



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Temporomandibular bozukluk ve bruksizm: bir olgu sunumu

Temporomandibular disorder and bruxism: a case report

Doğancan Sönmez¹, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Adana

Cukurova Medical Journal 2019;44(Suppl 1):581-587.

Abstract

Temporomandibular disorders (TD), a major problem of today, temporomandibular joint, chewing crates and related structures, which is a common disorder with pain and mouth movements. Facial pain, headache, ear pain, pain in the neck and joint movements with complaints of pain and limitation are common. Bruxism, tooth grinding and tooth squeezing is a certain motor disorder and is known to increase with stress. It affects approximately 8% to 21% of the population. The generally accepted opinion is that it should be handled with a multidisciplinary approach. In this case report, we presented a 67-year-old female patient who presented to our psychiatry polyclinic with the complaints of tooth grinding. General information about TD and bruxism, psychogenic dimension of pain, comorbid psychiatric diagnoses and current treatment approaches are discussed in the light of literature. In this study, a retrospective literature survey was conducted. In conclusion, various treatment modalities can be determined in patients presenting with TD or bruxism related symptoms, taking into account the clinical symptoms.

Keywords: Temporomandibular disorders, bruxism, treatment.

Öz

Günümüzün önemli bir sorunu olan temporomandibular bozukluk (TMB); temporomandibular eklem, çiğneme kasları ve ilişkili yapıları ilgilendiren, ağrı ve ağız hareketlerinde kısıtlılıkla seyreden, sık rastlanan bir bozukluktur. Yüz ağrısı, baş ağrısı, kulak ağrısı, boyun ağrısı ve eklem hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık şikayetleri ile başvurular sıktır. Bruksizm, diş gıcırdatma ve diş sıkma ile karakterize bir motor bozukluk olup stresle arttığı bilinmektedir. Popülasyonun yaklaşık %8 ile %21'ini etkiler. Genel kabul edilen görüş, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması yönündedir. Bu olgu sunumunda diş gıcırdatma şikayeti ile psikiyatri polikliniğimize başvuran 67 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. TMB ve bruksizm ile ilgili genel bilgiler, ağrıların psikojenik boyutu, eşlik eden psikiyatrik tanılar ve güncel tedavi yaklaşımları literatür ışığında tartışılmıştır. Sonuç olarak, TMB veya bruksizm ilişkili yakınmalar ile başvuran hastalarda, klinik belirtiler göz önüne alınarak çeşitli tedavi yöntemleri belirlenebilir.

Anahtar kelimeler: Temporomandibular bozukluklar, bruksizm, tedavi

GİRİŞ

Temporomandibular bozukluk (TMB), temporomandibular eklem, çiğneme kasları ve ilişkili yapıları ilgilendiren, ağrı ve ağız hareketlerinde kısıtlılıkla seyreden sık rastlanan ve hastaların yaşam kalitesini bozan somatik ağrı bozukluğudur¹. Bruksizm, temporomandibular bozukluklar içerisinde yer alan, diş sıkma ve diş gıcırdatma ile karakterize güçlü çene hareketlerinin neden olduğu baş ve boyun ağrısı, çene hareketlerinde kısıtlılık,

çiğneme kaslarında ağrı ve spazmla kendini gösteren olağan dışı artmış aktivite olarak tanımlanan ve sık görülen bir parafonksiyonel bozukluktur². Yüzyıllar boyunca bu bozukluğu tanımlamak için “diş yüzeylerinin nonfonksiyonel olarak gıcırdatılması”, “karolyi etkisi”, “okluzal alışkanlık nevrozu”, “bruksomani”, “neuralgia travmatica” şeklinde farklı terimler kullanılmıştır³. Bu tanımın, ilk defa 1931 yılında Frohman tarafından kullanıldığı ve eski Yunanca’ da diş gıcırdatma anlamına gelen “brychein” den türediği belirtilse de, ilk kez 1900’lü yılların başında Marie Pietkiewicz’in “la bruxomanie”

