

Fakültemizde Kullandığımız Yeni bir Total Protez Yapım Metodu

Gürbüz ÖZTÜRK (*)

Dışhekimliği Okulunda sonrada fakültesinde üç sene evveline gelinceye kadar bilinen alçı ölçü ile alınan anatomik yahut mukostatik esaslara dayanan total protezler yapılıyordu. Yani ağıza uygun standart anatomik bir ölçü kaşığı ile hastadan normal yahut ağız alçısı vasıtasıyla ölçü alınıyor sonra bundan elde edilen modeller üzerine hazırlanan kaide plakları ve mum duvarlar üzerinde protez yapımına devam ediliyordu.

Bu metodun mahsurları gün geçtikçe artarak son zamanlarda artık bizden başka bütün komşu memleketler arasında kullanılmaz bir metod haline geldi.

Bu mahsurları kısaca sıralayacak olursak

1 — Her ağıza uyan standart bir ölçü kaşığını bulmak zor oluyordu.

2 — Ve bu ölçü kaşığıyla alınan ölçü hassas olmuyordu. Eksik çıkan kısımların telâfisi imkânsız olduğu için esasen zor olan alçı ölçü tekrar ediliyordu.

3 — Son senelerde protezlerin tutuculuğu için kaçınılmaz bir fayda sağlayan trigonumlar bölgesi standart ölçü kaşıkların uçlarının kısa olması nedeni ile ölçü sınırı içersine dahil edilemiyordu.

4 — Daha evvelki yazılarımızda da bahsettiğimiz gibi dil kaşık

(*) Total Parsiyel Protez Kürsüsü Doç. Dr.

kenarlarının baskısı altında normal hareketlerini yapamamakta ve yapsa dahi normal bir dil altı kenarı elde edilememekteydi.

5 — Ayrıca kaşık kenarlarının derinliğine ve o andaki hastanın pozisyonuna göre protez kenarları ya uzun veyahutta çok kısa oluyordu.

6 — Bunlardan daha önemlisi bilhassa protez yapımına ilk başlayan klinik öğrencileri tarafından alçı ölçü çok zor kullanılmakta bu hastalarada iyi bir tesir yapmamakta idi.

İşte yukarıda saydığımız sebeplerden ilk defa Zembilci tarafından kliniğimize gösterilen Lee'nin tadil edilmiş bir ölçü metodu olan bu metodun Fakültemizde başarı ile kullanılmasından ve yapım tekniğimizden bahisle Endikasyon ve Kontr-endikasyonlarından bahsedeceğiz.

1 — İlk Ölçü :

Gerek üst ve gerek alt çene kavislerinden ilk ölçü, yani özel ölçü kaşığı hazırlamak için alınacak ölçü için, standart veya modifiye edilmiş anatomik ölçü kaşıkları kullanılır.

Seçilen ölçü kaşığı içersine termoplastik bir ölçü maddesi, (Takriben 60°C lik suda yumuşatılmak ve sıcaklığı kontrol edilmek suretiyle) konulur. Ağıza tatbik edilerek ilk ölçü alma esnasında hastaya çeşitli açma kapama hareketleri yaptırılarak, ölçü hudutlarının daha belirli olmasına çalışılır.

2 — Özel Kaşık Hazırlama :

Hastadan alınan ilk ölçü üzerine sert alçı dökülmek suretiyle, özel kaşığın hazırlanmasına yarıyacak sert alçı model elde edilmiş olur. Model üzerinde, özel kaşığın hudutları tayin ve tesbit edilir. Sert alçı model üzerine kalın bir basplak veya çabuk sertleşen akrilik maddesi ile bir kaide plâğı hazırlanır. Kaide plâğının ön kenarına ağızda çeşitli hareketler yaptırabilmek için telden veya plâstikten bir sap ilâve edilir.

3 — Özel Kaşığın Ağızda Kontrolü :

Sert alçı model üzerinde hazırlanan ve hudutları tahmini olarak tesbit edilmiş olan özel ölçü kaşığı hastanın ağızına konulur dudak, yanak ve çeşitli kas hareketleri yaptırılmak suretiyle kaşığın kenar hudutlarının durumu kontrol edilir. Bu kontrolde hastanın ağızını açıp kapaması ve dişhekimi tarafından yanakları çekilmek suretiyle ves-

tibül hududunun daha iyi belirtilmesi faydalıdır. Kaşığın kenarlarında afzlalık görülürse, kesilir ve düzeltilir.

