

## MANDİBULEKTOMİ YAPILMIŞ HASTADA REHBER APAREY UYGULAMASI : OLGU BİLDİRİMİ

### GUIDANCE - APPLIANCE APPLICATION ON A PATIENT WHO HAD UNDERGONE MANDIBULECTOMY : CASE REPORT

*HÜSEYİN YAZICIOĞLU\*, SUAT YALUĞ\*, VOLKAN ASAR†*

#### ÖZET

Mandibulektomiler; çoğunlukla bir hastalığı ortadan kaldırmak veya kontrol altına almak amacı ile yapılan cerrahi müdahaleler sonucunda mandibulada meydana gelen kütleli kayıplardır. Mandibulektomilerin çeşitli etiyojileri vardır. Bunlar travmatik ve patolojik orijinli olabilir. Bu tür hastalarda en önemli problem alt çenenin rezekte edilen tarafa doğru kayması ve dişlerin eksentrik bir pozisyonda kapanmasıdır. Hastalardaki kayma nedeni ile fonksiyon, estetik ve fonasyon kaybının sorunlar yaratması protetik tedaviyi kaçınılmaz hale getirmektedir. Bu vakada mandibular rezeksiyon yapılmış hastanın protetik rehabilitasyonu anlatılmıştır.

**Anahtar kelimeler :** Mandibulektomi, Rehber düzlemlerli aparey

#### SUMMARY

Mandibulectomies ; are mostly the mass losses that occur as a result of the surgical interferences to the mandibula in order to remove or control some diseases. There are several types of the etiologies of the mandibulectomies. These can be traumatic or pathological. The most serious problem of such patients is the deviation of the mandibula in the direction of the resected side and the occlusion of the teeth in an eccentric position. In these patients, the loss of the normal functioning, the esthetic appearance and the phonation due to deviation, makes the use of prosthetic rehabilitation indispensable. In the case considered in this study a prosthetic rehabilitation is described for a patient who had undergone mandibular resection.

**Key words :** Mandibulectomy, Guidance- appliance

\* Doç. Dr. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

† Dt. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

#### GİRİŞ

Mandibulektomiler; çoğunlukla bir hastalığı ortadan kaldırmak veya kontrol altına almak amacıyla yapılan cerrahi müdahaleler sonucunda mandibuladaki kütleli kayıplardır. Dil, mandibula ve yakınındaki dokularla ilişkili malign tümörlerin varlığı hastalığın ortaya çıkarılması ve tedaviyi izleyen rehabilitasyonla ilişkili olarak cerrah ve prostodontist açısından çözümü güç problemleri beraberinde getirir. Mandibular defektlerin etiyojileri çeşitlidir. Bunlar travmatik ve patolojik nedenlere bağlı olabilir. Hastalarda defekte bağlı olarak yüzde şekil bozukluğu, mandibulada kayma, fonksiyon ve fonasyon bozuk-

luğu gözlenmektedir. Tedavide uygulanan protezlerin amacı estetiği düzeltmek, ayrıca eksik dişleri tamamlayarak fonksiyon ve fonasyon sağlamaktır. Kaymanın önlenmesi için ise çeşitli tedavi metotları vardır. Bu tedavi metotları intermaxiller fiksasyon, mandibula destekli rehber restorasyonlar ve maxilla destekli rehber restorasyonlardır. En iyi sonuç için bu metotlarla birlikte mandibular egzersiz programı uygulanmalıdır<sup>1</sup>.

Mandibula rezeksiyonu ile ilişkili kaymayı azaltmada yararlı bir metot, ark barlar ve elastikler kullanılarak hastaya zaman geçirmeden intermaxiller fiksasyon uygulanmasıdır. intermaxiller fiksasyon

cerrahiyi takiben 7-8 hafta sürer. Bu yaklaşımın yararını değerlendiren kontrollü çalışmalar olmamasına rağmen bazı klinisyenler cerrahi sonrası oluşan mandibular kaymayı bu metodun azalttığına inanmaktadır, bazıları ise mandibular kaymayı önlemede intermaksillar fiksasyonun bir yararının olmadığına inanmaktadır<sup>1</sup>.

intermaksiller fiksasyon yapıldığında, oklüzyonun proprioseptif duyusunun korunduğu ve fiksasyonun çıkartılmasını takiben çoğu hastanın uygun interküs-pal pozisyonu tekrar ve doğru bir şekilde sağladığı da ifade edilmektedir<sup>1</sup>.

Hastaya mandibular rehberlik terapisi uygulanacaksa, terapi ne kadar erken uygulanırsa, o kadar başarılı sonuç elde edilir. Eğer hasta boyun diseksiyonu veya radyasyon terapisi içeren aşırı rezeksiyona maruz kalmışsa ve cerrahi işlemde uzun süre geçmişse, rehber prosedürler çok daha zor uygulanır ve sonunda uygun olmayan oklüzal ilişki oluşabilir<sup>1</sup>.

