

*Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fogászati Klinika
(igazgató: dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár), Debrecen*

Csecsemőkorú gyermek állkapocstörése

DR. ALBERTH MÁRTA, DR. SZILÁGYI ZOLTÁN,
DR. PÓTI SÁNDOR és DR. REDL PÁL

Gyermekekben az állcsontok törését okozhatja lokális vagy általános – a csontrendszer is érintő – megbetegedés [8], baleset illetve a gyermek bántalmazása. A fraktúrák előfordulási gyakorisága és etiológiája függ az adott ország földrajzi elhelyezkedésétől, szociális és kulturális helyzetétől, illetve a gyermek életkorától.

Az állkapocstörés 10 éves kor alatti előfordulása ritka, a törések 7,3%-a kerül ki ebből a korcsoportból [10]. A 3 hónapos kor alatti sérülések 72%-a balesetből származik, 28%-át a gyermek bántalmazása okozza [9].

Az izolált mandibulafraktúrák még ritkábbak, mert kisgyermekkorban a fejlődésben lévő mandibula relative kicsiny és resiliens. Egyes szerzők előfordulási gyakoriságát 1-5%-ra teszik, életkortól függően. A leggyakoribb lokalizációs hely a condylus, a mandibulatest és -szöglet [2,5].

Ellátási módként ajánlják a ragasztott vagy cirkumferenciálisan fixált akrilátsíneket, a hagyományos intermaxillaris fixációt, a drótvarratos osteosynthesist [3].

A titánból készült minilemezek megjelenése óta egyre inkább a véres úton történő repozíció utáni osteosynthesist javasolják mint választandó terápiás módszert [5].

Bármilyen megoldás esetén figyelembe kell venni a meglévő tejfogak számát, a gyökérfelszívódás mértékét, a maradó fogcsírák és a condylusok növekedési centrumának állapotát [2]. Ezek természetes fejlődési menetébe való beavatkozás későbbi torzulásokhoz, malocclusio és/vagy fogazati rendellenesség kialakulásához vezethet [11].

Esetismertetés

B. Á. hét hónapos csecsemőt szülei a szájüregben, az alsó állcsonton, a középvonalban észlelt, 1 hete nem gyógyuló seb ellátása céljából hozták vizsgálatra. A szülők elmondása szerint az elváltozást vélet-

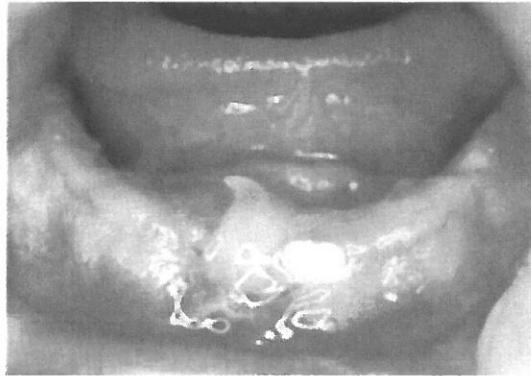
Érkezett: 1996. szeptember 14.

Elfogadva: 1996. október 22.

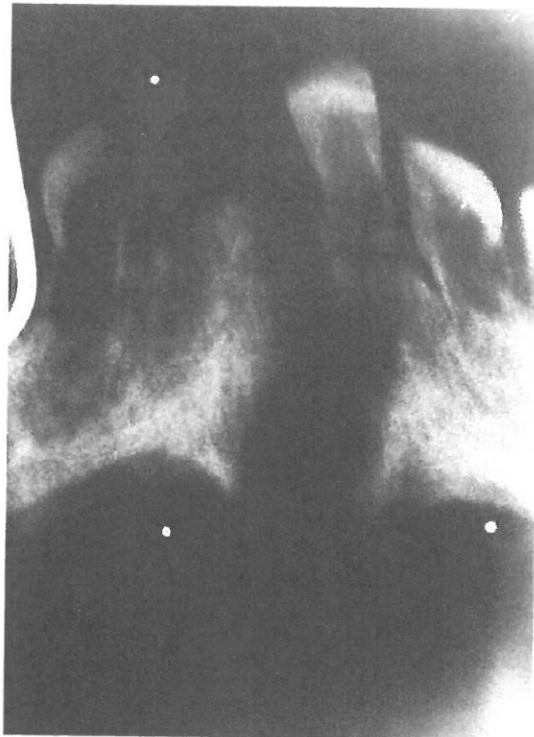
lenül vették észre, és azt tapasztalták, hogy a gyermek a sebvonalban lévő fogát elvesztette, melyet nem találtak meg.

