

PROFESYONEL BİR FUTBOLCUDA MANDİBULA KIRIĞI: OLGU SUNUMU

Savaş KUDAŞ*, M. Mesut ÇELEBİ**

ÖZET

Futbol tüm dünyada en sık yapılan spor dallarından biri olup son yıllarda popülaritesi oldukça artmıştır. Artan katılımı birlikte futbola bağlı yaralanmalar da dikkat çeker düzeye çıkmıştır. Gerçekleşen yaralanmaların yaklaşık %22'si kafa ve yüz bölgesinde yer alır. Kafa yaralanmaları sırasında oluşan kırıkların yaklaşık %27'si mandibulada görülmektedir. Mandibular kırıklar lokalizasyonlarına göre kondiler, koronoid, ramus, köşe, parasimfiz, simfiz ve alveoler diye adlandırılır. Bu olguda sportif aktivite sırasında yüz travması sonucunda mandibular kırık oluşmuştur. Kırık daha ince olan kondil kısmındaydı. Bu olguda tanı, tedavi ve rehabilitasyona ilişkin bilgi verilmektedir.

Anahtar sözcükler: Spor yaralanmaları, mandibula kırıkları, kafa travması, futbol, egzersiz

SUMMARY

MANDIBULA FRACTURE IN A PROFESSIONAL FOOTBALL PLAYER: CASE STUDY

Football has become the most popular team sport across the globe. The increase in participation brought the incidence of football related injuries to a high level. About 22% of those injuries are related to the head and face. Among the head injuries resulting with a fracture, 27% involve the mandibula. According to localization, mandibular fractures are named as condillar, coronoid, ramus, corner, parasymphysis, symphysis and alveolar ones. The present case is about a mandibular fracture resulting from trauma to the facial area during football play. CT confirmed fracture

* Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

at the rather thin and fragile condillary section of the mandibula. Diagnosis, treatment and rehabilitation of the case is discussed.

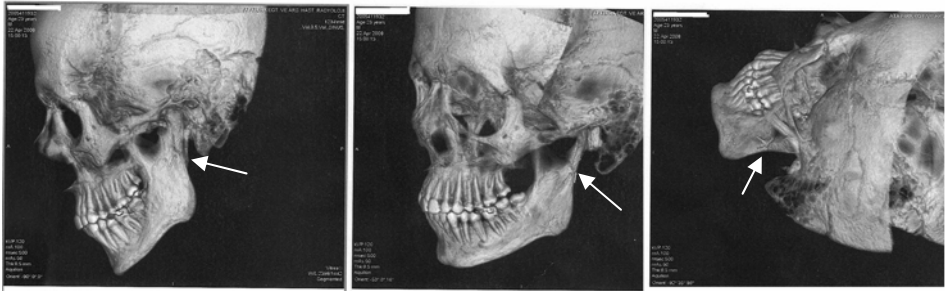
Key words: *Sports injuries, mandibular fractures, head trauma, football, exercise*

OLGU

Yirmiüç yaşında, altı yıldan beri profesyonel futbol oynayan erkek sporcu spor hekimiği polikliniğine çene ağrısı şikayeti ile başvurdu. Sporcu mücadelenin yoğun olduğu stoper mevkiinde oynamaktaydı. Anamnezinde dört gün önce oynanan maçta sol çenesine dirsek darbesi aldığı anlaşıldı. Sporcu darbe sonrası kısa süren tedavinin ardından oyuna devam etmiş ve aynı bölgeye tekrar benzer bir darbe almıştı. Maçın bitmesiyle birlikte futbolcunun sol çene mandibular ekleminin hemen altında hafif şişlik ve ağrı oluşmuştu. Olgu yumuşak doku travması olarak değerlendirilip soğuk uygulama ve kompresyon yapılmış, oral NSAİ ilaç (50mg diklofenak sodyum 2x1) başlanmıştı. Futbolcu şikayetlerinin geçmediğini belirterek polikliniğe başvurdu.

