

Sert Damak Defekli Diyabetik Hastanın İmplant Destekli Hareketli Protez ile Protetik Rehabilitasyonu: Vaka Sunumu

Prosthetic Rehabilitation of a Diabetic Patient with Palatal Defect with Implant Supported Removable Prosthesis: Case Report

Sinem VURAL¹ , Zeliha ŞANIVAR ABBASGHOLIZADEH² , Buket EVREN³ , Şebnem Begüm TÜRKER⁴ 

ÖZ

Çene yüz protezleri konjenital sebepler, tümör ve travma sonrası meydana gelen defektler sonucunda bozulan stomatognatik sistem bütünlüğünün rehabilitasyonu amacıyla uygulanan protetik yaklaşımlardır. Damak defekti bulunan hastalarda kaybedilen doku kaynaklı fonksiyon, fonasyon ve estetik problemler meydana gelmektedir. Uygulanacak protezler, defekti kapatmalı ayrıca estetik ve fonasyonun rehabilitasyonunu sağlamalıdır. Damak defekti bulunan hastaların protetik tedavisinde tedavi yaklaşımlarında konvansiyonel ve implant destekli protezlerden faydalanılabilir. Tümör kaynaklı damak defekti bulunan 65 yaşında erkek hasta, damak defektinin tedavisi amacıyla Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvurmuştur. İntrooral ve radyolojik değerlendirme sonrasında hastanın protetik planlaması yapılmıştır. Protetik planlama sonucu hastanın üst çenesi 4 adet topuz ataşman üzeri implant destekli hareketli protez, dişsiz alt çenesi ise tam protez ile rehabilite edilmiştir. 3 yıllık kullanım sonrasında hasta; fonksiyon, fonasyon ve estetik açıdan protezlerinden memnun olduğunu bildirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sert damak defekti, topuz ataşman, implant, diabetes mellitus

ABSTRACT

Maxillofacial prostheses are prosthetic techniques used to restore integrity that has been compromised by congenital causes, tumors, or post-traumatic abnormalities. Loss of tissue-related function, phonation and aesthetic problems are inevitable in patients with palate defects. Prostheses to be applied to patients with palate defect should close the defect area and also prevent aesthetic and phonation problems. Conventional and implant supported prostheses can be used for the prosthetic palatal defect patient's. A 65-year-old male with palatal deformity was referred to the Faculty of Dentistry at Marmara University. After intraoral and radiographic assessment, the patient's prosthetic treatment plan was determined. As a result of prosthetic planning, the patient's maxilla was rehabilitated with an implant-supported removable prosthesis on 4 ball attachments, and toothless mandible was rehabilitated with a complete denture. The patient reported that was satisfied with prostheses in terms of function, phonation and aesthetics during three-year-recall evaluation.

Keywords: Palatal defect, ball attachment, implant, diabetes mellitus

GİRİŞ

Kazanılmış defektlere sahip bireylerin protetik tedavisinde amaç estetik, fonksiyonel ve fonetik rehabilitasyonun yanında; deformitelerin sebep olduğu olası psikolojik etkileri de ortadan kaldırmaktır. Maksillofasiyal defekte sahip hastalarda; dikey boyut kaybı sonrasında gelişen azalmış yüz desteği, TME rahatsızlıkları, konuşma bozuklukları, estetik kayıp, çiğneme fonksiyonunda yetersizlik gibi fiziksel ve fonksiyonel eksiklikler görülebilmektedir (Hickey & Salter, 2006).

Diabetes mellitus öyküsü bulunan yaşlı erişkinlerin artan prevalansı, önemli bir sosyal yük haline gelmiştir. Diabetes mellitus tedavisi için yeni terapötik ajanlar tedavi

Sinem Vural (✉)

Dt., Protetik Diş Tedavisi ABD, Diş Hekimliği Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
snmvr190@gmail.com

Zeliha Şanivar Abbasgholizadeh

Dr. Öğr. Üyesi, Protetik Diş Tedavisi ABD, Diş Hekimliği Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

Buket Evren

Doç. Dr., Protetik Diş Tedavisi ABD, Diş Hekimliği Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

Begüm Türker

Prof. Dr., Protetik Diş Tedavisi ABD, Diş Hekimliği Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