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Doğancan Sönmez, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Turkey E-mail: dogancansonmez@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 17.05.2019 Kabul tarihi/Accepted: 26.07.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 27.09.2019

terimini kullandığını belirten kaynaklar da mevcuttur³. Bruksizm sadece gece görülebildiği gibi, hem gece hem gündüz de ortaya çıkabilir. Buna istinaden bruksizm uyku ve gündüz bruksizmi olarak ikiye ayrılmıştır. Gündüz uyanıklık durumunda ortaya çıkan bruksizmde istemsiz çene kasılması var olup, diş sıkma ön plandadır fakat dişleri birbirine sürtme veya diş gıcırdatma daha seyrek. Bu tip genellikle gerginlik ve anksiyete durumlarında ortaya çıkar ve toplumun yaklaşık %20'sinde görülür⁴.

Uyku ile ilişkili bruksizm, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırılması'nda (2013) Uyku ile ilişkili Hareket Bozuklukları alt grubunda yer almaktadır⁵. Genellikle uykuda görülen bruksizm istemsiz, ritmik ve fonksiyon dışı diş sıkması ve gıcırdatması ile karakterize, şiddetli baş ve boyun ağrısı, çene hareketlerinde kısıtlılık, çiğneme kaslarında ağrı ve spazmla karakterize çiğneme hareketidir⁶. Bruksizm ile temporomandibular bozukluk arasındaki ilişki henüz tam aydınlatılamamıştır. Bazı kaynaklar bruksizmin TMB'nin bir ya da daha fazla alt tipinin karakteristik belirti ve bulgularından oluştuğunu bazı kaynaklar ise bruksizmin bir TMB olduğunu ve bazen TMB'nin diğer tipleriyle de birlikte bulunabileceğini öne sürmektedir⁷. Genellikle gerginlik, stres, üzüntü ve anksiyete durumlarında meydana gelmektedir. Uyku bruksizmi ile ilgili Amerikan Akademisi Uyku Birimi çeşitli tanımlar yapmıştır. 1990 yılında Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması bruksizmi parasomni kategorileri arasında değerlendirmiş, uyku sırasında diş sıkma ve gıcırdatma ile karakterize bir hareket bozukluğu olarak tanımlamıştır. 2005 yılında yaptıkları bir tanımlamada ise bruksizmi uyku sırasında çeneleri sıkma ve diş gıcırdatma ile karakterize oral parafonksiyonel bir aktivite olarak uyku ile ilişkili hareket bozukluğu olarak tanımlamışlardır. Son zamanlarda yapılan yeni bir tanımlama ile bruksizm, mandibula hareketi ile meydana gelen diş sıkma ve gıcırdatma ile karakterize tekrarlayan çene kas aktivitesi olduğunu belirtmiştir. Son zamanlarda toplumda oldukça sık görülen ve çiğneme sistemi rahatsızlıkları içerisinde değerlendirilen bruksizm psikofizyolojik kökenli bir parafonksiyonel davranış biçimidir.

Yapılan birçok çalışmaya göre toplumda %4 den %96 ya varan sıklıklarla görülebilmektedir. Bruksizm, gençlerde ve çocuklarda yetişkinlere oranla daha sık görülür. Her iki cinsten de eşit olarak rastlanır³. Bazı çalışmalarda pediatrik popülasyonun %1-20 sinde, yetişkin popülasyonun da %5-8 inde görüldüğü ayrıca

bu oranın geriyatrik popülasyonda da %3 lük bir artış gösterdiği belirtilmektedir. Yetişkin popülasyonda ise kadınlarda erkeklere oranla daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir³.

