

# GLENOİD FOSSA KIRIĞI: Olgu Sunumu

Nilgün Markal ERTAŞ, Dilek BAĞDATLI, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

## ÖZET

Kondil kırığının eşlik etmediği glenoid fossa kırığı oldukça nadirdir. Glenoid fossa kırığı rutin röntgenografik incelemelerde görüntülenemez ve tanı ancak temporomandibular eklemin (TME) bilgisayarlı tomografik (BT) incelemesi ile konur. Bu yazıda angulus mandibula kırığına eşlik eden glenoid fossa kırığı bulunan bir olgu sunulmuş olup, ayrıca TME BT incelemesinin glenoid fossa kırıklarındaki önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Glenoid fossa kırığı, bilgisayarlı tomografi

## SUMMARY

### Glenoid Fossa Fracture: Case Report

**Summary:** Isolated glenoid fossa fracture without condylar damage is extremely rare. Glenoid fossa fracture can not be visualized in routine X-ray and can only be diagnosed by temporomandibular joint (TMJ) computed tomography (CT). In this paper, a case report of mandibular angle fracture with glenoid fossa fracture is presented. The importance of TMJ CT in diagnosis of glenoid fossa fractures is also emphasized.

**Key Words:** Glenoid fossa fracture, computed tomography

Temporomandibular eklemin (TME) glenoid fossa kırığı oldukça nadir görülen bir kırık olup şimdiye kadar literatürde sadece bir olgu yayınlanmıştır<sup>1</sup>. Acil servise başvuran maxillofasial travmalı hastaların rutin radyolojik incelemesinde bilgisayarlı tomografi (BT) rutin olarak kullanılmasına rağmen, inceleme detaylı olarak TME'yi kapsamamaktadır. Bu ise detaylı bir inceleme gerektiren glenoid fossa kırığı tanısının gecikmesine neden olabilmektedir.

Bu yazıda angulus mandibula kırığına eşlik eden glenoid fossa kırığı bulunan bir olgu sunulmuş olup, ayrıca TME BT'sinin glenoid fossa kırıklarının tanısındaki önemi vurgulanmıştır.

## OLGU SUNUMU

30 yaşında erkek hasta, düşme sonucu maxillofasial yaralanma ile hastanemize acil servisine başvurdu. Hasta düşme esnasında darbeyi mandibula sağ alt kenarından almıştı ve çenede ağrı ve çene hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri mevcuttu.

Yapılan fizik muayenede, mandibula sağ angulusunda ödem, ekimoz, hassasiyet ve basamak bulgusu saptandı. Sağ TME hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık olup, alt dudak sağ tarafı ve çene sağ lateralinde his kusuru tespit edildi. Hastanın interinsizal mesafesi 3 cm. olarak ölçüldü. Diğer maksillofasial yapılarda patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Üç yönlü mandibula ve Towne grafilerinde, mandibula sağ angulusunda kırık saptanmasına karşın, kondiler ve subkondiler düzeyde bir patoloji gözlenmedi.

Radyolojik olarak herhangi bir kondiler kırığın tespit edilememesi TME hareketlerindeki mevcut kısıtlılığın kas spazmına bağlı olarak geliştiğini düşündürdü. Bunun sonucunda hasta angulus mandibula kırığı olarak değerlendirildi ve regional anestezi altında intraoral maksillomandibular fiksasyon (MMF) planlandı. Hastaya girişimden önce kas spazmı nedeni ile sedatif ve kas gevşetici verildi. Uygun pozisyonu takiben mandibular ve infraorbital sinirlere anestetik madde enjekte edildi. Tüm bu tedavilere rağmen hastada devam eden şiddetli ağrı ve bu ağrıya bağlı olarak çenenin açılmaması nedeni ile intraoral MMF gerçekleştirilemedi. TME'deki bu olağan olmayan ağrı ve hareket kısıtlılığını açıklamak için daha detaylı bir araştırmaya karar verildi ve bilateral glenoid fossanın BT ile incelenmesi planlandı. İnceleme sonucunda kondilde bir patoloji gözlenmemesine karşın, sol glenoid fossada kırık saptandı (Şekil 1).

