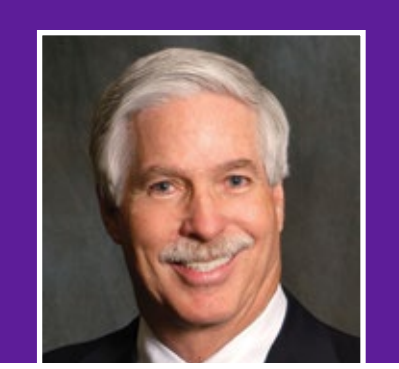


TM Disfonksiyonlu Hastalarda Tanı ve Tedavinin Önemi



Dr. Brock Rondeau

Dr. Brock Rondeau, 42 yıllık meslek hayatını ortodontiye ve ortodonti eğitimine adanmış, uzun kariyeri başarılarla dolu Kanadalı bir diş hekimidir. Bugün yaklaşık 800 aktif hastası olan son derece yoğun kliniği uzun yıllardır sadece Ortodonti, TME ve uyku apnesi gibi konularda hizmet vermektedir.

Dr. Rondeau başarılı bir klinisyen olmasının yanı sıra, 31 yıllık eğitimcilik kariyeri boyunca, 20.000'den fazla diş hekimini ortodonti konusunda eğitmiş, genel diş hekimine yönelik düzenlenen "Uygulamalı Ortodonti Eğitimi" denince Kuzey Amerika'da akla ilk gelen eğitimidir. Uzun yıllardır yoğun talep nedeniyle yılın yaklaşık üçte birini eğitim ve kongrelerdeki sunumlarına ayıran Dr. Rondeau, ortodonti konusunda 30 adet yayını bulunmaktadır.

Dünyada 4200 üyesi olan, "IAO - International Association for Orthodontics" (Uluslararası Ortodonti Birliği)'in başkanlığını da yapan Dr. Rondeau, aynı kurumun üst düzey eğitimcileri (Master Senior Lecturer) arasındadır.

"AAFO - American Association for Functional Orthodontics" (Amerikan Fonksiyonel Ortodonti Birliği) tarafından 1993'te "Yılın Klinisyeni" seçilen Dr. Rondeau, bu ünvana layık görülen tek Kanadalı'dır. Amerikan'ın en prestijli diş hekimliği dergilerinden biri olan Dentistry Today tarafından 2006 ve 2007 yıllarında da aynı ünvana layık görülmüştür. Dr. Brock Rondeau, ayrıca "International Board of Orthodontics," Academy of Clinical Sleep Disorders Disciplines" ve "American Academy of Craniofacial Pain" üyesidir.

Amerika Diş Hekimleri Birliği (ADA) populasyonun %34'ünün TM disfonksiyonu belirti ve semptomlarına sahip olduğunu tahmin etmektedir. ADA diş hekimlerinin TM disfonksiyonunun tanı ve tedavisinde yetenek sınırları boyunca öncelikli sorumluluğu olduğunu da ifade etmiştir. Sorun şudur ki; çoğu diş hekimliği fakültesi TM disfonksiyonlu hastalara gerek tanı koyma gerekse de onları tedavi etmede yeteri kadar güven verebilecek öğrencilere kurs imkanı sunmamaktadır.

Bana kalırsa, mesleğimiz temporo-mandibular eklem alanında değil ama diş ve destekleyici yapıların nasıl üstesinden gelineceğini diş hekimlerine öğretmede muazzam bir iş çıkarmıştır. TM disfonksiyonu çoğu hasta için ciddi bir sorundur. Baş ağrısı, boyun ağrısı veya sertliği, kulak ağrısı, kulaklarda konjesyon ya da çınlama, klikleme, ağız açıp kaparken tırmalayıcı sesler ya da popping, baş dönmesi ve baygınlık, yutmada zorluk, göz arkasında ağrı, sınırlı ağız açma, açmada rahatsızlık, ellerde, omuzlarda uyuşma ve sırt ağrısı belirti ve semptomlar arasında olabilir. Bana görünen o ki; bu semptomların çoğu gerek intrakapsüler gerekse de ekstrakapsüler problemlerden kaynaklanan TM disfonksiyonu nedeniyle olduğundan, bu hastalara yardım etmek için ahlaki ve etik bir sorumluluğumuz vardır.