Submitted / Gönderilme: 10.05.2023 **Accepted/Kabul:** 02.01.2024

seçeneklerimizi genişletmiş olsa da, hastaların sağlığı için dengeli beslenme ve düzenli egzersiz şarttır. Düzensiz beslenme kaynaklı hiperglisemi ve hipoglisemi gibi komplikasyonlar yaşlı erişkinlerde kognitif bozukluk ve kan şekeri regülasyonu için risk faktörü oluşturmaktadır. Modern diyet tedavisinin amacı sadece glisemik kontrolü düzgün bir şekilde yönetmek değil, aynı zamanda her hasta için en uygun tıbbi bakımı sağlamaktır (Tamura ve ark., 2020). Diabetes mellitus gibi sistemik sıkıntısı bulunan damak defektine sahip hastaların protetik tedavisi, yutkunma ve konuşma sırasında yumuşak damak ve faringeal duvarlar arasında etkin kapanma meydana getirilmesinin ve beslenme rehabilitasyonunun sağlanabilirliğinin zorluğu nedeniyle dikkat gerektiren bir işlemdir. Farklı şekillerde ortaya çıkabilen palatofaringeal eksiklikler etiyojisine göre doğuştan, sonradan veya gelişimsel defektler olarak sınıflandırılabilir (Ysunza ve ark., 2015; Buğurman ve Türker, 2007).

Maksillofasiyal defekte sahip bireylerin tedavisinde defektin büyüklüğü ve hastanın sosyo-ekonomik durumu oldukça etkilidir (Reisberg, 2000). Damak defektine sahip yetişkin hastaların tedavisinde protetik obtüratörler yapılır. Obtüratör yardımı ile yiyecek ve sıvı yetersizliği (regürjasyonu) önlenmekte ve konuşma daha anlaşılır bir hale gelmektedir (Varghese, 2014). Obtüratör yapımı ve protetik rehabilitasyon, tam dişsiz hastalarda destek alınabilecek dişlerin olmaması ve yumuşak doku desteğinin defekt varlığı sebebiyle azalmasından ötürü zorlaşmaktadır. Bu gibi durumlarda, gerekli protez stabilitesinin ve tutuculuğunun elde edilebilmesi için implantlardan faydalanılabilir. İmplant tutuculu/destekli hareketli protezler genellikle 2 veya 4 implant üzerine uygulanan protezlerdir. Protezlerin planmasından önce implantların sayısı, lokalizasyonu, ataşman seçimi gibi faktörler değerlendirilmelidir. Birbirlerine paralel olarak uygulanmış implantlar üzerine yerleştirilen bar, topuz, locator ya da magnet ataşmalar implant tutuculu/destekli hareketli protezlerin tutuculuk ve stabilizasyonun sağlanmasında kullanılabilir (Özkan, 2012).

Bu çalışmanın amacı, tip 1 diabetes mellitus öyküsü bulunan damak defektine sahip erkek hastanın topuz başlı ataşmanlı implant tutuculu bir obtüratör yardımı ile rehabilitasyonunun anlatılmasıdır.

VAKA SUNUMU

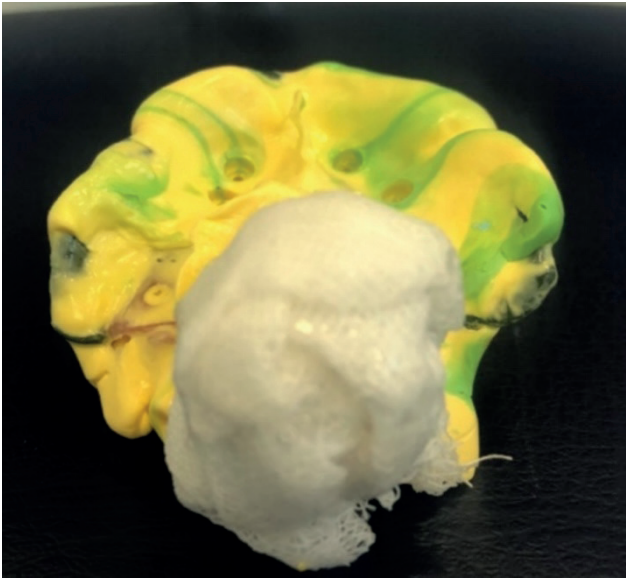
Üst çenesinde damak defekti bulunan 65 yaşındaki erkek hasta, konuşma, beslenme ve estetik bozuklukların rehabilitasyonu için Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvurdu. Uygulanacak tedavi ile ilgili hastaya gerekli bilgilendirmeler anlatılarak, hastanın yazılı ve sözlü onamı alındı. Alınan anamnezde sert damaktaki defektin 15 yıl önce kanser kaynaklı bir operasyon sonrasında meydana geldiği öğrenildi. Hasta, cerrahi işlem sonrasında eksik dişlerinin tedavisi için 15 yıl önce implant tedavisi uygulandığını ve üzerine implant destekli tam protez yapıldığını belirtti.