Családi anamnézis: egyszerű szülők első gyermeke. Az anya nem dolgozik, az apa alkalmi munkákat vállal. A terhességet nem tervezték. A gyermeket zárójelentései szerint 1 hónapos korában otohaematoma l.d., 3 hónaposan sinobronchitis acuta diagnózisával kezelték. Egyéb betegségekről a szülők nem tudnak. A baleset vagy bántalmazás lehetőségét a szülők hevesen tagadják.

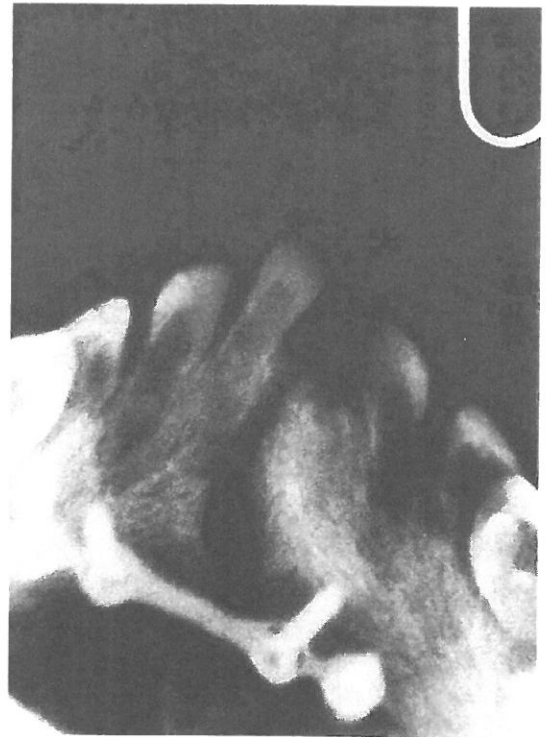
B. Á. kp. fejlett, kp. táplált félénk csecsemő. Intraoralis vizsgálattal 71 foga ép, 81 foga hiányzott, a mandibula középvonalában ujjbegynyi elhalt nyálkahártyával fedett seb volt látható (1. kép).



1. ábra. A mandibula középvonalában látható, elhalt nyálkahártyával fedett sebvonal



2. ábra. A ráharapásos röntgenen látható törvonal



3. ábra. A mandibula bázisán elhelyezett mikrolemez

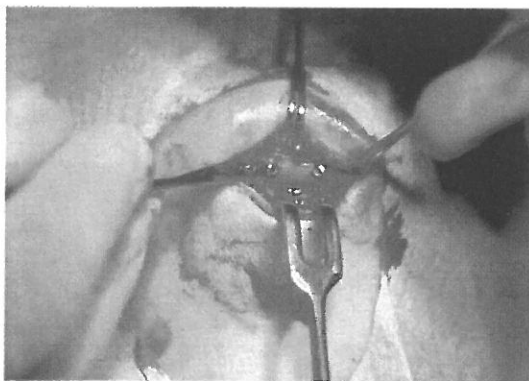
Az érintett területről készült ráharapásos rtg.-felvétel alapján felvetődött a mandibulafraktúra lehetősége. Bimanuális vizsgálattal a mandibulatest kóros mozgathatóságot mutatott, a két törvég krepitált. Az elkészült ráharapásos rtg.-felvételen középvonali 3-4 cm diaszisszal járó törése volt (2. kép).

