

Sıradışı Su İçme Davranışı ile Oluşan Temporomandibuler Eklem Dislokasyonu

Temporomandibular Joint Dislocation Caused by an Uncommon Drinking Behaviour

Muhteşem Erol Yayla

Aile Hekimliği Uzmanı, Afyon 2 No.lu Aile Sağlığı Merkezi, Afyon, Türkiye

Özet

Spontan anterior temporomandibuler (TM) çene eklemi dislokasyonu sık bir durum değildir. TM eklem çıkık tanısı ilk aşamada klinik olarak konur. Mandibuler ağrı, okluzyon bozukluğu, preaurikuler çöküntüler ve mandibuler başın öne doğru çıkıklığı (anterior çıkık) tipik semptom ve bulgulardır. Sunulan vaka, bir aile hekimliği polikliniğine bu şikayetlerle başvurması ve daha önce literatürde olmayan bir nedenle; şişeyi ağzına temas ettirmeden su içmeye çalışması nedeniyle bir ilktir.

Anahtar Kelimeler: Çene, çıkıklar, içme davranışı.

Abstract

Spontan anterior temporomandibular (TM) joint dislocation is not a common presentation. Diagnosis depends on first sight of TM joint dislocation of the jaw. Typical symptoms and findings are absence of occlusion, preauricular depressions and a prominent mandibular head anteriorly (anterior variant). This case was a first case as attending to a primary care with this dislocation and with a presipitant factor, drinking water with holding up the bottle without touching lips, never mentioned in the literature before.

KeyWords: Jaw, dislocations, drinking behaviour.

Kabul Tarihi: 18.09.2015

Giriş

Spontan anterior temporomandibuler (TM) çene eklemi dislokasyonu sık bir durum değildir (1). En yüksek insidans 3. ve 5. dekatta ve kadın popülasyondadır (2). TM eklem çıkık tanısı ilk aşamada klinik olarak konur. Mandibuler ağrı, okluzyon bozukluğu, preaurikuler çöküntüler ve mandibuler başın öne doğru çıkıklığı (anterior çıkık) tipik semptom ve bulgulardır (4). Çıkık son derece ağrılı ve hastanın ağzını kapamayı engelleyicidir ve aşırı salgı üretimi ile birlikte dir.

TM eklem çıkığı parsiyel, total, bilateral, unilateral, akut, kronik persistan ve kronik rekürren olarak çeşitlere ayrılır (3). Tedavi hastadan hastaya ve basit redüksiyondan cerrahi müdahaleye kadar değişir. Cerrahi müdahale, kronik rekürren ve kronik persistan çıkıklarda uygulanır ve akut formların neredeyse tamamı elle redüksiyonla tedavi edilir (1).

Bu vaka sunumu ile birinci basamakta çene çıkığına uygun müdahale ve prognoz hakkında bilgi verilerek, nadir de olsa rastalanabilecek bir çene eklemi çıkığında; aile hekimlerinin hastaya uygun yaklaşımı sağlaması amaçlanmaktadır. Hastaya prognoz hakkında bilgi verilmesi bile bu hastaların kaygı düzeyini azaltıcı etki yapacağı aşıkardır.

Vaka sunumu

Hasta 22 yaşında erkek, üniversite öğrencisiydi. Daha önce bilinen herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Aile hekimliği polikliniğine konuşamama, ağzını kapatamama şikayeti ile başvurdu. Ağzından salya sızıyordu. Konuşması anlaşılmıyor olduğu için kağıt kalem isteyerek derdini anlattı. Su şişesini başının üstünde eğip ağzına su döküp, şişeyi ağzına temas ettirmeden su içmeye çalışmış; ilk yudum sonrası ağzını kapatamadığını farketmiş (fotoğraf 1, fotoğraf 2). Hasta 6 ay önce de diş hekimi muayenesi sırasında da aynı şeyin olduğunu söyledi. Fakat o zaman çene eklemi çıkar çıkmaz diş hekimi tarafından yerine oturtulmuş. Ancak bu seferki çıkık neredeyse yarım saat önce olmuş. Hastayı oturtup arkasına

geçerek çene eklemi yerine oturtulmaya çalışıldı, ancak başarılı olunamadı. Bunun sebebi olarak ta çıkık sonrası geçen zaman düşünüldü. Daha fazla zaman kaybetmeden, hasta gerekli müdahalenin yapılabileceği şehir devlet hastanesine sevk edildi.