TANI

Hastanın muayenesinde, mandibular eklemin yaklaşık 1cm alt kısmında hafif şişlik, eklem hareketlerinde ve palpasyonda ağrı vardı. Hasta çenesini açmaya çalıştığında ağrısı artmaktaydı. Çenede asimetri ve oklüzyon bozukluğu yoktu. Hastaya tanı konulması amacıyla direkt grafi çekildi, ancak grafide kemikte herhangi bir patoloji saptanmadı. Bunun üzerine KBB hastalıkları uzmanı ile konsültasyon sonucu olgunun CT'sinin çekilmesine karar verildi. CT'de mandibulada kırık hattı gözlemlendi. Kırık, mandibulanın daha ince olan kondiller kısmındaydı (Resim 1).



Resim 1. Futbolcudaki mandibula kırığının bilgisayarlı tomografisi (CT).

TEDAVİ

Hastaya mandibulayı fikse eden thermoplast çene ateli yaptırıldı ve onbeş gün boyunca kullanması önerildi. Sporcu bu süre içerisinde sıvı gıdalar ile beslendi ve çene hareketi minimale indirildi. İki hafta sonra yapılan kontrollerinde, hasta şikayetlerinin azaldığını bildirdi. Futbolcunun spora dönüş süresini kısaltabilmek için özel antrenman programı planlaması yapıldı. Bu amaçla birinci haftanın sonunda bisiklet ve alt ekstremitte kuvvet egzersizleri, sonraki hafta ise saha egzersizleri verildi. Bu egzersizler aerobik ve anaerobik dayanıklılık, koordinasyon, kuvvet ve çabukluk çalışmaları şeklindeydi. Dördüncü haftada yapılan kontrollerde hastanın herhangi bir şikayeti kalmadığı anlaşıldı. Ancak sporcu iki hafta daha mücadele içeren antrenmanlardan uzak tutuldu. Altıncı haftanın sonunda takım çalışmalarına katılmasına izin verildi.

TARTIŞMA

Günümüzde futbolun popüleritesinin artmasıyla birlikte bu spora katılım, dolayısı ile futbol yaralanmalarında da bir artış gözlenmeye başlamıştır. Literatürde 1000 maç saati başına verilen ortalama futbol yaralanmaları oranı %16.6-18.6 civarındadır (4,7). Bu yaralanmaların %72.1'i alt ekstremitte görülmektedir. Bir çalışmada 16-18 yaş grubu alt seviyedeki genç erkek futbolcularda yaralanma insidansı 1000 saat maç başına 42.5 verilmiştir (10). Bunun aksine, Finlandiya'da 263 yüksek seviyedeki sporcuyu içeren bir çalışmada ise yaralanma insidansı 1000 saat maç başına 16.6 bulunmuştur (7).

Cheng ve ark. tüm futbol yaralanmalarının %37'sinin (120'de 44) diğer sporcularla çarpışma sonucu oluştuğunu rapor etmişlerdir. Bu yaralanmaların %22'sini kafa travmaları oluşturmaktadır (2). Futbol yaralanmaları sıklıkla alt ekstremitelerde gerçekleşir. Bununla birlikte, kalecilerde alt ekstremitte yaralanmalarından daha sık üst ekstremitte, kafa, yüz, ve boyun yaralanmaları gözlenir (6,8). Üst ekstremitte yaralanmaları üst düzeydeki sporcularda daha çok gözlenmektedir (9). Spora bağlı kafa yaralanmalarına %62.3 futbolcularda, %14.5 kayak sporcularında, %6.5 ise ata binenlerde rastlanır (3,4). Futbolcularda mandibula kırıkları sıklıkla kafa kafaya çarpışma veya çeneye dirsek darbesi sonucu oluşur (9). Mandibula kırıkları en sık kondilde (%36), daha sonra sırasıyla korpusta (%21) ve angulusta (%20) görülür (12).

Konuya ilişkin çalışmalarda kafa travmaları kaleci ve defans oyuncularında %4-22 arasında değişen oranlarda verilmektedir (3,4,6).

Kafa travmaları arasında maksilla ve mandibula travmaları %89.8 kadardır (5,9,7,11). Bunların %10.2'si sadece yumuşak doku travması şeklinde olmaktadır %13.9'u kırıklardır ve bunların da %27.2'si mandibulayı içermektedir (1,4,5,7,11). Futbolcular, ve özellikle defans oyuncularını ve kaleciler bu travmalara diğer oyuncularından daha fazla maruz kalmaktadır (6,8). Kafaya gelen darbelerde çoklu kırıklar ve cerrahi müdahale gerektiren yaralanmalar meydana gelebilmektedir (9). Travma sonrasında klinik değerlendirme net değilse tanı atlanabilir. Bazen direkt grafi ile de tanı konulamayabilir. Bu olguda dikkat edilecek husus travma sonrası uzun süren çene ağrısı semptomunun varlığıdır. Tanıda panoramik çene grafisi ve bilgisayarlı tomografi (CT) önem taşır.