4 — Ölçü Alma :

Kontrol tamamlandıktan sonra, ölçü kaşığının kenarına, (üst çene) evvelâ bir tarafında tüber bölgesinden başlamak ve köpek dişleri bölgesine kadar devam etmek üzere alevde ısıtılarak yumuşatılan yeşil çubuk Kerr Stenci yerleştirilir. İlk suda sıcaklığı kontrol edilir. Ölçü kaşığı hastanın ağızına konularak, alt çene açılıp kapatılmak, çene sağ sol hareketleri yaptırılmak suretiyle tüber bölgesinin izlerinin Kerr stencine nakledilmesi sağlanır. (Bu işlem esnasında dişhekimini parmakları ile ölçü kaşığına, azılar bölgesinde belirli bir basınç yapmalıdır.) Bu işlemden sonra kaşık ağızdan çıkarıldığı zaman tüber bölgesindeki yeşil stenc'in sathında aşağıdaki durumlar görülebilir :

a) Kaşığın kenar hududuna ilâve edilen stenc kâfi gelmemiş ise, stencin eksik olduğu yerler parlak bir görünüş ve dalgalı bir durum arzederler. Bu kısımlara yeniden stenc ilâve edilerek aynı işlem tekrar edilir.

b) Stenc, vestibül ve yanak hududunu iyi bir şekilde belirtmiş ise dış yüzü düzgün bir görünüş arzeder.

Tüber bölgesindeki mukoza-Yanak hududunun tamam olup olmadığının belirtilmesi bakımından bu muayene lüzumludur.

Aynı işlem ölçü kaşığının öbür tarafındaki tüber - kanin bölgesinde tekrarlanır. Bu suretle tüberler bölgesinde protezin hudutları tesbit ve tâyin edilmiş olur.

5 — AH hattının tesbiti :

Ah hattının tesbiti için çeşitli usuller kullanılabilir. Bunlardan birkaçını belirtelim :

1 — Hastanın ağızında yumuşak-sert damak hududu renkli bir kalemle çizilir. Kaşık ağıza tatbik edilerek bu çizginin kaşık üzerinde iz bırakması sağlanır.

2 — Evvelce model üzerinde tahmini olarak tesbit edilen ve kaşıkta belirtilen bu hudut renkli bir kalemle boyanır. Kaşık ağıza tatbik edilir, kaşığın boyalı olan arka kenarı damakta bir iz bırakır. Kaşık ağızdan çıkarılır. Hastanın burnu kapatılarak, kuvvetli bir şekilde burundn nefes vermesi söylenir. Bu esnada yumuşak damak kabarıp ve

yumuşak-sert damak hududu belirli bir şekil alır. Boyalı kısım ile bu hudut kontrol edilir. Ve kaşığın arka kenarının uzunluğu tesbit edilir.

Bu iki usulden birisi ile AH hattı tesbit edilerek kaşık üzerinde belirtildikten sonra hudut üzerine yumuşatılarak yeşil stenç yerleştirilir. (AH hattı üzerine kurulan stencin genişliği 3-4 mm, kalınlığı 2-3 mm den fazla olmamalıdır). Kaşık ağıza tatbik edilir. Parmaklarla azılar bölgesine basınç yapılır, 2-3 dakika beklenerek stenç'in sertleşmesi sağlanır, kaşık ağızdan çıkarılır, soğutulur. AH hattından taşan fazla stenç keskin bir spatül ile kesilir, tekrar ağıza yerleştirilerek AH hattının hududu yeniden kontrol edilir.

c) Ölçü alma (Üst alveol kavislerinden)

Tüberler ve Ah hattı bölgesine yerleştirilen stenç'le ağızda çeşitli hareketlerle tutuş denemeleri kontrol ve kenar hudutları kesin olarak tesbit edildikten sonra kaşığının iç yüzüne, herhangi bir aljinat ölçü maddesi belli bir kıvamda olmak ve 1-2 mm lik ince bir tabaka teşkil etmek üzere, yerleştirilir ve ölçü kaşığı ağıza tatbik edilerek, aljinat maddesinin sertleşmesi beklenir. Aljinatın sertleşmesi esnasında sadece kaşığa belirli bir basınç tatbik edilir.

