

## Tortikollis ve Temporomandibuler Eklem Disfonksiyonu

### Torticollis and Temporomandibular Joint Dysfunction

Hasan TOKTAŞ, Deniz EVÇİK, İlknur YİĞİT, Vural KAVUNCU

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye

#### Özet

Temporomandibuler eklem (TME) disfonksiyonu sebepleri içinde çevre kaslara ait bozuklukların önemli bir yeri vardır. Servikal bölge kasları mandibula stabilizasyonuna katkıda bulunarak çene kaslarının etkili bir şekilde fonksiyon görmesini sağlar. Sternokleidomastoid kasındaki patolojiye bağlı olarak gelişmiş olan tortikollis gerek servikal postürü etkileyerek, gerekse çevre kemik dokularında değişime neden olarak TME disfonksiyonuna neden olabilmektedir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:36-8.*

**Anahtar Kelimeler:** Tortikollis, temporomandibuler eklem bozukluğu

#### Summary

Disorders of the craniomandibular muscles play an important role in the etiology of temporomandibular joint (TMJ) dysfunction. Muscles of the cervical region provide efficient functioning of the jaw muscles by contributing to the stabilization of the mandibula. Torticollis related to sternocleidomastoid muscle pathology may lead to TMJ dysfunction both by affecting cervical posture and by causing changes in adjacent bones. *Turk J Phys Med Rehab 2008;54:36-8.*

**Key Words:** Torticollis, temporomandibular dysfunction

#### Giriş

Temporomandibuler eklem (TME) ait yakınmaların çoğu, çevredeki yumuşak doku kökenli ağrılı uyarıların çene eklemi hareketlerini etkilemesinden kaynaklanır. Çevresel yumuşak doku sorunları, hassas bir koordinasyon gerektiren TME'de zorlanmalara ve organik bozukluklara neden olabilmektedir. Çene eklemi çevresindeki yumuşak dokular içinde; kontraktıl eleman olan kasların rolü çok önemlidir. Tüm kranioservikal bölge kasları birbirinden etkilendiği gibi, çene eklemi kaslarının da servikal bölge kaslarından etkilendiği bilinmektedir. Servikal bölge kaslarının boyun pozisyonunu sağlama ve çene eklem hareketleri sırasında boynu uyum içinde stabilize etme görevleri çok önemlidir (1). Başın pozisyonunu sağlamada ve servikal bölgenin fleksiyonunda rol oynayan sternokleidomastoid (SKM) kası da mandibulanın hareketlerinin etkinliğini arttırmaktadır (2).

Emosyonel stres ve baş pozisyonunun değişimi gibi çok sayıda faktör, mandibulanın istirahat pozisyonunun nöromüsküler kontrolünü etkiler (3). Yanlış postüral pozisyonlar eklem ve kasların aşırı yük altında çalışmalarına yol açar ve ortaya çıkan biyo-

mekanik değişikliklere vücut çabuk adaptasyon sağlar. Ancak bu adaptasyon yeni adaptasyonlara dolayısıyla yeni bozukluklara neden olmaktadır (4).

Serebral palsiye bağlı tortikollisi olan ve TME disfonksiyonu tespit edilen bir hastayı sunarak tortikollisin ve servikal postür bozukluğunun TME'e etkilerini ve hasar mekanizmalarını tartışmayı amaçladık.

#### Olgu Sunumu

23 yaşında kadın hasta, ilk defa 3 ay önce başlayan, yemek yerken çenesini açmakta zorlanma, çene ağrısı ve kilitlenme yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 2 yıldır boyun, sol omuz ve sırt bölgesinde hafif ağrı tarif etmekteydi. Çene eklemi ağrısı zonklayıcı tarzda ve kulak ön ve üst kısmına yayılıyordu. Başvurduğu Kulak Burun Boğaz, Nöroloji ve Psikiyatri polikliniklerinden verilen çeşitli Steroid Olmayan Anti İnflamatuar ilaçlar (SOAİ), kas gevşetici ve antidepresan ilaçlardan faydalanmamıştı.