Sistemik anamnez sorgulandığında, tip 1 diabetes mellitus öyküsü bulunan hastanın etken maddesi insülin glarjin, insülin aspartat ve metformin hidroklorür olan ilaçları kullandığı, sigara ve alkol tüketimi olmadığı tespit edildi. Konuşma bozukluğunun yanı sıra mevcut protezlerinin uyumsuzluğu sebebiyle beslenme yetersizliği bulunan hastada beslenme bozukluğuna bağlı olarak kan şekeri düzensizliğinin var olduğu belirlendi.

Hastanın ağız içi muayenesinde, sert damaktan yumuşak damağa kadar devam eden defekt tespit edildi (Şekil 1). Hastanın teşhis modelleri elde edilerek protez planlaması yapıldı. Kaybedilmiş estetik ve çiğneme fonksiyonunun rehabilitasyonu için, mevcut olan 4 implant üzerine yapılacak hareketli bir protezle defekt bölgesinin protetik olarak kapatılmasına karar verildi. Teşhis modeli üzerine bireysel kaşık yapıldı. Ölçü aşamasında, üst çene için defekt bölgesine ölçü maddesinin kaçmasını engellemek amacı ile uygulanmış steril gaz tamponlar defekt içerisine yerleştirildi. Hermetik kapamanın sağlanabilmesi için kenar şekillendirilmesinde termoplastik stenç materyali (Kerr Company, SpofaDental, Markova, Çek Cumhuriyeti) kullanıldı. Kenar şekillendirme işlemi tamamlandıktan sonra polieter ölçü maddesi ile (Hydrorise Monophase, Zhermack, Badia Polesine, İtalya) ölçü alındı (Şekil 2). Alt çenenin ölçüsü için ise hazırlanan bireysel kaşıklardan kenar şekillendirme işlemi yapıldıktan sonra çinko oksit ojenol (SS White, Gloucester, İngiltere) ölçü materyali kullanıldı. Ana model üzerinden hazırlanan mum duvarlarla hastanın vertikal ve horizontal ilişkileri yarı ayarlanabilir artikülator (AmannGirrbach Artex Type CPR, Herrschaftswiesen Koblach, Avusturya) kullanılarak kaydedildi (Şekil 3). Seçilen uygun boyuttaki yapay dişlerle (VITA, Vitapan, Bad Sackingen, Almanya) dişli prova aşaması tamamlandıktan sonra protezin bitim aşaması tamamlandı.