Medikal mesleğin birçok üyesi TM disfonksiyonlu hastaları tedaviye etmeye hazırlıksızdır. Eğer çene diskin disloke olmasına neden olan yanlış pozisyonda ise, yalnız intraoral atel veya ortotikten faydalanan bir diş hekimi diski geri yakalayabilir ve çeneyi stabilize eder. Yalnız bir hekim disloke bir omuzu sabitleyebilir ve yalnız doğru eğitilmiş bir diş hekimi disloke çeneyi sabitleyebilir. Tıbbi meslek kas gevşeticiler, ağrı kesiciler, antiinflamatuvar hatta antidepresanlar ile TM disfonksiyonunun semptomlarını tedavi etmek üzere eğitim verir. Doğrusu, bazı hastalarım sürekli baş ağrısı, boyun ağrısı vb. nedeniyle tedavi öncesi depresiftir. Ancak, çene başarıyla stabilize edilince ve sorun çözülür çözülmez, hastaların artık ilaca ihtiyacı kalmamaktadır. Tıp doktorları semptomları tedavi edebilir ama diş hekiminin TM disfonksiyonunun nedenini tedavi etme becerisi vardır.

TM disfonksiyonundan muzdarip bir hastanın başarılı şekilde tedavisinde anahtar doğru tanıyı koymaktır. Klinisyen önce hastanın ekstrakapsüler mi yoksa intrakapsüler sorunlardan mı muzdarip olduğunu belirlemek zorundadır. Ekstrakapsüler ya da kasa bağlı problemleri olan hastaların genellikle glenoid fossada fizyolojik olarak doğru pozisyonda kondilleri vardır (aşağı ve iletri). Kondil-disk ilişkisi normal olduğunda, gürültü, klikleme ya da krepitus olmaz.

Ekstrakapsuler problemler diş gıcırdatma ve sıkma gibi parafonksiyonel alışkanlıklar veya lateral ya da protrusif hareketlerde okluzal müdahalelerden kaynaklanabilmektedir. Parafonksiyonel alışkanlıkları ortadan kaldırmaya yardım edecek ön yeniden programlayıcı denen geceleri kullanılan bir aparat takmak çözüm olabilir. Ön yeniden programlayıcının alt merkez ve lateral kesicilerle olan yutma sırasında tek temasa sahip bir ön ısırtma plağı vardır. Arka dişlerin dokunmadığı durumda, temporal ve maseter kaslar fazla kasılamaz ve bu da baş ağrısı sonucunun yanı sıra diş sıkma ve gıcırdatma gibi alışkanlıkları ortadan kaldırır.

Düz plan ateller akut hasar geçiren hastalarda efektiftir. Bunlar kısa bir süreliğine takılır ve gerçekleşecek iyileşmeye izin vermek üzere eklem yükünü boşaltmaya yardım eder ve daha sonra da bunlara gerek kalmaz. Bu ateller hastaların internal bir deranjmana sahip olmadığı vakalarda yardımcı olabilmektedir (disloke disk).

Hastalar bu atellerin arka akrilik pedlerinde diş sıkmaya ve gıcırdatmaya kolayca devam edeceğinden düz plan ateller gerek diş sıkma gerekse gıcırdatmayı engellemede efektif değildir. Parafonksiyonel alışkanlıkları ortadan kaldırmaktan ziyade bu ateller sıklıkla daha çok diş sıkma ve gıcırdatmaya teşvik etmektedir.

Eğer tanı okluzal girişimlerin kas spazmlarına neden olması ise, o zaman okluzal ayarlamalar ekstrakapsuler problemleri ortadan kaldırmada tedavi seçeneği olacaktır.

İntrakapsuler problemleri olan hastalarda, genellikle posteriore ya da superiora deplase olan disk genellikle kondille ilişkin olarak anteriore ya da anteromediale deplasedir. TM disfonksiyonu ilerleyici bir rahatsızlıktır. Erken tedavi edilmezse, gitgide artan ağrılı semptomlarla seyreden daha ciddi problemlere ilerleyebilir.

Hastalar temel olarak kliklemeden, daha fazla klikleme, aralıklı çene kilitlenmesi, kronik kapalı kilit, erken deje-



Resim 1. Anterior yeniden programlayıcı MD kesicileri kantağı.



Resim 2. Anterior yeniden programlayıcı, arka açık kapanış.