Özgeçmişinde; 7 aylık prematüre doğum, 3 yaş civarında iki kez geçirilen konvülsiyon (medikal tedavi öyküsü yok), süresini

tam bilemedikleri işitme kaybı, çenesinde kayma (özellikle elle-  
rini öne doğru uzatmakla ve ince iş yapmakla gelişen) ve kolla-  
rında istemsiz hareket öyküsü mevcuttu.

Hastanın 18 yaşında sağlıklı bir erkek kardeşi var. Anne baba  
arasında akraba evliliği yok. Annede Behçet hastalığı ve Tip 2 di-  
abetes mellitus bulunmaktaydı.

Konuşma dizartrik idi. İnspeksiyonda, kollarda ve ellerde  
atetoid hareketler ve özellikle dişlerini gösterdiği sırada yüz  
kaslarında istemsiz hareketler gözlemlendi. Boyun hafifçe sola eğik  
ve yüz sağ tarafa dönüktü (Resim 1). Sol SKM kası sağa göre da-  
ha belirgin izleniyordu. Palpasyonda; sol TME üzerinde krepitasyon  
ve klik alındı. Sol SKM kas sağa göre daha palpabl bulundu,  
ele gelen kitle veya nodül yoktu. Sol ve sağ trapez kasta iki adet  
tetik nokta saptandı. Ağız açıklığı 40 mm. olarak ölçüldü. Ağız  
açılırken çene sola doğru kayıyordu (Resim 2). Boyun eklem ha-  
reket açıklığı pasif olarak tam bulundu. Kas gücü tüm alt ve üst  
ekstremitelerde 5/5 olarak değerlendirildi. Alt ekstremitelerde  
patella refleksi hiperaktif, üst ekstremitelerde triseps refleksi  
normoaktif, biceps ve brakioradialis refleksleri hipoaktif olarak  
alındı. Hoffman refleksi bilateral negatif ve taban cildi refleksi  
fleksör olarak değerlendirildi.

Özellikle istemsiz hareketleri açıklayabilecek bir hastalık açı-  
sından Nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji konsültasyonu  
sonrası; kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG),  
Elektro Ensefalografi (EEG), Elektromiyografi (EMG), Wilson  
hastalığı ön tanısıyla seruloplazmin, 24 saatlik idrarda bakır dü-  
zeyi istendi. Serum seruloplazmin ve 24 saatlik idrarda bakır dü-  
zeyleri normal olduğundan Wilson hastalığından uzaklaşıldı.  
Kranial MRG'de; "BOS akım artefaktına bağlanan akuaduktus  
serebrideki FLAIR seride izlenen parlama" dışında dikkati çeken  
bir bulgu yoktu. EEG'de patolojik bulgu saptanmadı. Nörolojik  
bulgulara neden olabileceği düşünülerek istenen B12 vitamin  
düzeyi ve anemi paneli normal olarak bulundu. Hasta Nöroloji  
konsültasyonu sonucunda klinik olarak atetoid tipte serebral  
palsi olarak değerlendirildi.

Hastadan elde edilen diğer laboratuvar sonuçları açlık kan  
şekeri, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, tiroid fonksiyon test-  
leri, kalsiyum ve fosfor değerleri, parathormon, 25 (OH) D vita-  
min ve osteokalsin düzeyleri normal sınırlarda saptandı ve ke-  
mik mineral yoğunluğu normal bulundu.



Resim 1. Tortikollis pozisyonu.

N. Aksesoryus'a ait periferik sinir ileti çalışmasında trapezi-  
us kasına girilen iğne elektrod kayıt olarak, alınarak Krognes  
metodu (postaurikuler bölgeden uyarı verilerek) kullanıldı. Bila-  
teral normal sınırlarda distal motor latanslar elde edildi.  
EMG'de; solda trapezius ve SKM kasında sağ ile karşılaştırıldı-  
ğında giriş aktivitesinde artma ile 2+ polifazi gözlemlendi.

TME MRG; "Her iki TME'de minimal sıvı artışı izlenmiştir. Sağ  
TME'de mandibuler kondil başında deformasyon ve sklerotik osteo-  
degeneratif değişiklik dikkati çekmektedir. Sağda TME diskinde,  
anterolaterale nonredükte disk deplasmanı izlenmiştir. Sol  
TME diskinde, anteriora deplasman izlenmiş olup, ağız açık ko-  
numda kısmi redüksiyon izlenmiştir" şeklinde rapor edildi.

