

Bölüm 19

TEMPOROMANDİBULER EKLEM BÖLGESİNE CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

Kübra ÖZTÜRK¹

GİRİŞ

Temporomandibuler eklem, zigomatik ark ve kondil boynuna direkt ulaşmak, bölgenin fasiyal sinirin dalları ve gövdesi ile yakın ilişkisinden dolayı riskli olmaktadır. Temporomandibuler ekleme preauriküler, endural ve postauriküler gibi farklı cerrahi yaklaşımlar vardır. Yaklaşım seçimi genellikle cerrahın tercih meselesidir ve kabiliyetine ve tecrübesine dayanır. Kozmetik parametreler de yaklaşım seçimini etkileyebilir(1).

EKLEM CERRAHİSİNDE ÖNEMLİ ANATOMİK YAPILAR

Kulak kepçesinin önünde, anterior aurikuler kas ve superior aurikuler kasları yüzeyel temporal fasya ve temporal fasya üzerine gelir. Bu kaslar klasik preauriküler ve endaural yaklaşımlarda kesilir. Fasya bu kasların yüzeyinde, ince ve donuk bir beyazdır. Bu katman üstteki galea aponeurotica ve altındaki parotideomasse-terik fasya ile birbirine karışır. Temporal fasya, esasen üst yüzeyel fasyaya göre daha kalın olan lifli bir bağ dokusu yapısıdır. Sade beyaz renktedir ve temporal kemiğin superior temporal hattından elmacık arkasına uzanır. Derin yüzey, temporal kasın kökenlerinden birini oluşturur. Kısmen, değişken bir mesafede, fasya iki iyi tanımlanmış katmana ayrılır. Dış katman, zigomatik arkın üst kenarının yan kenarına ve iç katman ise orta kenar boşluğuna bağlanır. Az miktarda yağ, temporal arterin zygomatico-orbital dalı ve maksiller sinirin zygomaticotemporal dalı fasya tabakaları arasında yer alır. Fasyal tabakaların ayrılması en çok elmacık kemiği seviyesinde göze çarpmaktadır. Posterior olarak, seperasyonun glenoid fossa üstünden yapılmasından daha iyi bir yöntem tanımlanmamıştır (1).

Superfisiyal temporal damarlar tipik olarak aurikularis anterior kasının altındaki yüzeyel fasyada yerleşiktir. Damarlar genellikle görünür, kası kesmeden yüzeyel fasyaya yatırılır. Superfisiyal temporal ven, damarların hemen arkasındaa ve aurikülotemporal sinire uzanır. Superfisiyal temporal damarlar ve aurikülo-

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, kozturk@nny.edu.tr

İNTRAORAL YAKLAŞIM

Düşük seviye subkondiler kırıkların tedavisi için tanımlanmış olup, zamanla ekstrakapsüler kondil kırıklarının tedavisi için geliştirilmiştir. İntraoral insizyon ramusun anterior sınırından başlar, eksternal oblik sırttan devam eder ve ikinci molar dişin vestibülünde sonlandırılır. Diseksiyon sigmoid çentiğe kadar yapılır. Fiksasyon esnasında oklüzyonun kontrol edilebilmesi en önemli avantajdır. Fasiyal sinir zedelenmesinin minimum olması ve fasiyal skar oluşmaması tekniğin avantajlarından. Bununla birlikte fiksasyon aletlerinin manüplasyonundaki zorluklar dezavantajdır (12,13).

SONUÇ

Fasiyal sinirin temporal dalına ve zigomatik dalına preaurikuler yaklaşımda, marjinal mandibular dalına ise submandibular yaklaşımda dikkat etmek gerekir. Postaurikuler yaklaşımda ise trigeminal sinirin aurikulotemporal dalına dikkat edilmelidir. İntraoral yaklaşım sinir hasarı açısından en güvenli yaklaşımdır (12). Mohan ve arkadaşları (16) kondil fraktürlerinin tedavisinde preaurikuler ve retromandibuler yaklaşımı kıyasladıkları bir çalışmada, retromandibular yaklaşımın daha iyi ulaşım sağladığı ve fiksasyonun daha kolay yapıldığını belirtmişler. Yazarlar retromandibuler yaklaşımda fasiyal sinir hasarıyla karşılaşmadıklarını ve kondil fraktürlerinde öncelikli tercihin retromandibular yaklaşım olmasını önermişlerdir. Diğer yandan kondiler segmentin anteromedial veya medial dislokasyonunda preaurikuler yaklaşımın tercih edilebilecek tek yöntem olduğunu belirtmişlerdir (16).