Tanısı klinik olarak kolaylıkla konulabilmektedir. Tanı kriterlerinde, uyku sırasında düzenli ya da geçici olarak diş gıcırdatma sesinin duyuluyor olması gereklidir; buna eşlik eden uykuda diş gıcırdatmasına bağlı anormal diş aşınmasının varlığı ya da sabah çene ağrısı, temporal bölge baş ağrısı, uyanırken çenede oluşan kilitlenme ve ağrı gibi klinik şikayetlerin varlığı gerekir. Bruksizmin üzerindeki etiyolojik faktörler hala tam olarak açıklanamamakla beraber multifaktöryel bir doğaya sahip olduğu bilinmektedir. Altta yatan kesin bir nedeni olmadığında birincil ya da idiyopatik olarak sınıflandırılır. Ancak ikincil-septomatik formları çok daha sık olarak görülmektedir ve özellikle sorgulanmalıdır. En sık birliktelik gösterdiği durum ilaç kullanımındır (ör., serotonin geri alım inhibitörleri). Bunun yanı sıra, uyku apnesi gibi diğer uyku bozukluklarının da tetikleyici nedenler olarak akılda tutulması gerekir. Bruksizmin parasomniolar arasında en sık görülen üçüncü parasomni olduğu belirtilmiştir⁸. Uyku bruksizminde hasta dişlerini uyurken sıkıdığı için mevcut durumu farkında olmazken ancak patolojiler ortaya çıktığında hekime başvurmaktadır. Uykunun her evresinde görülebilmekle beraber, sıklıkla Evre III (delta) döneminde izlenir⁹. REM döneminde olan bruksizm seyrek; ancak bu tip en fazla zarar veren tiptir. Çünkü, REM döneminde spinal refleksler ve hasarı önleyen koruyucu çene refleksleri ile aşırı refleksleri baskılamaktadır. Böylece, çiğneme daha güçlü ve baskılı olur ve oluşacak hasar da artar⁹.

Bruksizm etiyolojisi hala tam olarak netliğe kavuşmamıştır. Son zamanlarda bruksizm ile ilgili yapılan çalışmalarda bruksizmin psikopatolojik ve psikososyal durumlardan morfolojik durumlara göre daha fazla etkilendiğine inanılmaktadır. Bu çalışmada ise psikiyatri polikliniğimize temporomandibular ağrı ve bruksizm yakınması ile başvuran kadın hastanın literatür bilgileri ışığında sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

Olgu 67 yaşında kadın hasta, evli, 5 çocuk annesi, ilköğretim mezunu, ev hanımı, ailesi ile birlikte Rize'de yaşıyor. Hasta, ayaktan psikiyatri polikliniğine bir yakını ile uyku sırasında diş sıkma, sabah uyanınca diş ve çene ağrısı, çene hareket kısıtlılığı, baş ağrısı ve kulak ağrısı şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın ilk

şikayetleri yaklaşık olarak 6 ay önce başlamış fakat son 3 aydır sıklığı ve şiddeti artmış. Çene ağrısı tek taraflı ve özellikle sol tarafında oluyormuş. Diş ağrıları tek taraflı yine sol bölgedeki dişlerde oluyormuş hatta sol bölgedeki dişlerinde kırılmalar ve çatlaklar oluşmuş. Baş ağrısı tek taraflı sol yarısında ve özellikle temporal bölgede oluyormuş. Boyun ağrısı, boğaz ağrısı, kulak

ağrısının da yine sol tarafında olduğunu tarifliyor. Hasta günlük yaşamında yemek yemede zorlanma, herhangi bir şeyi ısırırken ve çiğnerken şiddetli ağrı olduğunu belirtiyor. Hasta özellikle geceleri tuvaletini yapmak için uyandığında dişlerinin kenetlenmiş olduğunu fark ediyormuş. Özellikle sabahları şiddetli çene ağrısı ile uyanıyormuş.



Resim 1. Olguya ait diş kırıkları, diş minesini çatlakları, diş aşınmaları.