Fotoğraf 1. Ağız kapatamama (yandan)



Fotoğraf 2. Ağız kapatamama (önden)



Tartışma

Çene çıkığı için travmatik ve nontravmatik olmak üzere çeşitli presiptanlar tanımlanmıştır. Nontravmatik presiptanlar daha siktir; gülme, bir şeyden büyük bir ısırık alma, konvulziyonlar, esneme, dental tedavi, üst gastrointestinal endoskopisi, trans oral fiber optik bronkoskopi, endotrakeal intübasyon, laringeal maske havayolu yerleştirilmesi ve anestezi indüksiyon bunlardandır (4,5,6,7,8,9,10,11). Bu vaka, bir aile hekimliği polikliniğine bu şikayetle başvurması ve daha önce literatürde olmayan bir nedenle; yani şişeyi ağızına temas

ettirmeden su içmeye çalışması nedeniyle bir ilktir. Bu tarz su içme Türkiye’de, özellikle insanların ortak kullandığı su şişesine ağız teması olmadan su içmek için kullanılır.

Tanı radyoloji ile doğrulanır. TM eklem çıkığı tedavisi deformitenin redüksiyonuna dayanır. Anterior çıkığın redüksiyonu için parmaklarla mandibula açısını yükseltip, tüm mandibulayı geriye doğru iterken, hastanın alt molar dişlerine aşağı doğru baskı uygulamak gereklidir. Hastanın müdahale edenin elini ısırması için alt molarların üstüne tampon konabilir (11). Bu prosedürün komplikasyonları sık değildir. En sık komplikasyon redüksiyonun gerçekleştirilememesidir (12). Maseter ve pterigoid kasların spazmı zaman geçtikçe kötüleşir, bu nedenle de redüksiyon prosedürünü gerçekleştirmek daha da zorlaştırır (6). Bu vakada da aradan yarım saat kadar bir süre geçtiği için çene kasları sertleşmiş ve çenenin yerine oturtulması zordu. Bu nedenle daha ileri tetkik ve tedavi için ikinci basamağa sevki uygun görüldü. Diğer önemli bir komplikasyon da prosedür sırasında çok fazla güç uygulanması ile oluşabilecek, subkondilar kırıktır. Bu komplikasyon nadirdir. Daha çok yaşlı ve osteoporozlu hastalarda gelişebilir (12).

Aile hekiminin bu hastalara müdahale ederken, kendini koruması önemlidir. Yukardaki bahsedilen müdahale sırasında ısırılabilir, ya da bulaşıcı bir hastalık geçişi olabilir. Yine bu alışılmadık durumda hasta çok anksiyöz olabilir. Hastaya uygun bilgi vermek, hastanın uyumunu arttıracak, kaygı düzeyini azaltacaktır.

Hastaya müdahale sonrası 2 ay boyunca ağız açarken, interinsizyal açıklığın bir parmaktan daha geniş açılmaması veya eserken çenenin alttan yumrukla desteklenmesi önerilmelidir. Tekrarlayan çıkıkları olan hastalarda 24 saat veya istenilen daha uzun süre, çeneyi sabitleyici bir bandajın kullanılması önerilmelidir (12).

Kaynaklar

1. Lowery LE, Beeson MS, Lum KK. The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. J Emerg Med 2004;27:167-70.
2. Sang LK, Mulupi E, Akama MK, Muriithi JM, Macigo FG, Chindia ML. Temporomandibular joint dislocation in Nairobi. East Afr Med J 2010; 87(1):32-7.

3. Akinbami BO. Evaluation of the mechanism and principles of management of temporomandibular joint dislocation. Systematic review of literature and aproposed new classification of temporomandibular joint dislocation. *Head & Face Medicine* 2011;7:10.
4. Rosemore J, Nikoomanesh P, Lacy BE. Bilateral temporomandibular joint dislocatio nafter PEG tube placement. *Gastrointest Endosc* 2004;59:146-7.
5. Vasconcelos BC, Rocha NS, Cypriano RV. Posterior dislocation in intact mandibular condyle: an unusual case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:89-91.
6. Nusrath MA, Adams JR, Farr DR, Bryant DG. TMJ dislocation. *Br Dent J* 2008;204:170-1.
7. Sia SL, Chang YL, Lee TM, Lai YY. Temporomandibular joint dislocation after laryngeal mask airway insertion. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2008;46:82-5.

8. Schwartz AJ. Dislocation of the mandible: a case report. *ANAA J* 2000;68:507-13.
9. Ting J. Temporomandibular joint dislocation after use of a laryngeal mask airway. *Anaesthesia* 2006;61:201.
10. Avidan A. Dislocation of the temporomandibular joint due to forcefully awning during induction with propofol. *J Clin Anesth* 2002;14:159-60.
11. Young AL, Khan J, Thomas DC, Quek SYP. Use of masseteric and deep temporal nerve blocks for reduction of madibular dislocation. *AnesthProg* 2009;56:9-13.
12. Zweifel DF, Pietramaggiori G, Broome M. Repositioning Dislocated Temporomandibular Joints. *N Engl J Med* 2014;370:6.

İletişim

Uz. Dr. Muhteşem Erol Yayla

Afyon 2 No.lu Aile Sağlığı Merkezi, Afyon, Türkiye

Tel: +90.322.3289701

E-mail: meyayla76@yahoo.com