Kaşık ağızdan çıkarılarak, akar suda yıkanır ve zaman geçmeden boksing metodu ile içersine sert alçı dökülür.

d) Ölçü alma (Alt alveol kasivlerden) :

İlk ölçüden elde edilen alçı modeli üzerinde hazırlanan alt ölçü kaşığının ağızda kontrolü, alt çenenin özelliği bakımından değişik bir durum gösterir.

Bu kontrol aşağıdaki şekilde yapılmalıdır :

Ölçü kaşığı alt alveol kavsi üzerine yerleştirilir.

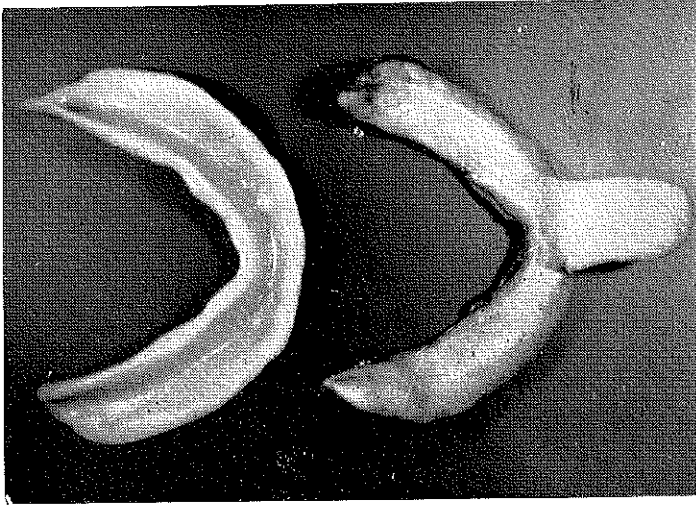
a) Alt dudak ileri ve yukarı doğru çekilmek suretiyle hareket ettirilir. Dudağın bu hareketi esnasında ölçü kaşığının yerinden kalkması gerekir.

b) Yakın yanak bölgesi : Azılara kadar uzanan bölgede, ölçü kaşığının kenar hududu, Linea Obliqua ile temasta olmalıdır. Kaşığın kenarının bu hudut üzerinde olup olmadığı baş parmakla kontrol edilir.

c) Uzak yanak bölgesi: Ağız çok geniş açıldığı zaman bile ölçü kaşığının kenarı yerinden oynamamalıdır. Bir oynama varsa kenarın uzun olduğu anlaşılabilir.

d) Arka kenar : Bu bölgede ölçü kaşığının sınırı, Trigonum retromolare bölge üzerinde olmalı ve bölgenin hemen dışında kalan fibröz papiller doku ile aşağı doğru inen gevşek bağ dokusunun 2 mm kadar gerisinde olmalıdır. Bu hudut sabit bir kalemle işaretlenir ve ölçü kaşığına nakledilir. Kenarda uzunluk varsa kesilerek kısaltılır.

e) Dil tarafı : Ölçü kaşığının kenarları mylohyoid ve platoglos kaslarının üst yüzleri ile ancak temasta olacak şekilde sınırlanmış olmalıdır. Dilin sağa ve sola doğru hareketi esnasında kaşığın bir oynama oluyorsa, dilin hareketinin mukabil tarafındaki kaşığın kenar hududu (kaşığın oynaması ortadan kalkıncaya kadar) kesilmelidir (Şekil : 1).



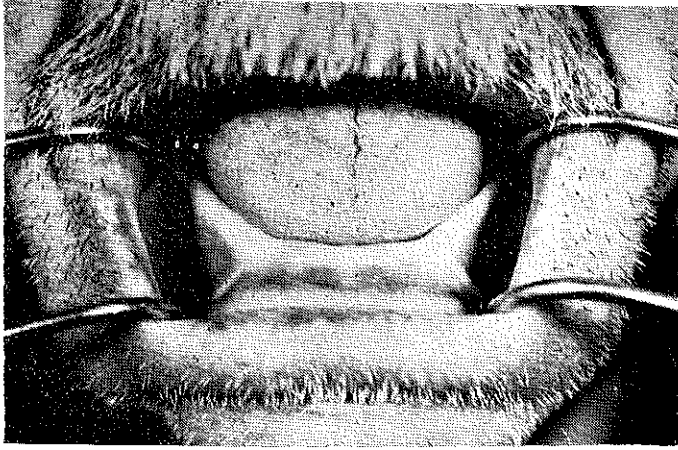
Şekil : 1 — Şahsî ölçü kaşığı ve bitmiş bir kaide plâğı