Çene hareketlerinde kısıtlılığı oluyormuş. Esnemekte ve çenesini hareket ettirmekte güçlük yaşıyormuş. Hastanın kızıyla yapılan görüşmede hastanın gece uyurken inlemesi ve diş gıcırdaması olduğunu ifade etti. Hasta da diş minesini çatlakları, dişlerinde aşınması, diş kırıkları ve diş çürükleri meydana gelmiş. Hasta mevcut şikayetleri üzerine 6 ay önce ilk olarak diş ve çene cerrahisi kliniğine başvurmuş. Diş ağrısı,

çürükleri ve diş kırıkları üzerine kanal ve dolgu tedavisi görmüş. Diş koruyucu plaklar önerilmiş ve kullanmış fakat hasta herhangi bir fayda görmemiş. Kulak ağrısı için de KBB polikliniğine başvurmuş. Hasta geçmek bilmeyen ağrı şikayetleri üzerine birçok kez ağrı kesici ilaçlar kullanmış. Şikayetlerinde bir azalma ve düzelme olmaması üzerine hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş.



Resim 2. Olguya ait sol masseter kası hipertrofi ve dilde şekil değişikliği.

Olgunun öyküsünü ayrıntılı incelediğimizde annesi Alzheimer hastasıymış ve 5 sene kadar annesinin bakımıyla kendisi ilgilenmiş. Bu sürecin son 3 senesi hasta için yorucu, yıpratıcı ve stresli geçmiş. Annesi

onu artık tanıyamıyormuş. Kendisi bu duruma çok üzülüyor ve kafasına takıyormuş. Annesini yalnız bırakamıyor, uyuyamıyor, dışarı çıkamıyormuş. Bu sıkıntılı süreç diğer aile fertlerini de etkilemiş. Bu

ortamdan uzaklaşmak için hastanın kızı il dışına çalışmaya gitmiş. Hastanın erkek çocuğu da birkaç ay önce işi gereği yurt dışına gönderilmiş. Çocuklarının evden uzaklaşmış olması kendisini üzümüş ve suçlu hissettirmiş.

Hastanın özgeçmişinde herhangi bir fiziksel veya ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Sigara ve alkol kullanımı yoktu. Geçirilmiş kafa travması öyküsü yoktu. Hastamız 3 kardeşlermiş ve hastamız en küçük çocukmuş. 1 kız 1 erkek kardeşi varmış. Aileden nörolojik ve psikiyatrik hastalık öyküsü sadece annesinde bulunmaktayış. Annesi alzheimer hastasıymış.

Hastanın fizik muayenesinde vital bulgular ve nörolojik ve diğer sistem bulguları normaldi. Hastanın dişlerinde her iki taraflı (sağ-sol) ve (üst-alt) bölgelerinde diş aşınması, çatlak ve kırıkları mevcuttu. Laboratuvar bulguları; hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Sol masseter kasında hipertrofi, diş minesinde aşınması ve çatlakları, diş kırığı ve çürükleri mevcuttu. Hastanın aydınlatılmış onamı ile yazılı izni alınan tedavi aşamalarını izlemek için yüz görünümü ve ağız, diş yapısı ile görünüm fotoğraflanarak kayıt altına alındı. (Şekil 2 ve Şekil 2)

Ruhsal durum muayenesinde Yaşında gösteren, giyimi sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu olan hasta, saygılı, konuşmaya istekliydi ve göz teması kuruyordu. Konuşma içeriği, miktarı ve hızı normal olan hasta sorulan sorulara verdiği cevaplar probleme dönük ve amaca yönelikti ve reaksiyon hızı normaldi. Duygudurum ötimik ve affekt uyumluydu. Düşünce içeriği durumu ile ilgiliydi. Bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Algılamada psikopatolojik bulgu saptanmadı. Bellek ve zeka düzeyiyle normaldi. Soyut düşünce yetisi ve gerçeği değerlendirme yetisi mevcut olan hastanın ve yargılaması olağandı. Yakınları ve personelle sosyal iletişimi, uyumu yerindeydi.