Mandibulayı düzeltilmiş interküs-pal ilişkiye yönlendirmede yararlı olabilecek pek çok yaklaşım vardır. Bunlar; üst çeneye uygulanan eğik düzlemler rehber apareyler, çift diş dizileri ve alt çeneye uygulanan bukkal kanatlı rehber protezlerdir<sup>1,6,7,8</sup>.

## OLGU BİLDİRİMİ

40 yaşındaki bayan hastamız çiğneme, konuşma ve estetik şikayetleri ile G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Kliniğine başvurmuştur. Alınan hasta hikayesi, yapılan ekstraoral, intraoral, radyolojik muayene ve patolojik rapor incelenmesi sonucunda dil epidermoid karsinomuna bağlı olarak hastanın alt çenesinin sağ lateral bölgesinin rezeke edildiği, maxillada ise, 21, 22, 23

**Şekil 1.** Hastanın protetik rehabilitasyon öncesi extraoral görünümü

**Şekil 2.** Hastanın intraoral görünümü

**Şekil 3.** Hastanın panoramik film görüntüsü

no'lu dişlerin mevcut olduğu görüldü. (Şekil 1,2,3). Ayrıca rezeksiyona bağlı olarak hasta mandibulasının sağ tarafa doğru kaydığı gözlemlendi. Bu nedenle mandibulaya defekt protezi, maxillaya da alt çeneyi oklüzyona getirebilmek için rehber aparey yapmayı uygun bulduk. Bu amaçla, hastanın üst ve alt çenesinden anatomik ölçü alındı. Elde edilen modellere kişisel ölçü kaşıkları hazırlandı ve her iki çenenin de fonksiyonel ölçüsü alındı. Daha sonra elde edilen modellerde kaide plağı - mum şablon hazırlandı ve alt çene bizim kontrolümüzde sentrik ilişki pozisyonuna getirilerek, bilinen yöntemlerle sentrik ilişki kayıtları alındı. Diş dizimi yapılırken, rezeksiyon tarafındaki bölgeye daha az kuvvet gelmesi ve bölgenin daha az etkilenmesi için proteze 46,47 no'lu dişler dahil edilmedi. Prova safhasına gelindiğinde, sol üst molar bölgenin palatinaline mumdan palatal

rampa şekillendirilip, fonksiyon görecek şekilde ağızda çeşitli uyumlamalar yaptırıldı. (Şekil 4). Daha sonra bilinen metotlarla protez bitirildi, hastaya kapanış egzersizleri yapıldı. Bu egzersizler, maksimum açmayı takiben, çeneyi kavrayarak, mandibulanın cerrahi işlem uygulanmış bölgeden uzağa hareket ettirilerek maniple edilmesi şeklinde yapıldı ve protez hastaya teslim edildi (Şekil 5, 6). Teslim sonrası hasta, egzersizleri kendisi yapabileceye kadar kontrole çağrıldı.

Şekil 5. Apareyin fonksiyon görmeyen önceki kapanış durumu

Şekil 4. Alt ve üst protezlerin bitmiş hali

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Mandibulektomi yapılmış hastalar protetik rehabilitasyon açısından zorlanılan vakalardır. Özellikle dişsiz ve çeneleri kapanışta aşırı kayma gösteren kişilerde bu zorluk daha da artar. Yıllarca mandibulanın kaymasını engelleyecek ve mandibulayı oklüzyona getirecek çeşitli rehber aparey tipleri uygulanmıştır. Bu protetik tedavi yaklaşımları, mandibulanın ve maxillanın dişli ve dişsiz olmasına göre değişmektedir<sup>1,6,7,8</sup>.

Dişsiz mandibular rezeksiyon hastalarını tedavi ederken, Swoope<sup>8</sup> oklüzal tablayı ve hastaların stabil oklüzal kontaklar elde etmesini kolaylaştıran palatal rampa oluşturmuştur. Rampa oluşturulurken, başlangıçta hekim mandibulayı yönlendirirken, hasta da kendi çene kuvvetini uygulayarak çenesini defekt olmayan bölgeye mümkün olduğunca hareket ettirir.

Cantor ve Curtis<sup>2</sup> ise hastalar dişsiz ise, protez

Şekil 6. Apareyin fonksiyonundan sonraki kapanış durumu

kolayca yer değiştirebileceği için mekanik rehberlik yerine çene egzersizlerinin yapılmasını önermişlerdir.

Schneider ve Taylor<sup>7</sup> dişsiz hastaları mandibular hareketlere alıştırmadan çok daha zor olduğunu ve pek çoğunun optimum çiğneme ve görünüş için uygun maxillo - mandibular ilişkileri sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. Kaymayı düzeltmek için planlanan palatal rehber rampalı veya genişletilmiş oklüzal tablalı protezlerin, azalmış kas kontrolü ve baskı taşıyan bölgelerin kaybına bağlı olarak kolayca yerinden hareket ettiğini, hastalar radyasyon terapisine maruz kalmışlarsa; dokuların hassaslaştığını ve hastada ağız kuruluğu olabildiğinden bahsetmişlerdir. Bizim vakamızda radyoterapiden bir yıl sonra protetik rehabilitasyon uygulandığı için böyle bir problemle karşı-

laşılmamıştır. Ayrıca protezin daha fazla hareket etmesini önlemek amacıyla çeneyi uygun pozisyona getirmek için kapanış egzersizleri yaptırılmıştır.