Dil yüzünün ön bölümünde, dil ucu yukarıya kaldırılarak ağız tabanı seviyesini yükselttiği zaman, ölçü kaşığının iç kenarı yerinden cınamıyacak şekilde sınırlanmalıdır. Bu hudut tesbit edilirken, sublingual tükrük kanalları ağızlarının ölçü kaşığının dışında kalmasına dikkat edilmelidir.

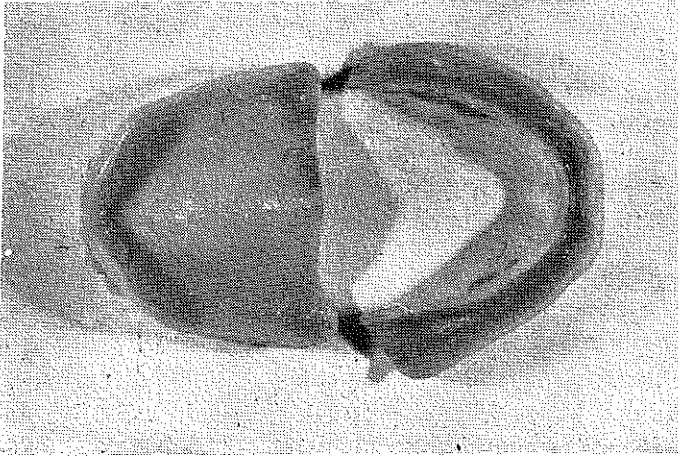
Kontroller tamamlandıktan ve kaşığın hudutları ağız içinde tesbit edildikten sonra, kaşığın trigonum retromolare ve ön dil altı bölgelerinin kenarlarına, üst ölçü almada tarif edildiği gibi, yumuşatılarak yeşil stenç yerleştirilir ve hastaya çeşitli dil ve yanak hareketleri yaptırılarak kenar hudutlarının kesin belirtilerinin kaşık üzerine nakledilmeleri sağlanmış olur.

Bu işlemden sonra alt ölçü kaşığı içerisine, ince tabaka halinde aljinat ölçü maddesi yerleştirilir ve ağıza tatbik edilir. Aljinat maddesi sertleştikten sonra, ölçü kaşığı ağızdan çıkarılarak soğuk suda yıkanır. Boksing usulü ile içerisine sert alçı dökülerek, kaide plâğının hazırlanacağı asıl (master) ölçü elde edilir.

Alt ve üst alveol kavislerinden özel kaşıklarla alınan ölçülerden elde edilen modellere Asıl veya Master modeller ismi verilir. Bu modeller tam protezlerin hazırlanmasında esas rolü oynarlar, hudutlar aynen muhafaza edilerek üezrlerine plâktan kaide plâkları hazırlanır ve bilinen usullerle santrik kapanış alınması işlemine geçilir. (Şekil: 2 ve 3).



Şekil : 2 — Protezin tatbik edildiği hastanın ağız durumu



Şekil : 3 — Tatbik edilen protez.

Yukarıda geniş şekilde izah ettiğimiz gibi protez yapılır. Burada gerek kliniğimizde, gerekse bizzat yaptığımız bu çeşit protezlerde rastlamış olduğumuz bazı zorluklardan ve yine tecrübelerimize dayanarak bunları kullanma sahalarından bahsedeceğiz.

Bu metodun şimdiye kadar kullanılan metoda göre çok masraflı ve zahmetli olduğunu söylemek yerinde olacak. Ölçü maddesi olarak kullanılan alçıya karşılık burada kullanılan çinko oksit ve ojenol çok pahalıdır. Ve her zaman bulunmaktadır.