Psikolojik değerlendirmede olgumuza Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Ölçeği yapılmıştır. Olgunun Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Ölçeği sonucuna göre hasta kendisini olduğundan daha iyi gösterme eğilimi içinde olan bir birey ve bedensel yakınmaları ve genel sağlık durumları ile ilgili çok az ilgilenen olasılıkla neşeli, aktif ve iyimser bir birey olabileceği şeklinde raporlandı. Sosyal geleneklere uyma konusunda bağımlı, danışma durumunda başkalarının kendisi hakkındaki düşünceleri konusunda güvence arayan, geleneksel, güvenilir, kişilerarası ilişkilerde duyarsız ve ilgi alanı daralmış, sosyal ilişki kurmada problem yaşamayan

bir birey olabileceği belirtildi. Hamilton Depresyon Ölçeğinden 4 puan, Beck Anksiyete Ölçeğinden 13 puan, Geriatrik Depresyon Ölçeğinden 5 puan, Toronto Aleksitimi Ölçeğinden 62 puan almıştır.

Hastadan ve yakınlarından alınan ayrıntılı öykü ve hastanın ruhsal durum muayenesi sonrası hastamızda yapısal problemler ve diğer etiyolojik faktörler dışlanmıştı. DSM-5 tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak hastaya tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk tanısı ile amitriptilin 10mg/gün tedavisi başlandı. Hastaya hastalığı hakkında bilgi verildi. Yaşam tarzı değişiklikleri önerildi. Hasta düzenli olarak kontrollere çağrıldı. Hastanın 1 hafta sonra yapılan muayenesinde mevcut olan diş sıkma, diş gıcırdatma, baş ağrısı, çene ağrısı ve diş ağrısı gibi şikayetlerinde azalma olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Temporomandibular bozukluklar çene eklemünde ağrı, hareket kısıtlılığı, krepatasyon sesleriyle seyreden maksillofasial ağrı sebepleri içerisinde tedavisi en zor olan durumlardan biridir. Yapılan araştırmalarda kadınlarda 4-6 kat daha fazla görüldüğü ve yaşla birlikte insidansın arttığı saptanmıştır¹¹. Bruksizm de toplumda oldukça sık görülen temporomandibular bozukluk arasında gösterilen psikofizyolojik kökenli parafonksiyonel bir davranış biçimidir. Emosyonel stres bruksizme yol açan faktörlerden biridir. Stresli bir yaşamın bruksizmi tetiklediği düşünülmektedir. Kişinin stresli olması bruksizmin sıklığını ve şiddetini artırırken rahatlama ile bu durumda da azalma görülmektedir. Van Selms ve arkadaşları tarafından yapılan bir vaka çalışmasında hastalardan alınan EMG kayıtları polisomnografilerle karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmada gün içerisinde diş sıkmanın açıklanmasında stresli bir yaşamın önemli bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca gün içerisinde ve geceleri diş sıkma ile sabahları çene kaslarında ağrı varlığıyla bir ilişkisi olduğunu kanıtlamışlardır¹⁰. Kompe ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bruksizimli bireylerin normal bireylere oranla daha sosyal oldukları gözlemlenmiştir¹⁰.

Pierce ve arkadaşları 100 hastayla yaptıkları çalışma ile bruksizm ve stres arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sonucunda sadece 8 hastada EMG ölçümleri ile stres arasında önemli bir ilişki bulmuştur¹⁰. Rosaks ve arkadaşları bir grup farede stres yaratmış ve stres artması ile masseter kas aktivitesinin doğru orantılı arttığı gözlemlenmiştir¹⁰. Oliviere ve arkadaşları 84

çocuk hasta ile yaptıkları çalışmada anksiyete seviyelerini değerlendirmiş ve anksiyete seviyesini bruksizmi olan çocuklarda olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur¹⁰.

Serra-Negra ve arkadaşları 183 diş hekimliği öğrenci ile yaptıkları çalışma bruksizm ile uyku kalitesi arasında bir ilişki bulunmuştur. Zayıf uyku kalitesinin öğrencilerde bruksizmi tetiklediğini rapor etmiştir¹⁰. Tam kriterlerinde, uyku sırasında düzenli ya da geçici olarak diş gıcırdatma sesinin duyuluyor olması gereklidir. Ayrıca uykuda diş gıcırdatmasına bağlı anormal diş aşınmasının varlığı, baş ağrısı, sabah uandıktan sonra çenede ağrı ve kitlenme gibi klinik şikayetlerin varlığı gerekir. Bu şikayetler olgumuzda bulunmaktaydı¹¹.