Mandibula kırığı tedavisinde iki yöntem uygulanmaktadır (12). Sporcularda maksillofasiyal yaralanmaların %93.5'i cerrahi gerektirir. Cerrahi yaklaşımda kırık olan alana plak yerleştirilip sporcunun en kısa sürede takımla beraber çalışması sağlanır. Cerrahi sonrası hasta ortalama üç gün hastanede kalır, 40 gün sportif aktivitelerden uzak tutulur. Sporcu üç ay süreyle kendini direkt travmalardan korumalıdır. Eğer kemik deplase olmamışsa, konservatif yaklaşım uygulanabilir. Mandibula bir atelle sabitlenip hasta 2-4 hafta dinlendirilir. Bu süre sonunda tetkik tekrarıyla birlikte kontrol edilir.

Futbol oynayanlarda kafa travmaları arasında mandibular kırıklar diğer spor dallarına göre daha fazla meydana gelir (1). Futbolcularda kafaya gelen dirsek veya ayak darbesi ve kafa kafaya çarpışmalar, basit bir yumuşak doku travmasından beyin kontüzyonuna giden bir yelpazede sonuçlanabilir. Antrenörler ve spor hekimleri yüz ve çene yaralanma özellikleri açısından bilgilendirilmelidir (9). Çeneye gelen travmalarda sporcu ayrıntılı şekilde muayene edilmeli, takıma dönüş süresinin uzamaması için erken ve doğru tanı konmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Antoun JS, Lee KH: Sports-related maxillofacial fractures over an 11-year period. *J Oral Maxillo Surg* **66**: 504-8, 2008.
2. Cheng TL, Fields CB, Brenner RA, Wright JL, Lomax T, Scheidt PC: Sports injuries: an important cause of morbidity in urban youth. District of Columbia Child/Adolescent Injury Research Network. *Pediatrics* **105**: E32, 2000.
3. Chomiak J, Junge A, Peterson L, Dvorak J: Severe injuries in football players: influencing factors. *Am J Sports Med* **28(5 Suppl)**: S58-68, 2000.

4. Dvorak J, Junge A: Football injuries and physical symptoms: a review of the literature. *Am J Sports Med* **28(5 Suppl)**: 3-9, 2000.
5. Exadaktylos AK, Eggensperger NM, Eggli S, Smolka KM, Zimmermann H, Iizuka T: Sports related maxillofacial injuries: the first maxillofacial trauma database in Switzerland. *Br J Sports Med* **38**: 750-3, 2004.
6. Hame SL, LaFemina JM, McAllister DR, Schaadt GW, Dorey FJ: Fractures in the collegiate athlete. *Am J Sports Med* **32**: 446-51, 2004.
7. Luthje P, Nurmi I, Kataja M, et al: Epidemiology and traumatology of injuries in elite soccer: a prospective study in Finland. *Scand J Med Sci Sports* **6**: 180-5, 1996.
8. Mihalik JP, Myers JB, Sell TC, Anish EJ: Maxillofacial fractures and dental trauma in a high school soccer goalkeeper: a case report. *J Athl Train* **40**:116-9, 2005.
9. Papakosta V, Koumoura F, Mourouzis C: Maxillofacial injuries sustained during soccer: incidence, severity and risk factors. *Dent Traumatol* **24**: 193-6, 2008.
10. Peterson L, Junge A, Chomiak J, Graf-Baumann T, Dvorak J: Incidence of football injuries and complaints in different age groups and skill-level groups. *Am J Sports Med* **28(5 suppl)**: S51-7, 2000.
11. Roccia F, Diaspro A, Nasi A, Berrone S: Management of sport-related maxillofacial injuries. *J Craniofac Surg* **19**: 377-82, 2008.
12. Senen D, Erol S, Orhan E, Sevin A, Erdoğan D: Mandibula kırıklarında klinik yaklaşımlarımız. *Türk Plast Rekonstr Est Cer Derg* **14**: 102-4, 2006.

Yazışma için e-mail adresi: savaskudas@yahoo.com