Şekil 1: Defekt bölgesinin ağız içi görünümü

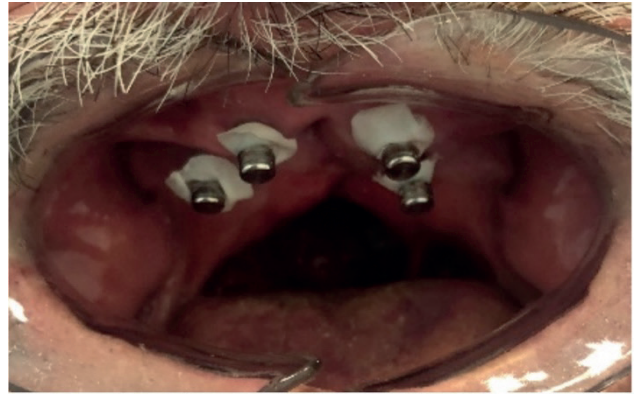


Şekil 2: Defekt ve implantların ölçüsü



Şekil 3: Alt çene ölçüsü

Çapları belirlenen topuz başlı ataşmanlara uygun dişi parçaları, ağız içerisinde uyumları kontrol edildikten sonra otopolimerizan rezin (Ufi Gel P, Voco, GmbH, Almanya) materyali ile protez içerisine adapte edildi. Uyumlama işlemi sonrası doku düzenleyici materyali (Viscogel, Dentsply, GmbH, Almanya) ile defektin nihai ölçüsü elde edildi. (Şekil 4A/B). Defekt sınırlarının doğru tespiti için yutkunma ve konuşma hareketlerinden faydalanıldı. Tekrarlanan su içme hareketi yardımı ile velofarengal kapamanın sağlandığından emin olundu. Hastaya 1 gün boyunca kullanılan protezin defekt bölgesine bakan iç yüzeyi laboratuvarında daimi yumuşak astar materyali (Molloplast B, Detax, GmbH & Co. KG, Ettlingen, Almanya) ile astarlandı (Şekil 5).



Şekil 4: A) İmplant dişi parçalarının uyumlanması B) Defekt bölgesinin Viscogel ile ölçüsünün alınması



Şekil 5: Defekt bölgesinin Molloplast ile düzenlenmiş hali

Bitmiş protezlerin ağız içerisinde oklüzal temas ilişkileri bilateral balanslı oklüzyona uygun olacak şekilde ayarlandı ve doku ile uyumları kontrol edilerek hastaya teslim edildi (Şekil 6).



Şekil 6: Bitim

TARTIŞMA

Damak defektli hastaların tedavilerinde multidisipliner yaklaşım söz konusudur. Damak defektinin rehabilitasyon sürecinin karmaşık ve kapsamlı olması sebebi ile planlama detaylı bir şekilde yapılmalı, hasta memnuniyeti ve rehabilitasyonu sağlanmalıdır (Meşe & Özdemir, 2008).

Tedavinin son basamağı olan protetik rehabilitasyon sürecinde pek çok tedavi yaklaşımı bulunmaktadır. Hastaya uygun olan tedavi seçeneğinin belirlenmesinde; daha önceden herhangi bir tedavi uygulanmış olup olmaması, hastanın yaşı ve sosyo-ekonomik durumu etkilidir. Naranyhaopeta ve arkadaşları tam dişsizliğe sahip damak defektli bulunan hastanın protetik tedavisinde topuz ataşmanlı implant destekli hareketli protez ile tamamlamışlar ve dental implantların defektli vakalarda stabilite ve konforu arttırdığını ve protetik rehabilitasyon aşamasında topuz ataşman kullanımının daha kolay ve ekonomik bir alternatif olduğunu bildirmişlerdir (Narayanraopeta ve ark., 2020) İlgili literatüre paralel olarak vaka çalışmamızda damak defektli hastamızın tedavisinde topuz ataşmanlar üzerine uygun diş parçalar kullanılarak implant destekli maksiller obtüratörlü protez yapılmıştır.

Tuna ve arkadaşları, yumuşak ve sert damak defektli bulunan tam dişsiz hastalarında obtüratörün protezin tutuculuğunu arttırmak amacı ile posterior uzantıya sahip çift taraflı bar ataşmandan yararlanmışlardır. Dudak damak defektine sahip hastaların tedavisinde deneyim ve yaratıcılığın önemini vurgulamışlar ve iyi planlanmış bir protetik planlama ile daha tatmin edici fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde edileceğini bildirmişlerdir (Tuna ve ark., 2009). Vaka çalışmamızda hastanın sosyo-ekonomik durumunun yetersizliği sebebiyle bar tipi ataşman yerine var olan topuz başlı ataşmanların kullanılması tercih edilmiştir.

Gümüş ve Tuna, bilateral dudak damak defektli bulunan kısmi dişsiz hastalarının protetik tedavisi için bar ataşman ve diş destekli hareketli protez uygulamışlardır. Obtütatör protezleri ile fonksiyonel, estetik ve fonasyonel beklentilerin sağlanmasında en kritik aşamanın alt yapı dizaynının belirlenmesi olduğunu bildirmişlerdir. Protez ağırlığındaki azalmanın stabilizasyon ve tutuculuğu arttırdığını ve ayrıca hasta adaptasyonunu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (Gümüş & Tuna, 2009). Ok ve arkadaşları çift taraflı dudak damak defektli bulunan hastaların protetik rehabilitasyonunda hareketli protez uygulamayı tercih etmişlerdir. Geniş defekt alanı bulunan hastada ağızda