Hastalığın tanısında uyku süresince, masseter kası yüzeysel EMG kayıtlarında fazik kas kasılmaları ya da tonik kasılma olarak izlenen ritmik mastikatuar kas aktivitesi, diş gıcırdatma sesi ile birlikte kesin tanı koydurucudur⁶. Polisomnografi (PSG) tetkiki, uyku ile ilişkili bruksizm tanısında gerekli değildir, ancak yapılması ideal olarak önerilmektedir. Bruksizm araştırılması amacı ile yapılan PSG tetkikinde Masseter Kas Elektromiyografi (EMG) kayıtlaması ile birlikte ses kaydı özellikle önerilmektedir. Biz olgumuza hastanın uyum sağlayamaması nedeni ile PSG ve EMG tetkiklerini uygulayamadık. Bruksizm yemek yeme, konuşma, soluk alıp verme, yutma gibi fonksiyonları etkilediğinden günlük yaşamda ciddi problemlere neden olmaktadır. Bazı kaynaklar tarafından bruksizm temporomandibular eklem rahatsızlıklarının bir işareti ve semptomu olarak görülse de son zamanlarda yapılan çalışmaların bruksizmin multifaktöryel bir rahatsızlık olduğunu göstermiştir. Bruksizm gündüz ve uykuda görülebilen bruksizm diye ikiye ayrılabilir. Bizim olgumuzda uykuda görülen bruksizm vardı.

Bruksizm hastalığı olan bireylerin yönetimi psikiyatri dışı tıp alanında da önemli zorluk oluşturmaktadır. Hastalar psikiyatri dışı kliniklere çoklu başvurular yapmaktadır. Olgumuzda diş ağrısı, çene ağrısı gibi şikayetleri üzerine ilk olarak diş hekimine başvurmuştur. Hastada malokluzyon ve yapısal problemler dışlandı. Şüphesiz ki bruksizmin tedavi edilmesinde diş hekimlerine büyük görev düşmektedir. Fakat hastamız diş ağrıları, diş kırıkları, diş çürükleri tedavi ettirmesine rağmen şikayetleri geçmemiş ve tekrarlamıştır. Olgumuz diş hekiminden başka KBB ve nöroloji branşlarına da başvurmuştur. En son olarak bu branşlardan fayda göremeyince

hasta psikiyatri kliniğine yönlendirilmiştir. Olgumuzda başka tıbbi hastalık öyküsü yoktur.

Hastanın devamlı kullandığı ilaç öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın öyküsü ayrıntılı incelendiğinde psikostresör faktörlere rastlandı. Temporomandibular bozukluğun başlangıç tedavisi hasta eğitimi, yumuşak diyet uygulaması, oral alışkanlıkların azaltılması, hastanın evde kendisinin uygulayabileceği fizik tedavi, kas relaksasyonu, medikal tedavi, uyku kalitesinin artırılması ve oklüzal splint gibi oldukça basit tedavi yaklaşımlarının uygulamasını içerir¹¹. Bruksizmin etiyojisi multifaktöryel olduğundan tedavisinde de tek bir tedavi seçeneği yeterli olmayacaktır. Kişiyeye göre etken bulunup, ortadan kaldırılarak doğru tedavi yöntemleri seçilmelidir.

Bruksizmin tedavi yöntemlerine baktığımızda elimizde farmakolojik tedavi, botoks uygulaması, fizik tedavi uygulamaları, davranışsal tedavi, hipnoz kullanımı gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Tedavi uygulamalarından ilki hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişiklikleridir. Bunlardan dikkat edilmesi gerekenler yumuşak bir diyetle beslenmek, fındık, fıstık gibi sert kuruyemişleri yemekten kaçınmak, ufak lokmalar halinde yemek, tek taraflı çiğnemenin kaçınmak, parafonksiyonel aktivitelere (sakız çiğnemek, kalem ısırma, parmak emmek, dişleri sıkma gibi) kaçınmak, eserken, gülerken çeneyi desteklemek, ağızdan ve yüzeysel solunum yerine, burundan ve derin solunum yapmak, yüzüstü yatmaktan kaçınmak, baş ve omuzların dik pozisyonda durmasına dikkat etmek, öne eğik durmaktan kaçınmak, bunu engellemek için egzersiz yapmaya özen göstermek, dudaklar bitişik, dişler ayrı, dil ağız tavanında gevşek olan istirahat pozisyonunu sürekli hatırlamaktır.