Bundan başka iki defa akrilik pişirmek ve muflalamak fazla zaman almakta ve zor olmaktadır. En büyük zorluk cilalama esnasında evvelce pişirilen akrilik kaide plâğı ile sonraki akrilik arasında sınır farkının görülmesindedir. Saydığımız bu dezavantajlara karşılık iyi bir fonksiyon ölçüsü olması protez kenar sınırları hareketli mukoza ile hareketsiz mukoza üzerinde bulunması hem tutuculuk hem de fonksiyon bakımından çok büyük avantajlar sağlamaktadır.

Protez yapımı esnasında her seans kontrol edilememekte eğer bir hata, meselâ noksan bir tutuculuk görüldüğünde hemen diğer safhalara geçmeyip başa dönelebilmektedir. Halbuki diğer protezlerde hata ancak tamamen bittiğinde görüleceği için o zaman yeni bir protez yapmaktan başka çare kalmaz.

A — Bu protezler üzerinde yaptığımız çalışmalarla ölçü bahsinde;

- a) Ölçülerin alınmasında hekim için büyük kolaylıklar elde edilebileceğini
- b) Maddenin ölçü alma esnasında hastalara rahatlık sağladığını
- c) Eski metoddaki alçı yutma tehlikesinin kalmadığını
- d) Nihayet elde edilen ölçülerin çok daha net ve elverişli olduklarını saptamış bulunuyoruz.

B — Tutuculuk için yaptığımız çalışmalarda şöyle bir ayırım yaptık;

- a) Protezlerin emici bir ses çıkararak (Vakum yaparak) yerinden kalkması «çok iyi» iyi olarak nitelenmiştir ve bu 450-500 gramlık dikey yöndeki bir kuvvete tekabül eder.
- b) Protezin dişleri arasında bir sond sokularak zorlukla yukarı kaldırılması el dinamometresinin 200-250 gramlık bir değerine karşittir ve bunlar «iyi» nitelendirilmiş

protezlerdir.

- c) Sond teması ile stabil kalabilenler «orta» olarak nitelenmiş ve 100 gramlık bir kuvvete tekabül etmektedirler.
- d) Sond ile dokunulduğunda hareket edebilenler 100 gramdan aşağı bir direnç gösteren protezler olup «kötü» olarak nitelenmiş bulunuyorlar.

Buna göre yaptığımız 7 protezden 3 tanesi çok iyi bu % 43'e tekabül etmekte 2 tanesi iyi % 28 bir tanesi orta, bir tanesinde kötü tutuculuk göstermektedir.

Tutuculuğu araştırırken fonksiyon üzerinde çalışmalarımızı paralel yürüttük, çünkü fonksiyonel protezlerde tutuculuk kadar protezin fonksiyon yapması önemlidir.

Bu denemeler esnasında protez hastanın ağızında iken kuru yemiş yedirilir ve çiğneme esnasında protez ağızdan alınır. Protezin altı tamamen temiz ise fonksiyon bakımından «çok iyi» kenarlarında biraz kırıntı toplanmışsa «iyi» protezin altına yiyecek kırıntılarının kaçması halini «orta» yiyecek kırıntılarının protez kenarlarında ve altında toplanmalarını da «kötü» diye nitelendirirdik.

Ve yine yaptığımız 7 protezde 3 ü çok iyi fonksiyon, 3 tanesi iyi fonksiyon, 1 tanesi orta derecede fonksiyon niteliği göstermiş ilerde bahsettiğimiz kötü tutuculuk gösteren protezde dahi kötü fonksiyon görülmemiştir.

Buradan bu protezlerin iyi fonksiyonel protezler olduğu kanısına varmaktayız. Uygulamalarımızda bu tip protezlerden en fazla Endikasyonlarının daha fazla rezorbe olmamış kretlerle çabuk yani diş çekimini takip eden günlerde yapılan protelzerde Kontr endikasyonlarının ise fazla rezorbe olmuş ve ince kret vakalarında olduğunu da tesbit etmiş bulunuyoruz.

Görüldüğü gibi yaptığımız protezler ve uygulamalarımız iyi neticeler vermekte ve şimdiye kadar da saydığımız zorluklar hariç başarı ile uygulanmaktadır.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Öztürk, G. : Dişsiz ağızlarda alt çenede yapılan protezlerde tutuculuk üzerine araştırma ve bunların karşılaştırmaları ile sonuçlar, İstanbul, 1971.
- 2 — Zembilci, G. : Tam Total protezler. Kutulmuş Matbaası İstanbul, 1968.