

TOTAL ÜSTÇENE REZEKSİYONLU HASTALARDA OBTURATÖR PROTEZ YAPIMI OLGU BİLDİRİMİ

Tayfun Özdemir¹ Halûk Keskin²

Yayın kuruluna teslim tarihi : 01 07 1994

Yayın kuruluna kabul tarihi : 04 01 1995

Özet

Total üst çene rezeksiyonlu maksillektomili hastalarda obturatör protez yapımında karşılaşılan en büyük güçlük, yeterli protez desteği ve retansiyon sağlayacak anatomik yapıların olmamasıdır. Obturatör proteze defekt içinde ön tarafta burun açıklığına, arkada yumuşak damağın üstüne uzantı yaparak yeterli retansiyon sağlanabilmektedir. Obturatörün şeffaf akrilikten hazırlanması hijyen ve protezin dokularla olan temasını görme açısından bir üstünlük sağlayacaktır. Anahtar sözcükler: Obturatör protez, total üst çene rezeksiyonu

Obturatör protez yapımında karşılaşılan en büyük güçlük yeterli destek ve retansiyonun sağlanamamasıdır. Bu sorun total üstçene rezeksiyonlu hastalarda proteze destek ve retansiyon sağlayacak alveol kret ve dişlerin hiç olmaması ile daha büyük problem olarak karşımıza çıkmaktadır (1,6,7,8,12,14). Bunlara ilaveten radyoterapi uygulamaları sonucu oluşan trismüs, hiperemik ve hassas yumuşak dokular, mukoza reaksiyonları (Eritem, mukozitis), kalan kemik yapılarıdaki osteoradyonekroz riski, tükrük salgısının azalması ayrıca hastaların çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını yapamaması gibi sorunlar tedaviyi daha da güç duruma getirmektedir (3,4,5).

Total üstçene rezeksiyonlu hastalarda protez desteği ancak defekt içinden sağlanabilmektedir. Göz tabanı, burun septumu, processus pterygoideus'un iç yan laminası destek olarak faydalanılacak anatomik yapılardır. Retansiyon ve stabilite

THE OBTURATOR PROSTHESIS PROCEDURES FOR THE PATIENT WITH ACQUIRED TOTAL MAXILLECTOMY (CASE REPORT)

Abstract

The main trouble at the obturator prostheses procedures with the patients who acquire total maxillectomy is inadequate anatomic structures to provide sufficient retention and prostheses support. For the obturator prostheses it is possible to provide adequate retention with the extensions to the inside of the nasal opening and on the remaining part of the soft-pale.

For the hygienic consideration and better view of contact areas with tissues it is much better to build up the obturator prostheses with transparent acrylic resin materials.

Key words: Obturator prostheses, total maxillectomy

açısından faydalanılacak anatomik yapılar ise kalan yumuşak damak, ön burun açıklığı, yan yara bandı ve yan duvar yüksekliğidir (2,7,10,11,17).

Defekt içi tutuculuğu arttırmada kalan yumuşak damak üzerine obturatöre uzantı yaparak yeterli tutuculuk sağlanabilmektedir. Ön tarafta, burun delikleri kısmında kemik desteği tamamen kaybedilmemişse burayada uzantı yaparak hem retansiyon hem de dikey yönde yer değiştirmelere karşı bir direnç sağlanabilir (2,7,10,17).

Total üstçene rezeksiyonlu hastalara daha önce yapılan protezlerde çeşitli araştırmacılar (13,14,15,16,18,19) tarafından önerilen yardımcı tutucu vasitalardan lastik balonlar, yaylar, hareketli kanatlar protez yapımında ve hasta tarafından kullanımında zorluklar yaratmaktadır. Yine yumuşak astarların kullanılması başta retansiyonu arttırıyorsa da ağız ve burun salgılarından etkilenerek kısa zamanda sertleşmesi, protezin üzerin-

1 Doç Dr İÜ Diş Hek Fak Oral İmplantoloji Anabilim Dalı

2 Doç Dr İÜ Diş Hek Fak Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

den ayrılması temizleme güçlükleri yaratması ve üzerinde mantar üremesi nedeniyle kullanılması kısıtlanmaktadır (13,18,19).