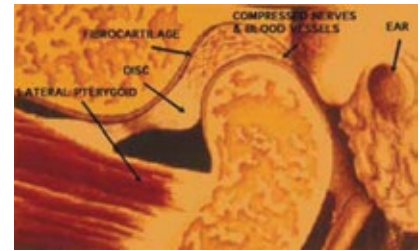
Resim 3. Yalnız geceleri uygulanan maksiller ateli.



Resim 4. Düz plan maksiller atel semptomları rahatlatmadı.



Resim 5. Normal TME.



Resim 6. Posteriore deplase kondil, anteriore deplase disk.

neratif eklem hastalığı ve ileri dejeneratif osteoartrite (krepitus) beş internal deranjman (disk deplasmanı) aşaması yoluyla ilerler.

Internal deranjmanda (disloke disk) seçenek tedavisi mandibular yeniden konumlandırma ateli faydalı kılacaktır. Temel olarak bu yeniden konumlandırma atelinin amacı, tüm açma ve kapama hareketleri sırasında kondil ve temporal kemik arasında şok emici olarak davranması amacıyla diskin doğru pozisyonuna yeniden konumlandırılması için kondili glenoid fossada doğru pozisyona koymaktır. Hasta daha sonra klik ya da popping sesleri olmadan normal olarak açıp kapayabilir.

Internal deranjmanları olan hastalarda, kondil sıklıkla sinir ve kan damarlarının kondilin distaline (bilaminar bölge) basısına neden olan posterioara deplase olur. İleride sinir ve kan damar-

larının basısını önlemek amacıyla alt çeneyi ileri hareket ettirmeye endeksli yeniden konumlandırma atelinin amacı hastayı her seferinde yutkündürmaktır (günde yaklaşık 1000 kez).

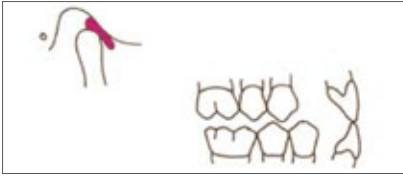
Çok sayıda araştırma makalesi endeksli yeniden konumlandırmanın disloke diskleri olan hastalarda TM disfonksiyonu belirti ve semptomlarını azaltmada düz plan maksiller atelden daha efektif olduğuna işaret etmiştir. Klinisyen merkezi okluzonda hastanın ağzını açıp kaparken kliklemeyi durdurduğu doğru antero-posterior pozisyon ve vertikal yükseklikteki pozisyonu bulmak zorundadır. Alt yeniden konumlandırma ateli, hasarlı sinir ve kan damarlarının rejenerasyonuna ve kondil distalini iyileşmesine ve çiğneme kaslarının gelişmesine izin verecek bir pozisyondayken çeneyi stabilize edecek şekilde üretilmiş olmalıdır.



Resim 7. Mandibuler tanisal atel.

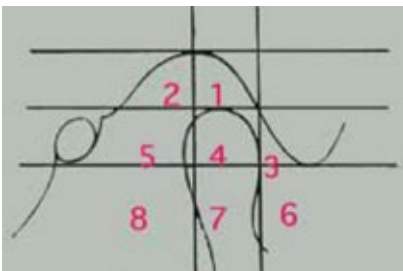


Resim 9. Posteriora deplase kondil, anteriora deplase disk.



Resim 11. İleri kondil, yeniden yakalanmış disk, arka açık kapanış.

Kuzey Amerika ve deniz aşırı ülkelerde eğitimliğimin son 24 yılı boyunca tanıştığım çoğu diş hekimine diş hekimliği fakültelerinde TM disfonksiyon problemlerini sadece geceleri takılan maksiller düz plan ateller ile tedavi etmeleri öğretilmiştir. Bu ateller intrakapsuler ya da ekstrakapsuler problemleri çözmekte ve mandibulanın daha retrude olmasına neden olmaktadır. Mandibula retrude olduğunda kondiller posteriora deplase olur ve sinir ve kan damarlarına kondil distaline doğru çarpar. Kondil distalize olduğunda disk anteriora ya da anteromediale deplase olur. Buna internal deranjman denir. Ben çeneleri tedaviden önce kliklediğinde düz plan maksiller



Resim 12. Gelb 4/7 pozisyonu



Resim 8. Lingual olarak sıkıştırılan maksiller kesiciler.