Schaaf<sup>6</sup> ise dişsiz hastalarda posterior dişlerin düzenlenmesinde, mandibular protez stabilitesini arttıran yaklaşımların tercih edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sığ oklüzyonun endike olduğunu ve mandibular kapanışın aşırı lateral varyasyonlarından dolayı akrilik rezin rampa kullanılarak maxillar arkta geniş oklüzal tabla yapıldığını veya aynı tarafta çift diş dizisi oluşturulduğunu ve hatta bu gibi durumlarda Monson ve kompensasyon eğrilerinin dahil edilebileceğini belirtmiştir. Bununla beraber, aşırı eğik düzlemlili apareyin kapanış esnasında mandibular protezi hareket ettireceğinden de bahsetmiştir. Vakamızda, rehber apareyi işlem göreceğ ölçüde minimum eğimli olarak yaptık. Bu sayede lateral hareketlerde alt protezin yerinden hareket etmesini önlemeye çalıştık.

Dişli hastalarda, rehber düzlemlili apareylerin yanında kanatlı apareyler uygulanmaktadır<sup>6</sup>. Robinson ve Rubright<sup>5</sup> mandibula kabul edilebilir bir maxillo-mandibular ilişkiye getirilebilirse, döküm mandibular rehber aparey yapımının uygun olacağını ifade etmiştir. Bu aparey mandibulada dişler mevcut olduğunda uygulanabilir. Defekt olmayan bölgedeki premolar ve molar dişlerin bukkal yüzeylerinde 7-10 mm laterale ve yukarıya uzanan metal kanatlı parsiyel protez iskeletini içerir. Mandibula, defekt bölgesine kaymaya başladığında, defekt olmayan bölgedeki kanat ile maxiller posterior dişlerin bukkal yüzeyleri birbirine temas ederek, kayma önlenir. Bizim vakamızda bu tip tedavi apareyi uygulamamız mümkün değildi. Çünkü alt çenede diş mevcut olmadığı için kapanış esnasında protez stabilitesi sağlanamazdı.

Desjardin<sup>3</sup>, mandibular hareket için kas alıştırmalarına yardımcı olmak amacıyla pek çok mandibular

defekt hastasının rehber proteze gereksinimi olduğunu belirtmektedir. Dişli hastalarda, maxillada defekt olmayan bölgedeki posterior dişlerin palatinaline yapılan palatal eğik düzlemin olası rehber apareylerinden olduğunu ifade etmektedir. Ancak araştırmacı, uygun oklüzal ilişkileri başarabilen, ama yeterli çiğneme için bu pozisyonu koruyamayan dişli hastalar için bukkal kanatlı rehber protez yapımını önermektedir. Bukkal kanat, döküm mandibular bölümlü proteze bağlanır. Dişsiz hastalarda ise eğik düzlemlerin genellikle protez stabilitesi yeterli olmadığı için endike olmadığını ifade etmiştir.

Sonuçta yaptığımız rehber apareyle hastanın çenesinin sentrik oklüzyona gelmesi ve buna bağlı olarak çiğnemesi sağlanmıştır. Bunun yanında hastamızın estetiği ve fonasyonunda kabul edilebilir düzeltilmeler olmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Beumer J, Curtis TA, and Firtell DN. Maxillofacial Rehabilitation: Prosthetic and Surgical Considerations. The CV Mosby Co. St Louis, 1979.
2. Cantor R, Curtis T.A. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. Part 2, clinical procedures. J Prosthet Dent 25:546-49, 1971.
3. Desjardins RP. Occlusal considerations for the partial mandibulectomy patients. J Prosthet Dent, 41:308-315, 1979.
4. McGivney GP, Castleberry DJ. Mc Cracken's Removable Partial Prosthodontics. The CV Mosby Co. St. Louis, 1989
5. Robinson JE, Rubright WC. Use of a guide plane for maintaining the residual fragment in partial or hemimandibulectomy patient. J Prosthet Dent, 14:992-996, 1964.
6. Schaaf NG. Oral reconstruction for edentulous patients after partial mandibulectomies. J Prosthet Dent, 36:292-96, 1976.
7. Schneider RL, Taylor TD. A literature review. Mandibular resection guidance prosthesis. J Prosthet Dent. 55:84-86, 1986
8. Swoope CC. Prosthetic management of resected edentulous mandibles. J Prosthet Dent. 21:197-202, 1969.

#### Yazışma adresi

Doç. Dr. Hüseyin YAZICIOĞLU  
GÜ Dişhekimliği Fakültesi  
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı  
06510 Emek - Ankara