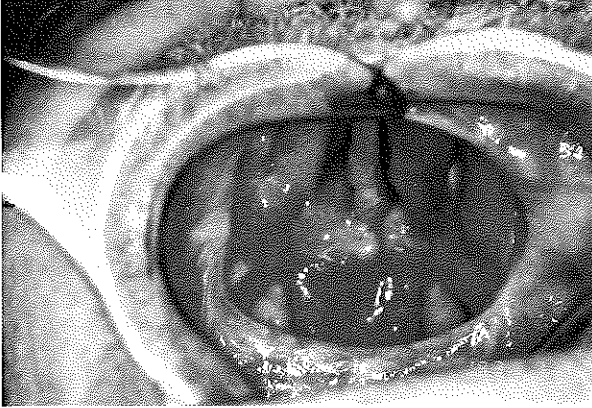
Bu makalede hijyen açısından daha sağlıklı şeffaf akrilikten rijit olarak hazırlanabilecek, hasta tarafından kolaylıkla takip çıkarılabilen retanatif ve stabil bir obturatör yapım tekniği ve kullanım sonuçları açıklanacaktır.

OLGU BİLDİRİMİ:

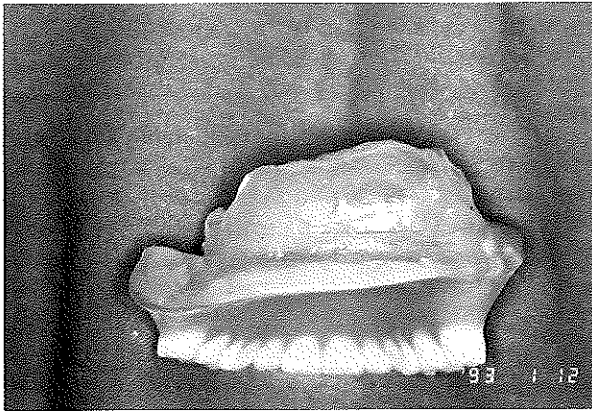
OLGU I.

Hastaya 1988 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi KBB kliniğinde Epidermoid karsinom nedeni ile total üstçene rezeksiyonu yapılmış (Resim 1). Hasta 74 yaşında ve erkek. Kontrollerden sonra radyoterapi yapılmasına gerek duyulmamış. Operasyon sonrası hastaya dişsiz bir plak yapılmış. Daha sonra retansiyon sağlaması için yu-

Resim 1. Hastanın ağız içi görünümü



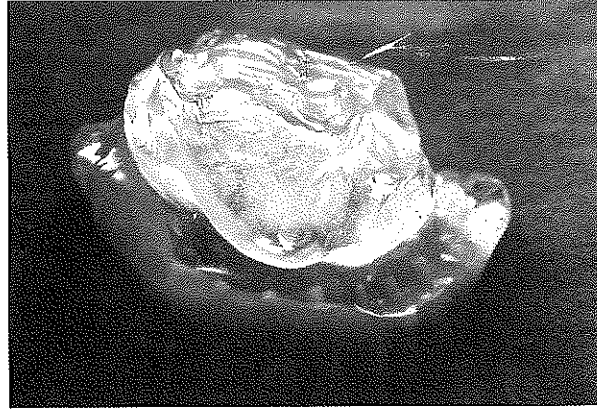
Resim 2. Obturatörün farengial uzantısı



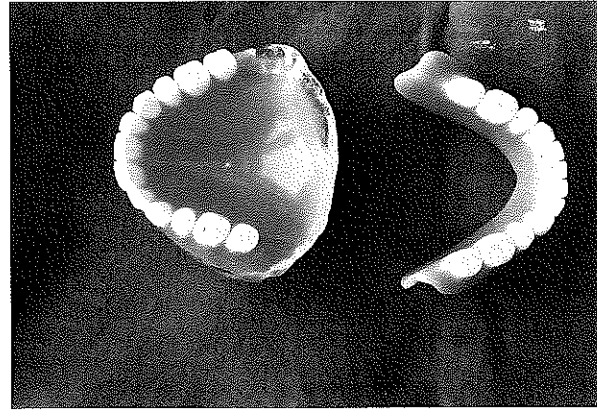
muşak astar kaplı obturatör protez yapılmış. Sertleşmesi ve bozulması nedeni ile her 6 ayda bir yenilenmiş. Ayrıca burundan sıvı akması şikayeti vardı. 1992 yılında yeniden bir protez yapılması kararlaştırıldı.

