

Tam Protezlerde Klinik Araştırma

Hüsnu YAVUZYILMAZ (*)

Tam protezler, çiğneme basıncını mukosa yolu ile kemiğe ileten ve hastanın tabii dişlerinin sağladığı fonksiyon, fonasyon ve estetik gibi faktörleri yeniden kazandıran protez türleri olarak tanımlanırlar.

İlgili literatür incelediğinde tam protezlerin klinik ve laboratuvar çalışmaları ile ilgili pek çok vaka raporu ve genel görüşlerin varlığı göze çarpar; ancak bunların çoğunluğu yapım tekniğinin detayları üzerinde yoğunlaşmıştır. Tam protez yapımından önce klinik incelemenin önemi ve türleri ile ilgili yayınlar ise son derece sınırlıdır.

Yeterli bir klinik inceleme yapılmazsa, protez ne kadar titiz hazırlanırsa hazırlansın, uygulamadan bir süre sonra lokal yada sistemik etkiler ile hasta tarafından kullanılamaz duruma gelebilir. Bu öz olarak organizmanın yabancı bir maddeye karşı biolojik bir reaksiyonu olarak kabul edilebilir.

Ağızda mevcut topoğrafik ve anatomik verilerde matematiksel bir sabitlik yoktur. Basınca karşı duyarlılık, reflekslerin varlığı, kesin bir sonuca varılmasına engel olan nedenlerdendir, bunların yanı-

(*) Ank. Ün.v. Diş Hek. Fak. Protéz Kürsüsü Doçenti

sıra; hastanın yaşı, cinsiyeti, genel durumu, milliyeti, mesleği, proteze karşı tutumu, ark ve damak şekli, fiziksel durum, kemik yapısı, rezorpsiyon durumu, kretlerin ilişkisi, yumuşak ve sert dokuların değerlendirilmesi, boğaz durumu, kas tonusu ve dayanakları, damak duyarlılığı, dilin durumu ve psikolojik durum bilinçli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Tam protez yapımına başlamadan önce yukarıda belirtilen kriterlerin değerlendirilmeleri belirli sınıflandırmalar içinde yapılır.

1 — H a s t a n ı n Y a ş ı :

Tam protez yapımında etkili bir faktördür. Hastanın kesin yaşı teşhis kartına işlenir, eğer kesin olarak tesbit edilemiyorsa, genç, orta yaşlı ve yaşlı olarak kararlı bir tesbit yapılır. Bu tesbitte 40 yaşından aşağı genç, 40-60 yaş arası orta yaşlı ve 60 yaşın üzerindeki yaşlı olarak kabul edilebilir.

Yaş faktörü, protezin kabul edilebilmesi ve kullanılması yönünden önemlidir. Burada iki önemli şart vardır :

A — Proteze uyum :

Genellikle genç hastaların proteze karşı uyumlarının orta yaşlı ve yaşlı hastalara oranla daha kolay olduğu kabul edilir. Bununla beraber uyum konusunda psikolojik durumlarda göz önüne alınmalıdır.

B— Tutuculuğu sağlayan kısımların fizyolojik durumu :

Tutucu kısımların etkinliğinde de yaş faktörünün önemi vardır. Biyolojik olarak kretlerin değişmeye başladığı periyodu tâyin etmek güçtür. Bu olayla ilgili olarak statik bir periyot bildirilmemiştir. Ancak özellikle dişsiz çenelerde değişimin uzun sürede olduğu bilinmektedir.

Gençlerin aktif metabolizmaları yaşlılara oranla, kemik yapım ve yıkımındaki dengenin daha uygun olmasını sağlamaktadır. Bu bağlantıda endokrin bezlerin, özellikle gonadların kalsiyum metabolizmasındaki rolleri açıkça belirlenmiştir. Yaşlılarda sex hormonlarının minimum veya hiç olmaması halinde kemik kalitesi yetersizdir ve hekim protez yerleştirmede arzu edilmeyen denemeler yapmaya zorlar.

II— C i n s i y e t :

Cinsiyet estetik ve tutuculuğu sağlayan bölgeler için protezin yapımı bakımından önemli bir kriterdir. Kadınların estetiğe erkeklerden daha fazla düşkün oldukları bilinen bir gerçektir, çoğu kez görünüşü fonksiyona tercih ederler.