Emosyonel stres tedavisinin ilk basamağı hastanın durumunun farkına varmasının sağlanmasıdır. Çiğneme sistemi fonksiyonel bozukluğu veya orofasiyal ağrısı olan birçok kişi bu problemler ile emosyonel stres arasındaki olası ilişkinin farkında değildir. Bu nedenle kas hiperaktivitesi olan hastalar, emosyonel stres ile hastalığın ilişkisi konusunda bilgilendirilmelidirler. Bruksizm; sigara, alkol, kafein ve ilaç bağımlılığı gibi risk faktörlerinden kaçınma, eğitim düzeyinin artırılması, rahatlatma teknikleri, uyku hijyeni, hipnoterapi, biofeedback, bilişsel davranışsal teknikler gibi davranışsal stratejilerin uygulamaya konması ile kontrol edilebilir¹². Farmakolojik tedavide çeşitli gruplarda ilaçlar

kullanılabilmektedir. Bruksizm tedavisinde farmakolojik yaklaşım üzerine en eski çalışmalardan birinde kas gevşeticilerin kısa süreli kullanımının etkili olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmaların sonuçları hasta bildirimleriyle sınırlı kalmaktayken daha güncel çalışmalarda tedavi etkinliği polisomnografi gibi cihazlarla göstermiş; ancak uzun dönem kullanımında tolerans ve bağımlılık gelişebileceği konusuna dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir¹³.

Serotonerjik ve dopaminerjik ilaçlar etkinliği üzerine çalışmalar yapılmıştır. EMG ile yapılan ölçümler sonucunda serotonin prekürsörü L-triptofan'ın bruksizm üzerine etkisi olmadığı belirtilirken, dopamin prekürsörü L-dopa' nin düşük dozlarda bruksizmi azaltıcı etkisi olduğu gözlenmiştir. Antikonvülsanların bruksizmin tedavisinde kullanımına bakacak olursak yalnızca olgu raporları bulunduğunu görmekteyiz. Gabapentin, tiagabin gibi antiepileptiklerin kullanıldığı birkaç olguda, hasta geribildirimi ile bruksizm üzerine olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir.

Antidepresanların bruksizm üzerine şiddetlendirici (SSRI: selektif serotonin reuptake inhibitörleri) ve azaltıcı (amitriptyline) etkileri olduğu bildirilmiştir. REM dönemini baskılayıcı yönde etkileri olması sebebiyle uyku bruksizmde ortaya çıkan bulguları önlemede yararlıdır. Sempatolitik ilaçlar ile alakalı yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiş ve yan etkileri ve güvenilirliği konusunda daha fazla çalışma gerektiği belirtilmektedir¹³.

İlk olarak 1994 yılında masseter hipertrofisi tedavisi amacıyla kas içi enjeksiyonu gerçekleştirilen Botox; orofasial distoniler, sialore, migren, frey sendromu, fasiyal tiklerde, bruksizm ve kas hipertrofilerinde kullanılan güvenli ve etkili bir yöntemdir. Motor son plaklarda lokal kemodenervasyon yaparak istemsiz kas spazmlarını önler. Böylece kasta atrofi meydana gelir. İntramusküler enjeksiyon gerçekleştirilir. 3 ila 6 ay etkinliği devam eder. Bu ilaçların kısa dönem tedavide etkili olabileceğinden bahsedilirken uzun dönem kullanımı tavsiye edilmemektedir. Bu çalışmada gece yatmadan önce alınan 10 mg amitriptilinin, bruksizmi ve buna eşlik eden ağrıyı azalttığı ve hareket kısıtlılığını anlamlı ölçüde azalttığı saptanmıştır. İlacın kullanım süresini 30 gün olarak belirlemiştik ve hastayı haftalık kontrolle takip altına almıştık. Tedavi sonuçları da bu süre sonunda belirlenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen olumlu sonuçlar daha önceden yapılmış çalışmalardan elde edilen bilgiler