Daha net ve kopmaya dirençli olduğundan defekt ölçüsü permadyne (Polyether Rubber)* ölçü maddesi ile alındı. Sentrik ilişki ve dikey boyutun daha sağlıklı alınabilmesi için içi boş bulb şeklinde şeffaf akrilikten daimi kaide plağı olarak hazırlandı. Retansiyon için arka taraftan yumuşak damağın üstüne (Resim 2) ve ön tarafta burun delikleri içine uzantı yapıldı (Resim 3). Obturatörün içi boş bulb şeklinde hazırlanması protezin ağırlığını azlatmak ve burun septumlarından destek almak gayesiyle yapıldı (Resim 4). Alt protezle okluzal ilişki sağlandıktan sonra hastaya tatbik edildi (Resim 5,6).

Resim 3. Obturatörün nasal açıklığa olan uzantısı

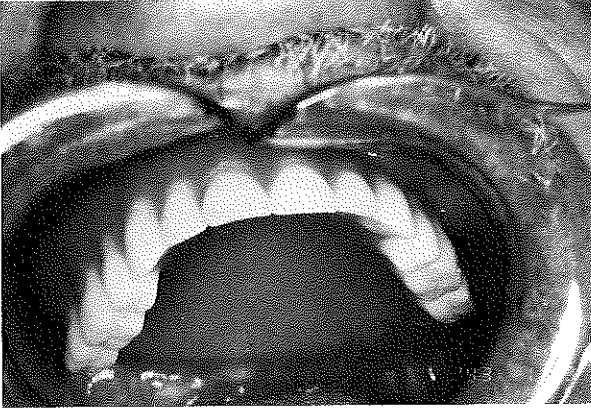


Resim 4. Obturatörün bitmiş hali



* Permadyne (Pelyether Rubber Impression matirial). Espe, Fabrik pharmazevtischer preparate GMBHCOKG D-8031 SEEFELD/OBERBAY

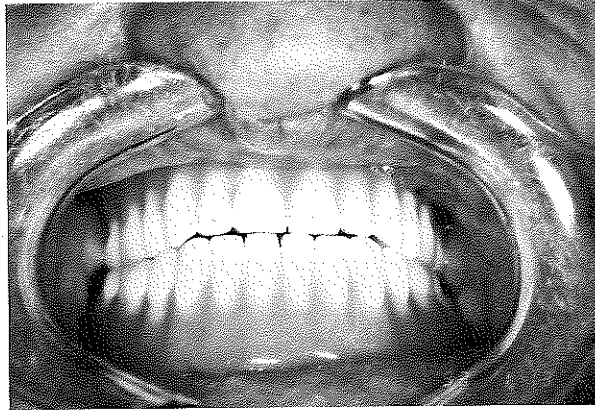
Resim 5. Obtüratörün retansiyonu



OLGU II.

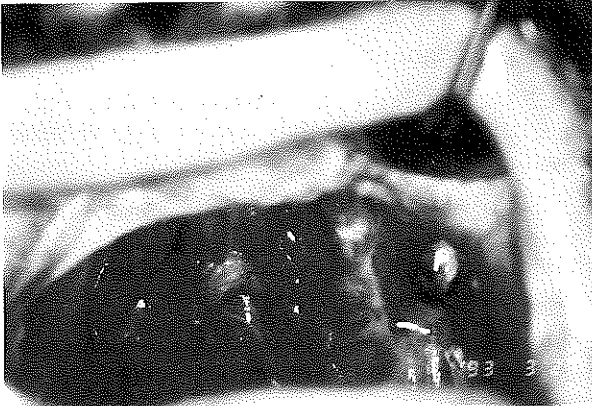
Hasta 53 yaşında erkek. Spino celluler karsinom nedeniyle 1988 yılında Londra'da London Bridge Hospital Hastanesinde total üst çene rezeksiyonu yapılmış (Resim 7). Hastada arkada yumuşak damak önde çok az miktarda premaxila bırakılmıştır. Daha sonra günlük 200 rad. olmak üzere toplam 4000 Rad. lık radyoterapi yapılmış Radyoterapi sonrası hastaya aynı hastanede teda-

Resim 6. Obtüratörün ağız içi görünümü



Resim 7: Hastanın ağız içi görünümü. A black and white clinical photograph showing the interior of a patient's mouth. The soft palate is visible, and the premaxilla is partially retained. A date stamp '93 3 29' is visible in the bottom right corner.