Hastaya kas gevşetici (tizanidin 6 mg kapsül 1x1), analjezik  
(Parasetamol 500 mg tb 3x1) ve SOA1 (diklofenak potasyum 50  
mg tablet 3x1) içeren medikal tedavi yanında 15 seans infraruj,  
TME üzerine ultrason (US), 20 dakika Transkutan Elektriksel Si-  
nir Stimulasyonu (TENS) uygulandı. TME koruyucu önlemler  
hastaya anlatıldı ve TME'nin oklüzyon bozukluğuna yönelik eg-  
zersizler verildi. Ayrıca, etkilenen SKM kas tarafına germe ve  
gevşeme egzersizleri, karşı SKM kas tarafına güçlendirmeye yö-  
nelik egzersizler verildi.

## Tartışma

Özellikle başın önde olduğu pozisyondaki servikal postür bo-  
zukluklarında posterior servikal bölgeye binen yükün çiğneme  
fonksiyonunda rol alan yapılarda değişikliklere neden olabileceği  
ve TME'nin bozukluğu riskinin artabileceği düşünülmektedir  
(2,5). Tortikollisi olan hastalarda servikal postür belirgin şekilde  
bozulmaktadır ve TME'nin fonksiyonlarının etkilenmesi bekle-  
nen bir durumdur. Servikal postürün uzun süreli bozukluğunun  
TME'ye etkileri kaslarda daha fazla zorlanma ve spazm yoluyla  
oluşmaktayken tortikolliste ise kemik yapı değişiklikleri de ek-  
lenmektedir (6,7). Tortikollisin TME'ye olan etkilerini değerlen-  
dirirken servikal postür bozukluğuna ek olarak tortikollisin ka-  
rakteristik bulgularından olan etkilenen tarafa doğru çenenin  
kayması ve dental maloklüzyonu göz önüne almak gereklidir.  
Dental maloklüzyonun özellikleri ise orta hat çizgisinin etkile-



Resim 2. Çene ve dudaklarda kayma.

nen tarafa kayması, tek taraflı ısırma nedeniyle etkilenen ve etkilenmeyen tarafta molar ilişkisinin bozulmasıdır (7).

Sefalometrik çalışmalar sonrası SKM kası veya derin servikal fasyanın tutulumu nedeniyle oluşan asimetri; frontal kemiğin temporal hattının ve mastoid çıkıntısının daha aşağıda yer almasına, mandibula açısının küçülmesine ve belirgin şekilde postero-laterale doğru yer değiştirmesine bağlanmıştır. Bunun sonucu olarak etkilenmemiş taraftaki mandibula kondilinin başı etkilenen tarafa doğru dönmektedir. Bu tek taraflı mandibula kondil değişikliği tortikollise bağlı dental maloklüzyonun sebebi olarak düşünülmektedir (7).

Hastamızda TME'ye ait şikayetleri ve MRG'de tespit edilen disk ve kondil dejenerasyonuna ait bulguları yapabilecek en somut bulgu tortikollis varlığıydı. Tortikollis dışında myofasiyal ağrı sendromuna bağlı olarak da benzer bulgular gelişebilir. Ancak yukarıda mekanizmalarıyla açıklandığı gibi tortikollis, TME'nin yapısını bozmaktadır ve bu nedenle hastamızdaki çene eklemi yakınmalarının asıl kaynağının tortikollis olduğunu düşünmekteyiz.