var olan tek dişi tutuculuğu arttırması amacı ile protez planlamasına dahil etmişlerdir. Dudak damak defektine sahip hastaların tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gerektiğini, fakat cerrahi tedavi endikasyonu bulunmayan veya cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalarda iyi bir protez planlaması ile tatmin edici sonuçların hedefleneceğini belirtmişlerdir (Ok ve ark., 2016). Vakamızda ise tam dişsizliğe sahip olan hastanın protezin tutuculuğunun sağlanmasında implantlar üzerine yerleştirilen topuz ataşmanlardan faydalanılmıştır.

SONUÇ

Diabetes mellitus öyküsüne sahip hastalarda tedavinin etkin olabilmesi için kullanılan ilaçlar kadar düzenli beslenme de önemlidir. Damak defektli hastaların beslenmesinin ve kan şekeri regülasyonunun sağlanması için var olan defektin protetik yaklaşımla rehabilite edilmesi gerekmektedir. Damak defekti tedavisi multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerektirir. Defekt bölgesinin kapatılmasında cerrahi yaklaşımların yetersiz olduğu ya da hastanın cerrahi operasyon için rızasının olmadığı durumlarda; çiğneme ve konuşma fonksiyonunun tamamlanmasında implant destekli hareketli protezlerden faydalanılabilir. Yıllık kontrolleri yapılan hastamızın 3 yıllık takibi sürecinde estetik, fonksiyon ve fonasyon açısından herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır.

Çıkar Çatışması İlişkisi

Bu makalede herhangi bir yazar tarafından olası bir çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Teşekkür

Bu olgu sunumunda herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Buğurman B, Türker ŞB. Dudak ve damak yarıklı hastalar: etyoloji, embriyoloji, sınıflandırma ve klinik bulgular. Akademik Dental Dişhekimliği Dergisi. 2007; 9: 41-4.
2. Gümüş HO, Tuna HS. An alternative method for constructing an obturator prosthesis for a patient with a bilateral cleft Lip and palate: a clinical report. J Esthet Restor Dent. 2009; 21(2):89-94.
3. Hickey AJ, Salter M. Prosthodontic and psychological factors in treating patients with congenital and craniofacial defects. J Prosthet Dent. 2006;95(5):392-96.
4. Meşe A, Özdemir E. Removable partial denture in a cleft lip and palate patient: a case report. J Korean Med Sci. 2008; 23(5): 924-27.
5. Narayanraopeta S, Vemisetty HK, Marri T, Konda P. Rehabilitation of a unilateral cleft palate with endosseous implants in an edentulous elderly patient. Contemp Clin Dent. 2020; 11(3): 285-89.
6. Ok S, Türker ŞB, Aslan YU, Özkan Y. Çift taraflı dudak damak yarıklı hastanın hareketli protezler ile protetik rehabilitasyonu: vaka sunumu. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg. 2016; 16: 50-5.
7. Özkan Y. Tam Protezler ve İmplantüstü Hareketli Protezler: Problemler ve Çözüm Yolları. İstanbul: Vestiyer Yayın Grubu; 2012.
8. Reisberg DJ. Dental and prosthetic care for patients with cleft or craniofacial conditions. Cleft Palate Craniofac J. 2000; 37: 534-37.
9. Tamura Y, Omura T, Toyoshima K, Araki A. Nutrition management in older adults with diabetes: a review on the importance of shifting prevention strategies from metabolic syndrome to frailty. Nutrients. 2020 ;12(11):3367.
10. Tuna HS, Pekkan G, Buyukgural B. Rehabilitation of an edentulous cleft lip and palate patient with a soft palate defect using a bar-retained, implant-supported speech-aid prosthesis: a clinical report. Cleft Palate Craniofac J. 2009; 46(1):97-02.
11. Varghese K. Prosthetic rehabilitation of a congenital soft palate defect. J Indian Prosthodont Soc. 2014; 14(1): 181-86.
12. Ysunza PA, Repetto GM, Pamplona MC, Calderon JF, Shaheen K, Chaiyasate K, Rontal M. Current controversies in diagnosis and management of cleft palate and velopharyngeal insufficiency. M.Biomed Res Int. 2015; 4(1):9-16.