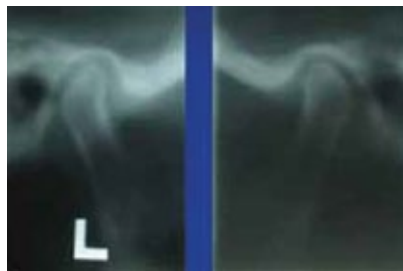


Resim 10. Mandibuler tanisal atel.

atel kullanmaktan dolayı çeneleri kapalı şekilde kilitlenen bir çok hasta tedavi ettim. Buna kondil önünde sıkışan disk ve posteriora giden kondil neden olmuştur. Bu ortaya çıktığında ağrı çok daha yoğundur.

Artık internal deranjmanları tedavi eden klinisyenlerin büyük bir kısmı fossadaki kondilin doğru pozisyonunun aşağı ve ileri doğru (Gelb 4/7 pozisyonu) olduğunda hemfikirdir. Diş hekimliği fakültelerinde çoğumuza TM disfonksiyonunu düzeltmede iki yöntem olduğu öğretilmiştir: düz plan ateller ve okluzal dengeleme.

Bu makalede bunların her ikisinin de efektif olabildiği klinik durumlara işaret ettim. Ancak hastaların büyük çoğunluğunun internal deranjman sıkıntısı var ve anterior yeniden programlayıcıları gerektiren ekstrakapsuler problemlere ve yeniden konumlandırıcı atellere ihtiyaç duymaktadırlar. Yine doğru tanı konulduğundan ve klinik sonuçlarınızı ciddi derecede geliştirecek doğru tedavi planının seçildiğinden emin olacak bu has-



Resim 13. Orijinal tomogramlar, posteriora deplase kondiller.

talari tedavi etmede tam kayıtları almanın ne kadar önemli olduğu anlatamam.

Faz I'in amacı mandibulanın maksillayla transvers, antero-posterior ve vertikal olarak doğru şekilde ilişkili olması için mandibulayı yeniden konumlandırarak TM eklemi dahilindeki yapısal problemi düzeltmektir. İdeal olarak tedavi TM disfonksiyonunu belirti ve semptomlarını azaltmalı, hareket açıklığını geliştirmeli, kas spazmlarını azaltmalı, anteriora deplase diskleri yeniden yakalamalı ve normal bir disk-kondil ilişkisi tesis etmelidir.

Akut hasarı olan ya da internal deranjmanların başlangıç aşamasında olan hastalar bazen 4 ay sonra atelden (düz plan ya da yeniden konumlandırma) uzak tutulabilir. Tüm hastalara atelden uzak tutma fırsatı verilmelidir. Ancak klinik deneyimlerime göre, daha ağır internal deranjman vakalarında bu hastalar uzak tutulamamaktadır ve TME'yi destekleyecek ve kondili glenoid fossada aşağı ve ileri doğru pozisyona koyacak arka dişleri arasında bazı şeylere ihtiyacı duymaktadır. Bu hastaların TME'yi stabilize etmek için ortodonti, kron ve köprü, kaplama parçaları ya da yeni tam veya kısmi takma dişten oluşan bir Faz II tedavisine gereksinimi olacaktır.

Faz II'nin amacı Faz I'de ateller ve fonksiyonel apareyler ile elde edilen pozisyonu tutmaktır. Doğru pozisyon elde edilince ve normal disk-kondil-fossa ilişkisi tesis edilince ve yapısal sorun düzeltilince, bu pozisyonu tutmak için tedavinin başlatılması çok önemlidir. Aksi takdirde TM disfonksiyonu belirti ve semptomları kesinlikle tekrar başlayacaktır.



Resim 14. Fossada merkezlenmiş atel kondilleri ile tomogram.

Faz I atel terapisini takiben, hasta sıklıkla solda arka açık kapanış ile birlikte. Bir çok deneyimsiz klinisyen bu arka açık kapanışa 4 aydır mandibular yeniden konumlandırma ateli kullanmadan dolayı arka dişlerin intruzyonunun neden olduğunu düşünmektedir.