Resim 7. Hastanın ağız içi görünümü

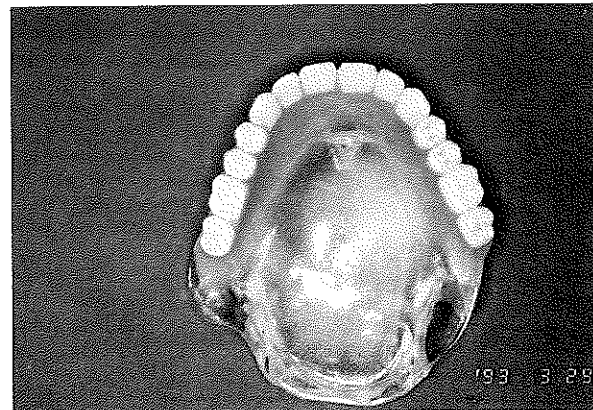
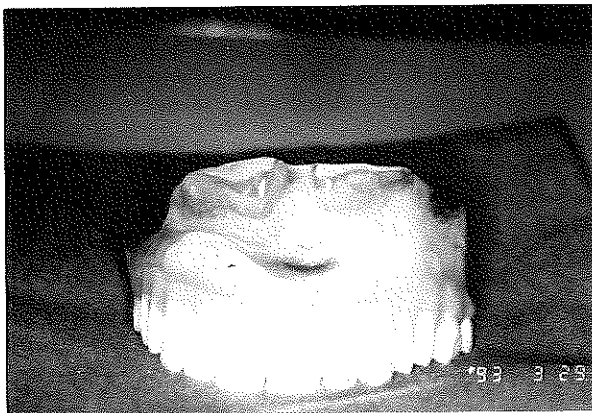


Resim 8. Obtüratörün nasal ve farengial uzantıları



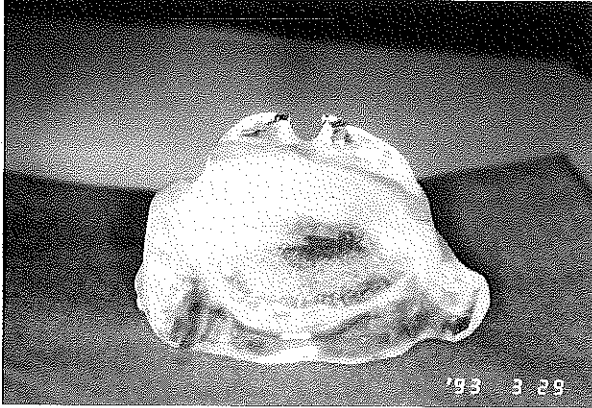
Resim 9. Obtüratörün önden görünümü

Resim 10. Obtüratörün üst yüzü



vi obturatörü yapılmış radyoterapi sonrası hastada trismus oluşmuştu. 1989-90 yılları arasında Londra'da hastaya obturatör protez yapılmış. 1990 ve 91 yıllarında tekrar yeni bir protez yapılmıştır. Hastada retansiyon stabilite eksikliği ve burundan sıvı akması şikayeti vardı. 1992 yılında hastaya yeni bir protez yapıldı (Resim 8,9,10,11)

Resim 11. Obturatörün iç görünümü



TARTIŞMA

Literatürde (1,5,6,12,14) total üstçene rezeksiyonlu hastalarda protez başarısını etkileyen faktörlerin başında yeterli retansiyon ve desteğin olmamasının yanında, radyoterapi uygulamalarında bunlara ilave problemler yarattığı belirtilmiştir (2,3,4,7). Çeşitli araştırmacılar (8,9,10,11,13,15,16) obturatörün retansiyon ve desteği için anatomik yapılardan, elastik maddeler ve çeşitli yardımcı tutucular kullanarak yararlanabileceğini bildirmişlerse de uygulama zorlukları, maddelerin ağız ve burun ifrazatından etkilenerek kısa zamanda bozulması ve üzerinde mantar üremesi bir dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalarımızın daha önceki protezlerini kullanamama nedenlerinin başında bu bozulma gelmektedir. Bu yüzden yeni yaptığımız obturatörlerin her tarafını akrilik ve bulb kısmında cilalı yüzey olarak hazırladık. Hastaların aynı protezi 3 senedir kullanıyor olması uygulamanın hijyen ve retansiyon açısından ne kadar doğru olduğu göstermektedir.

Obturatörlerde diğer bir sorun dikey boyut ve sentrik ilişki kayıtlarının alınmasında ortaya çıkan kayıt kaidesinin stabilite ve retansiyon eksikliğidir (1,7,8,16). Obturatörün bulb kısmının daimi protez kaidesi olarak hazırlayarak bu sorunun çözüldüğünü gördük.