TME cerrahisinde bilinen komplikasyonlar arasında enfeksiyon, kanama, beşinci ve yedinci kranial sinir yaralanmaları, kafa tabanında perforasyon ve parotis hasarı vardır. Rattan tarafından yayınlanan bir vaka raporunda eklem ankilozu için yapılan eklem cerrahisi sonrası zigomatik ark ta kısmi rezorbsiyon bildirilmiştir (17). Zigomatik ark ta rezorpsiyon klinik olarak önemlidir, fasiyal asimetriye neden olabilir. Rapor da arkın küçük travmalar sonrasında kırılabilceği belirtilmektedir. Tme cerrahisi sırasında yumuşak dokuların geri çekilmesi bölgeyi kırığa daha eğilimli hale getirir. Bu nedenle, temporomandibular bölgeyi yönetirken cerrahların böyle bir komplikasyonun farkında olması gerektiği belirtilmiştir (17).

KAYNAKÇA

1. Heffez L.B.(2004). Surgery for Internal Derangements of Temporomandibular Joint . In Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD(Eds.), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery .(2nd) Edition .chap.50. pp: 989-1013). Canada: BC Decker.
2. Warwick R, Williams P. (1973). Gray's anatomy 35th ed. Philedelphia: WB Saunders.

3. Al-Kayat A, Bramley P. A modified pre-auricular approach to the temporomandibular joint and malar arc. *Br J Oral Surg* 1979;80: 17:91.
4. Hawtorn R, Flatau A. (1990). Temporomandibular Joint Anatomy. In Norman JEDB., Bramley P. Textbook and Color Atlas of the Temporomandibular Joint. (Chap 1.pp-1-25). London: Wolfe Medical Publications.
5. Bramley P.(1990) Surgical Access and Its Applied Anatomy. Norman JEDB, Bramley P. Textbook and Color Atlas of the Temporomandibular Joint. (Chap 2 .pp-26-32). London: Wolfe Medical Publications.
6. Belmiro C, Ricardo V, Luiz C, 'Prospective Study of Facial Nerve Function After Surgical Procedures for the Treatment of Temporomandibular Pathology' *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:972-978.
7. Sanghai S, Chatterjee P. (2009) ' A Concise Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery' First Edition: chap 17. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
8. Gaetti-Jardim, EC, Faverani LP, Ramalho-Ferreira G. Et al. "Endaural access to remove the projectile from a firearm." *Oral and maxillofacial surgery* 2013;17.3:219-223.
9. Ruiz C.A, Guerrero J.S;'A new modified endaural approach for access to the temporomandibular joint'. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2001;39:371-373
10. Starck WJ, Catone GA, Kaltman SI. A modified endaural approach to the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 33-37.
11. Ajduk J, Ries M, Vagic D. et al;'Temporomandibular joint fistula into the external ear canal' *The Journal of Laryngology & Otology* 2012;126:837-839.
12. Fonseca R, Walker R, Betts N, Barber H, Powers M.(2005) *Oral and Maxillofacial Trauma* Volume 1, 3rd Ed. China, Elsevier Saunders.
13. Ellis E, Zide M.(2006) *Surgical Approaches to the Facial Skeleton*, 2nd Ed. Philadelphia, Lippincott.
14. Smith BM, Desmukh AM, Barber HM, Fonseca RJ (2013). Mandibular Fractures. In R.J. Fonseca, R.V. Walker, H.D. Barber, M.D. Powers, D.E. Frost(Eds.), *Oral and Maxillofacial Trauma*(4th ed.,pp. 293-330). Missouri: Elsevier Saunders.
15. Furr AM, Schweinfurth JM, May WL: Factors associated with longterm complications after repair of mandibular fractures. *Laryngoscope*.2006; 116:427.
16. Mohan AP, Jeevan Kumar KA, Venkatesh V et al. Comparison of preauricular approach versus retromandibular approach in management of condylar fractures. *J Maxillofac Oral Surg*. 2012;11:435-41.
17. Rattan V; 'Partial Resorption of the Zygomatic Arch: A Complication of Open Temporomandibular Joint Surgery' . *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:784-786.