Arka açık kapanış aslında kondil posteriorunda yerleşen bilaminar bölgedeki ağırlı sinir ve kan damarlarından aşağı ve ileri hareket eden kondilin sonucudur. Bu intrakapsuler problemi kalıcı olarak çözmek için gerek ortodontik gerek restoratif gerekse de prostetik olarak arka açık kapanış kapalıyken mandibulayı doğru pozisyonda tutmak artık gereklidir.

Sonuç

Ortodonti ve TM disfonksiyonunda genel diş hekimlerine kurs vermenin son 24 yılı boyunca gözlemim çoğu diş hekiminin yeteri kadar eğitilmediği ya da TM rahatsızlığı olan hastaları tedavi etmek istemeye motive edilmediği olmuştur. Çoğu bu hastaları gerek tanı koyma gerekse de tedavi etmede yetersiz hissetmektedir.

Kuzey Amerika'da baş ağrısı, boyun ağrısı, kulak ağrısı, kulaklarda konjesyon ya da çınlama, çiğnerken ağrı olması, baş dönmesi ve baygınlık, yutma zorluğu, göz arkasında ağrı ve omuz ve sırt ağrılarını içeren sayısız semptomlarına neden olan bu rahatsızlıktan muzdarip

yaklaşık 40 milyon insandan dolayı bu ciddi bir sorundur.

Gerçekten inanıyorum ki, mezun olan diş hekimlerinin hastalarına tanı koymaya ve onları tedavi etmeye muktedir olması için diş hekimliği fakülteleri bunu müfredata eklemek durumunda. Diş hekimi bu hastalara yardımcı olmak için eğitilmezse sonraları bu hastalar daha kötü olabilir. TM rahatsızlığı zaman geçtikçe daha ciddi olan ilerleyici bir durumdur.

Bu sorunu kalıcı çözmek için klinisyen ilk önce tanıyı koymak sonra da ona göre tedavi etmek zorundadır. Diş hekimliği TM disfonksiyonunda birincil sağlık hizmeti kurumu olmalı ve ekstrakapsuler problemlerin yanı sıra intrakapsuler sorunlara da tanı koymak ve bunları tedavi etmek üzere eğitilmelidir.

Tüm genel diş hekimlerine ve uzmanlara restoratif, ortodontik ya da prostetik tedaviden önce ilk önce TM disfonksiyonu tanısı koymayı ve tedavi etmeyi tavsiye ederim.

Müteahhitler bir evin öncelikle stabil bir zemini olmadıkça yeni bir çatı inşa etmeyi akillarından asla geçirmez. Diş hekimliğinin de benzer şekilde tedavi etmesi gerektiğini düşünüyorum. Pek çok "tıbbi" semptomların ortadan kaldırılmasında anahtar elinde tutan diş hekimliğinin Kuzey Amerika'da 40 milyon insanı etkileyen bir durumun doğru

tanısında ve tedavisinde nasıl başarısız olabildiğine diğer meslekler merak etmelidir.

Bütün diş hekimliği mesleği için bu durumu düzeltme ve temporomandibular eklemde sorumlu olmak için harekete geçme vaktidir. Mesleğimiz hastalarımızdan bir çoğunu etkileyen kraniyofasiyal ağrı ve TM disfonksiyonunu yok etmeye yardımcı olmada diğer sağlık hizmeti meslekleriyle birlikte çalışmak zorundadır. Çoğu diş hekimi hastalara yardım etmek arzusuyla mesleğe girmiştir. Şimdi, hastalarımızın yalnız ağız sağlığını değil aynı zamanda genel sağlıklarını iyileştirerek yaşam kalitelerini de ciddi derecede geliştirme fırsatımız var.

Yazar Hakkında

D.D.S., I.B.O., D.A.B.C.P. Dr. Brock Rondeau ortodontik, ortopedik, TMD ve uyku bozukluğu olan hastaları münhasıran tedavi ettiği hayli yoğun bir pratiğe sahiptir. 24 yıldır yılda yaklaşık 100 gün ders vermiş ve Amerika, İngiltere, Avustralya, Kanada, Polonya ve Çin'deki çalışma kulüplerine ve kurslarına 17000'den fazla diş hekimi katılmıştır. Dr. Rondeau Uluslararası Ortodonti Kurulu Diplomatu ve Amerika Kraniyofasiyal Ağrı Kurulu Diplomatu'dur. 28'in üzerinde makale yayınlamış ve tüm ortodonti fazları üzerine DVD serisi vardır.