Hastaların burundan sıvı gelmesi yeterli kapama olmaması ile ilgilidir. Bu da rezilient materyallerin kısa zamanda bozulması, obturatöre bulb dizaynı ve hastalardan net bir ölçü alınmaması ile ilgilidir. Bu sorunu geliştirilmiş polyether rubber ölçü maddelerini kullanarak, trismus nedeniyle bulb yapılmayan hastalarda obturatörü yumuşak damağa doğru eğimli hazırlayarak ve yan taraflarda oluk açarak çözümledik.

Bu makalede daha önce 2 defa protez yapılan ve bunları kullanamayan hastalarda yaptığımız obturatörleri 3 yıllık klinik gözlem ve sonuçlarını aynı zamanda da obturatör yapım tekniklerini aktarmaya çalıştık.

SONUÇ

1- Obturatörün şeffaf akrilikten hazırlanması protezin dokularla olan ilişkisini görmek açısından çok faydalıdır.

2- Obturatörün bulb kısmının daimi olarak hazırlanması daha sağlıklı sentrik ilişki ve dikey boyut alınmasını sağlar.

3- Protezin bütününe akrilik olması hijyen açısından daha sağlıklı olacaktır. Yumuşak akrilikler üzerinde bir süre sonra mantar üremesi meydana gelmektedir.

4- Ön nasal açıklığın ve arkada yumuşak damağın üstünün kullanılması obturatöre yeterli retansiyon sağlamaktadır.

5- Obturatörün retansiyonunda çeşitli yardımcı tutucu vasıtaların kullanılması hastaya protezi kullanmasında zorluk yaratmaktadır.

6- Polyether Rubber gibi ölçü maddeleri ile daha net ve sağlıklı defekt ölçüsü alınabilmektedir.

7- Minimum doku desteğinin kullanılması bile protezin dikey yönde hareketine mani olmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Aramany M A, Myers E N. Prosthetic reconstruction following resection of the hard and soft palate *J Prosthet Dent* 1978;40:174-8.
- 2- Aras E, Adad S: Radyoterapi sonrası protetik tedavi *İÜ Dişhek Fak Derg* 1977; 11:186-91.
- 3- Beumer J, Curtis T, Morris LR. Radiation complications in edentulous patient *J Prosthet Dent* 1976;36:193-5.
- 4- Curtis T, Griffith MR, Firtell DN. Complete denture prosthodontics for the radiation patients *J Prosthet Dent* 1976;36:66-9.
- 5- Da Broc EL, Chalien VA, Lingeman RP, Prosthetic and surgical management of osteogenic sarcoma of maxilla. *J Prosthet Dent* 1990: 63:316-20.
- 6- Desjardins R P. Obturator prosthesis desing for acquired maxillary defects *J Prosthet Dent* 1978;30:424-35.
- 7- Fyler A, Lsvelle WE, Thomas d. Alternative obturation for the maxillectomy patient with severely limited mandibular opening. *J Prosthet Dent* 1985;53:1-6.
- 8- Gonzales I B. Prosthetic management of maxillary post surgical defect. *North West Dent Nov* 1966:304-9.
- 10- Minsley G E, Nelson D R, Rothenberger S L. An alternative method for fabrication of a closed hollow obturator *J Prosthet Dent* 1986;55:480-85.
- 11- Muray C G. An resilient lining material for the retention on of maxilofacial prosthesis. *J Prosthet Dent* 1979;42:53-7.
- 12- Parel S M, Lafuente H. Single-visit hallow obturators for edentulous patients *J Prosthet Dent* 1978;40:424-6.
- 13- Robinson L E. Magnets for the retantion of a sectional intraoral prosthesis *J Prosthet Dent* 1963;13:1167-9
- 14- Rosenthal L. The edentulous patients with jaw defects *Dent Clin N Amer* Nov 1964:773-79.
- 15- Wood R H, Carl W. Hollow silicone obturators for patients after total maxillectomy *J Prosthet Dent* 1977;38:643-51.
- 16- Yn Low W, Schaaf N G. Comparison of weight reduction in different desings of solid and hollow obturator prostheses *J Prosthet Dent* 1989; 62:214-20.

Yazışma adresi:

*Doç Dr Halûk Keskin
İ Ü Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim
34390 Çapa - İstanbul*