGİL

G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi A.D.Ç.H. ve Cerrahisi A.B.D.
Emek/ANKARA