Glenoid fossa kırığı tanısı sonrasında intraoral MMF ile TME'in hareketsiz bırakılacağı ve bu durumun ileride ankiloza neden olabileceği düşünüldü. Tedavi planı angulus kırığının rigid fiksasyonu ve glenoid fossa kırığının konservatif tedavisi olarak değiştirildi. Genel anestezi altında, rigid fiksasyon ve çene oklüzyonunda yol gösterici olması için hastaya intraoral MMF uygulandı. Daha sonra ekstraoral yaklaşım ile angulus bölgesindeki kırığa ulaşıldı ve rigid fiksasyon yapıldı. Rigid fiksasyonu takiben intraoral MMF çıkarıldı ve ameliyat sonlandırıldı. Glenoid fossa kırığına cerrahi müdahale uygulanmadı.



**Şekil 1:** Sağ glenoid fossa kırığının BT görüntüsü.

Erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı. Hasta postoperatif 1. günde fizik tedavi programına alındı ve giderek artan şiddette TME hareketliliği sağlandı. Hastanın 6 aylık takibinde TME disfonksiyonu ve ankilozu gibi komplikasyonlarla karşılaşmadı. İnterinsizal mesafe 4.2 cm. olarak tespit edildi.

#### TARTIŞMA

Kraniyum, içerisindeki ve komşuluğundaki önemli organları korumaya yönelik bir yapıya sahiptir. Bu durum kondiler bölge için de geçerlidir. Maksillofasial yaralanma sırasında kondiller mevcut enerjiyi emer ve kondilin en zayıf olduğu kondil boynu seviyesinden kırılır. Kondilin orta kranial fossaya yer değiştirmesi ile enerjinin yönü değiştirilmiş olur ve intrakranial yapıların hasarlanması engellenir<sup>2</sup>. Enerjinin kondil tarafından emilmeyip glenoid fossaya yansması ve burada bir kırık oluşturması ise oldukça nadir bir durumdur<sup>1</sup>.

TME vücuttaki tek ginglymoartroidal eklem olup, çiğneme ve konuşma gibi karmaşık hareketleri gerçekleştirmek için tam bir uyum içinde çalışması gerekir<sup>3</sup>. Olması gereken kondil-disk-temporal kemik ilişkisi bozulduğunda ortaya çıkan internal düzensizlik ağrı, klik, çenede kilitlenme, hareket kısıtlılığı ve eklem

degenerasyonuna neden olur<sup>3,4</sup>. Bu sebeple glenoid fossadaki bir kırık ile ortaya çıkan düzensizlik erken dönemde ağrı ve hareket kısıtlılığına, geç dönemde ise eklem dejenerasyonu ve ankilozu neden olacaktır.

Glenoid fossa konvansiyonel röntgenografik incelemeler ile görüntülenemez. Olası bir kırığın tanısı ancak detaylı bir TME BT'si ile mümkün olabilir<sup>5</sup>. Günümüzde maksillofasial yaralanması olan hastaların rutin radyolojik incelemeleri düz grafiler ve BT ile yapılmaktadır. Ancak bu tetkikler her zaman TME'yi rutin ve detaylı olarak incelememektedir. Bu da olası bir glenoid fossa kırığının atlanmasına ve ileride eklem degenerasyonu gibi ciddi komplikasyonların oluşmasına neden olabilir.

Sonuç olarak kondil kırığı olmamasına rağmen TME bölgesinde ağrı ve çene hareketlerinde kısıtlılığı olan hastalarda glenoid fossa kırığı olasılığı akıldan tutulmalıdır. Tam ise ancak detaylı bir TME BT'si ile mümkün olacaktır.

*Dr. Nilgün Markal ERTAŞ  
Yazıkırı B Sit. A3/23  
06530 Ümitköy ANKARA*

#### KAYNAKLAR

1. Benech A, Galesio C, De Giovanni PP, Fasciolo A. Fracture of the glenoid fossa without condylar dislocation and with intact mandibular condyle. Report of a case. *Minerva Stomatol* 46:541, 1997.
2. Oikarinen K.S. Discussion: Surgical versus nonsurgical treatment of unilateral dislocated low subcondylar fractures: a clinical study of 52 cases. *J. Oral Maxillofac Surg* 52:360, 1994.
3. Clark N. Mandibular Fractures. In Georgiade G, Riefkohl R, Levin L.S. (eds), *Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*, 3<sup>rd</sup> ed., Maryland, USA, Williams&Wilkins, 377-405, 1997.
4. Worsaae N., Thorn J.J. Surgical versus nonsurgical treatment of unilateral dislocated low subcondylar fractures: a clinical study of 52 cases. *J. Oral Maxillofac Surg* 52:353, 1994.
5. Zide B.M. The temporomandibular joint. In McCarthy J.G. (ed), *Plastic Surgery*, Philadelphia, USA, W.B.Saunders Company, p:1475-1513, 1990.