Az elvégzett vizsgálatok kizárták a csontrendszer elváltozásával járó általános betegségeket, a felszívódási zavarokat és a Ca-hiányt. Újra felvetődött a gyermek bántalmazásának lehetősége. E mellett szólt a bal kéz 1. ujj MP ízületében észlelt subluxatio is.

Tekintettel a viszonylag széles törési résre és a dislocatio mértékére a műtéti úton történő repozíció és fixáció mellett döntöttünk.

Intubációs narkózisban, extraoralis feltárásból végzett repozíció után a törvégeket a mandibula bázisán elhelyezett, titánból készült mikrolemezekkel rögzítettük (3. kép). A gyermek antibiotikus kezelésben részesült, majd zavartalan posztoperációs szak után otthonába bocsátottuk. A megbeszélte kontrollvizsgálaton, az előzetes felvilágosítások ellenére sem jelentek meg.

Másfél év múlva sikerült csak ellenőrizni a gyermeket, amikor a lemez eltávolítása céljából jelentkeztek. Az ellenőrző rtg.-felvételek alapján – melyet a gyermek fokozott nyugtalansága és vadsága miatt csak altatásban lehetett már elvégezni – a csont a betett lemezt befedte – a törés gyógyult, a fogazat a kornak megfelelő, a mandibula fejlődésében zavar nem volt tapasztalható (4. kép).



4. ábra. A lemez eltávolítása előtt látható gyógyult törés

Megbeszélés

B. Á. kezelésekor a titánból készült mikrolemez alkalmazása mellett döntöttünk. Nem állt módunkban a konzervatív sínezéses módszert alkalmazni, mivel 18 hónapos korig nincs megfelelő számú fog a sín rögzítéséhez, és a tejfogak anatómiai formája sem kedvező a felhelyezett sín retenciója szempontjából. A circumferenciális drótvarratokkal rögzített akrilátsínekkel történő kezelés számos techni-

kai problémát okozott volna (szájhygiéncia, kontrollok, a rögzítés stabilitása).

Mindenképpen olyan megoldást kell választanunk, amely a tej- és maradó fogakat, illetve azok csíráit nem sérti, azok fejlődését nem gátolja. Esetünkben ez nem volt észlelhető, annak ellenére, hogy a gyermeket csak másfél év eltelte után volt módunk kontrollálni. A mandibula bázisán elhelyezett lemez a követelménynek tökéletesen eleget tett.

Egy másik súlyos társadalmi és szociális probléma, ami az eset kapcsán felvetődik: az elhanyagolt, bántalmazott gyermekek kérdése. Az esetek száma folyamatosan szaporodik, bár egyértelmű statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre [12]. A WHO felmérése szerint 1993-ban 100.000 elveszületésre 13-20 eset volt tehető [1]. A beszélni még nem tudó vagy a megfélemlített gyermek a valós tényeket nem képes elmondani. A szülő hihető történettel, gyakran a családban élő másik kiskorú gyermek agresszivitására hivatkozva kibújik a felelőség terhe alól. Számos esetben rossz anyagi helyzetére hivatkozva mulasztja el a gyermek kezeltetését [4]. Csecsemő és totyogó korban nehéz elkülöníteni a véletlen balesetből származó, illetve a bántalmazásból eredő sérüléseket [6]. Az előadott tények és az észlelt elváltozás súlyossága között fennálló eltérés, illetve a sorozatos ismétlődés igazolhatja a bántalmazás vélelmét. Az egyéb megbetegedések okozta törések kizárása után minden erőfeszítést meg kell tenni a tények valós feltárására. Segítséget nyújt a rizikófaktorok (rossz szociális helyzet, szülői alkoholizmus, nem kívánt terhesség, nyugős-beteges gyermek stb.) helyes értékelése, melynek igen jó összefoglalását adja *Velkei* munkája [13].