Hastamızda TME bozukluğu tedavisi sonrası şikayetleri azaldı ancak tamamen geçmedi. Dejenerasyon nedeniyle eklem içine hyalüronik asit enjeksiyonu yapıldı. Hastanın yakınmalarında düzelme olmazsa hem TME için hem de tortikollis için cerrahi girişim düşünülebilir. Literatürde tortikollis için altı ay konservatif tedaviye cevap alınmadığında cerrahi girişim önerilmektedir (8). 23 yaşına kadar tortikollisle yaşamış bir kişinin TME'sinde oluşan değişikliklerden kaynaklanan bozukluğun tortikollis düzeltilmesinden ne kadar faydalanacağı veya tortikollis düzeltilmeden TME'yi tedavi etmenin ne kadar etkili olacağı düşünce-si, ileri tedavi seçiminde karar vermemizi zorlaştırmıştır. Bu nedenle cerrahi tedavi seçeneğinin daha sonra değerlendirilmesi düşünülmüştür. Ayrıca spazmodik tortikollis tedavisinde kullanılan SKM kasına botulinum toksin enjeksiyonu da bir tedavi seçeneğidir (9) ve ileride uygulanması düşünülmektedir.

Hastamızda tortikollisin nedeni araştırılmıştır ve serebral palsiye bağlanmıştır. Nöroloji konsültasyonu sırasında istemsiz hareketlerin üzerinde durulmuş ve bazal ganglionlara ait patolojiler özellikle araştırılmıştır. Ancak belirgin bir bozukluk bulunmaması üzerine diskinetik tip serebral palsy alt grubundan olan "atetoid tipe serebral palsy" olarak değerlendirilmiştir. Serebral palsy risk faktörlerinden prematür doğum öyküsü de tanıyı desteklemektedir. Atetoid tip serebral palside baş, gövde ve üst

ekstremitte tutulumu siktir. Baş ve yüz hareketlerinde istemsiz kasılmalar gözlenebilir (10,11). Çoğunlukla asimetrik tutulum olmaktadır, konuşma bozuklukları, oromotor bozukluklar ve işitme kaybı görülmektedir (12). Sunulan olguda muayene bulguları, özgeçmiş ve ayrıntılı nörolojik incelemelerin başka bir hastalığı düşündürmemesi nedeniyle hastamızın tanısını "atetoid tipe serebral palsy" olarak değerlendirdik.

Serebral palsiye veya başka bir nedene bağlı tortikollis, TME'de gerek çevre kaslar, gerekse ilgili kemik yapılar üzerinde değişiklikler yapmakta ve tedavisi hiç de kolay olmayan ağrı ve fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu nedenle tortikollisli hastalar TME bozukluğu açısından yakından takip edilmeli ve koruyucu önlemlerin alınmasında gecikilmemelidir.

## Kaynaklar

1. Aksoy C. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Baş, Boyun, Bel Ağrıları. Mayıs 2002;30:109-117.
2. Karan A, Aksoy C. Temporomandibuler Eklem Rehabilitasyonu. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N. eds. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. p. 1061-79.
3. Svensson P, Wang K, Sessle BJ, ArendtNielsen L. Associations between pain and neuromuscular activity in the human jaw and neck muscles. Pain 2004;109:225-32.
4. Aksoy C. Temporomandibuler Ağrı ve Disfonksiyon. In: Beyazova M, GökçeKutsal Y. eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000. p. 1391-1424.
5. Wright EF, Domenech MA, Fischer JR. Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. JADA 2000;131:202-10.
6. Chate RA. Facial scoliosis due to sternocleidomastoid torticollis: a cephalometric analysis. Int. J. Maxillofac. Surg 2004;33:338-43.
7. Chate RA. Facial scoliosis from sternocleidomastoid torticollis: Longterm postoperative evaluation. Br J Oral Maxillofac Surg 2005;43:428-34.
8. Stassen LFA, Kerawala CJ. New surgical technique for the correction of congenital muscular torticollis (wry neck). Br J Oral Maxillofac Surg 2000;38:142-7.
9. Salvia P, Champagne O, Feipel V et al. Clinical and goniometric evaluation of patients with spasmodic torticollis. Clin Biomech 2006;21:323-9.
10. Dursun N. Serebral Palsy. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N. eds. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004. p. 957-74.
11. Stempien LM, GaeblerSpira D. Rehabilitation of Children and Adults With Cerebral Palsy. In: Braddom RL, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. p. 1113-32.
12. İrdesel J. Serebral Palsy Rehabilitasyonu. In: Özcan O, Arpacioğlu O, Turan B, editors. Nörorehabilitasyon. Bursa: Güneş ve Nobel Kitabevleri; 2000. p. 137-58.