ışığında amitriptilinin analjezik etkisine bruksizmin sık görüldüğü REM uykusunu baskılama özelliğine ve anksiyolitik etkisine bağlanmıştır. Çalışmamız literatür taramasında erişkin ve geriatric dönemde bruksizm vakalarının az olmasından ve amitriptilin tedavisine belirgin bir cevap vermiş olmasından önem arz etmektedir. Bu konuda daha fazla çalışmaya da ihtiyaç vardır.

Temporomandibular bozukluk ve bruksizm etiyojisi ve tedavisi ile ilgili araştırmalar yetersizdir. Sosyal yaşamda istenmeyen bir durum olan bruksizm şiddeti kişiden kişiye değişebilir. Bilişsel davranışçı terapinin, fiziksel bariyer yöntemlerinin ve farmakolojik tedavilerin olgu raporlarında faydaları gösterilmiştir. Ancak Bruksizmin tedavisinde ilaç kullanımını ile ilgili bilgiler oldukça azdır. Çalışmamızın konu ile ilgili güncel tedavi yöntemlerine ışık tutacağı inancındayız.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: DS, ÇH; Veri toplama: DS, ÇH; Veri analizi ve yorumlama: DS, ÇH; Yazı taslağı: ÇH, DS; İçeriğin eleştirel incelenmesi: DS, ÇH; Son onay ve sorumluluk: DS, ÇH; Teknik ve malzeme desteği: DS; Süpervizyon: DS, ÇH; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : DS, ÇH; Data acquisition: DS, ÇH; Data analysis and interpretation: DS, ÇH; Drafting manuscript: ÇH, DS; Critical revision of manuscript: DS, ÇH; Final approval and accountability: DS, ÇH; Technical or material support: DS; Supervision: DS, ÇH; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Aydın G, Keleş I, Zöğ G, Orkun S. Diş sıkma alışkanlığı temporomandibular rahatsızlığı olan hastalarda semptom ve bulguları ne yönde etkiliyor? Kulak Burun Bogaz İhtisas Dergisi. 2004;13:19-24.
2. Kataoka K, Ekuni D, Mizutani S, Tomofuji T, Azuma T, Yamane M et al. Association between self-reported bruxism and malocclusion in university students: a crosssectional study. J Epidemiol. 2015;25:423-30.
3. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev. 2000;4:27-43.
4. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med. 2003;14:30-46.
5. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2014.
6. Lavigne G, Manzini C, Huynh NT. Sleep bruxism. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, (eds). Principles

- and practice of sleep medicine, 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders. 2011;1129-39.
7. Pergamalian A, Rudy TE, Zaki HS, Greco CM. The association between fear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2003;90:194-200.
 8. Kılıçoğlu A, Pekkan G. Diş kliniğine başvuran hastalarda bruksizmi olan ve olmayanların depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri.* 2009;12:68-71
 9. Rugh JD, Harlan J. Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. *Adv Neurol.* 1988;49:329-41.
 10. Eren S, Arıkan H, Tamam C, Kasapoğlu Ç. Bruksizm ve güncel tedavi yaklaşımları. *Archives Medical Review Journal.* 2015;24:241-58.
 11. Dym H, Israel H. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin N Am.* 2012;56:149-61.
 12. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schafer R, Handschel J, Franz M et al. Effects of an occlusal splint compared with cognitivebehavioral treatment on sleep bruxism activity. *Eur J Oral Sci.* 2007;11:7-14.
 13. Lobbezoo F, Van der Zaag J, Van Selms MK, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil.* 2008;35:509-23.