IRODALOM: 1. *Belsey, M. A.*: Child abuse: measuring a global problem. *World Health Stat. Q.* 46, 69, 1993. – 2. *Cossio, I. P., Galvez, F. E., Perez, G. J. L.*: Mandibular fractures in children. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 23, 329, 1994. – 3. *Iizuka, T., Lindqvist, C.*: Rigid internal fixation of mandibular fractures. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 21, 65, 1992. – 4. *Jessee, S. A.*: The neglect of our youth. A dental perspective. *J. Dent. Child.* 60, 361, 1993. – 5. *Krüger, E., Schilli, W., Worthington, Ph.*: Oral and Maxillofacial Traumatology. Vol. 2. Quintessence, Berlin, 1986. 259–292. – 6. *Leventhal, J. M., Thomas, S. A., Rosenfield, N. S., Markovitz, R. I.*: Fractures in young children. *J. Dent. Child.* 60, 147, 1993. – 7. *Newberger, E. H.*: Child physical abuse. *Prim. Care.* 20, 317, 1993. – 8. *Ojima, K., Matsumoto, H., Hayase, T., Fukui, Y.*: An autopsy case of osteogenesis imperfecta initially suspected as child abuse. *Forensic Sci. Int.* 65, 97, 1994. – 9. *Stewart, G., Meert, K., Rosenberg, N.*: Trauma in infants less than three months of age. *Pediatr. Emerg. Care* 9, 199, 1993. – 10. *Tanaka, N., Tomitsuka, K., Shionoya, K., Andou, H.*: Aetiology of maxillofacial fracture. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 32, 19, 1994. – 11. *Tamari, K., Shimizu, K., Murakami, T., Takahama, Y., Yokoba, S.*: Management and subsequent 13-year progress of a mandibular fracture with malocclusion in a child-case report. *J. Oral. Rehabil.* 18, 193, 1991. – 12. *Waldman, B. H.*: Your next pediatric dental patient may have been physically or sexually abused. *J. Dent. Child.* 60, 325, 1993. – 13. *Velkey L.*: A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek szindróma. *Gyermekgyógyászat* 4, 267, 1994.

Dr. Alberth, M., dr. Szilágyi, Z., dr. Póti, S., dr. Redl, P.: *Infant aged child's jaw bone fracture*

Maxillofacial fractures under 10 years of age are uncommon, with an occurrence of 7,3%. Isolated fractures of the mandible are even more rare, due to the fact that in young children the mandible is relatively small and resilient. Some authors suggest that the occurrence of this form of fracture is about 1-5%. Different methods have been described for treatment of fractures of the mandible in children. In the therapy since the introduction of titanium mini plates the trend has been to select surgical repositioning followed by osteosynthesis. This paper describes the management of a 7-month old boy with isolated mandibula fracture, using this method to avoid the damage of the tooth germs.

This particular case raises the issue of child abuse, which is on the increase in Hungary as well. To find a kind of solution would be not only a task of dentists but also of society in general.

Humamoxin

Amoxicillin



BAKTERICID
TARTÓSAN MAGAS TERÁPIÁS PLAZMASZINT
SZELES HATÁSSPEKTRUM
ORALISAN GYORS FELSZÍVÓDÁS

Csomagolja: a NOVOPHARM Ltd. licence alapján
a HUMANPHARMA Gyógyszergyártó Kft.
2100 Gödöllő Táncsics Mihály u. 82

OGYI eng.szám: 4120-21/40/93

További információval rendelkezésre áll
a HUMAN Rt. Gyógyszerismertető Osztálya.
1107 Budapest Szállás u. 5
Tel.: 262-7772 Fax.: 262-3416

ATC: J01C A04

Reszletek az alkalmazási előírásban.