Kadınlarda kemik ve üzerindeki mukosayı ters yönde etkileyen diğer faktörlerde menapoz ve mensturasyon dönemleridir. Bu normal fizyolojik durumlarda protez kullanılmasında fiziksel şartlardan daha büyük problemlerle karşılaşılır. Menapoz'da ve mensturasyon periyotlarının gecikme durumlarında psikolojik bozukluklar protezi hatta hekimi kabul etmeyecek boyutlara ulaşabilir.

III — G e n e l D u r u m :

Hastanın teşhis kartına normal yada patolojik olduğu belirtilmelidir. Birçok vakalar normal olarak kabullenildiği halde bir kısmı semptomları artırır ve hekimin hastasına daha iyi hizmet etmesine engel olur. Hastanın genel sağlığı protezin başarısı yönünden önemlidir. Semptomlar ağrı ve yanma hissi gibi subjektif veya kemik ve mukoza dokusunun değişmesi gibi objektif olabilir.

Ağrı veya yanma hissi veren subjektif belirtili hastalıklar; anemi, diabet ve diğer endokrin ve beslenme bozukluklarıdır. Ayrıca sosyal problemler ve tatminkâr olmayan cinsel ilişkilerinde fizyolojik bozukluk yarattığı bilimsel olarak saptanmıştır.

Objektif semptom veren, hakiki doku değişikliğine neden olan hastalıklar; sifiliz, tüberküloz, akromegali, neoplazmalar veya nedeni bilinmeyen osteodistrofilerdir. Allerjik hastalıklardan Asthma'da protez başarısını engelleyebilir.

Dişsiz bir ağzın radyolojik muayenesinde gömülü diş yada köklere rastlamak mümkündür. Bunlar protez yapımından sonra çeşitli sorunlar yaratacağından çekilmelidir.

VI — M i l l i y e t :

Nesillerin ırk ve etnik guruplarının karışması ile ark ve yüz şekillerinde belirli değişimler meydana gelmektedir. Örneğin siyah ırkın oldukça ince alt çene ark şekline karşılık geniş ovoid veya kare şeklinde üst çene arkına sahip olduğu bildirilmiştir. Sarı ırkta ise;

massif kretler yanında protez için son derece yetersiz bir mesafe olduğu tesbit edilmiştir.

V — M e s l e k :

Hastanın mesleği protez yapımına estetik, fonetik veya fonksiyon yönünden etkilidir. Tüccar, teknisyen ve işçiler fonksiyona önem verdikleri halde, toplumla daha sıkı ilişki halinde olan artistler, öğretmenler, satıcılar estetik ve fonasyona önem verirler. Tam protezlerin yapımında seçilecek ölçü metodu yönünden de mesleğin önemlidir, örneğin nefesli saz çalanlardan dinamik ölçünün tercih edilmesinin hekim tarafından bilinmesi gerekir.

VI — P r o t e z K u l l a n m a y ı D e n e m e :

Önceden protez kullanmış bir hasta yeni protezin yapımında birçok yönden hekime yardımcıdır.

Eskiden protez kullanan hasta, dikey hareketleri yapma kolaylığı, vertikal ve horizontal boyut tesbitinde kesinlik ve zamandan kazanç ve protezin risklerini kabullenme gibi birçok konuda hekime yardımcı olur.

Yeni protez kullanan şahıslarda ise protezin yapımından alışma devresine kadar özellikle yukarıda belirtilen konularda bilinçlendirme ve zaman kaybı riski mevcuttur.

VII — A r k Ş e k l i :

Sınıflandırma çoğunlukla kretlerin horizontal düzlem üzerindeki şekillerine göre açıklanmıştır: Buna göre dış arkları A — Kare, B — İncelen (Üçken), C — Ovoid türler olarak ayrılır.

A — Kare tipte; ön kret bölümü nisbeten düzdür ve sağ ve sol segmentler ön kret ile birleştikleri yerden geriye doğru paralel olarak giderler.

B — İncelen (Üçken) tipteki arklar ön kısma doğru darlaşan bir şekil gösterirler. Ön kısım sivri yada daralan yuvarlak şekilde sonlanır.

C — Ovoid tipte; ön ve arka segmentlerde yuvarlaklaşma vardır fakat ön segmentin kavsi daha fazladır. Arka segment geriye

gittikçe genişler ve molarlar bölgesinde en geniş boyuta ulaşır. Arka segmentin dış kavsi çene ve processus alveolaris ile ilgilidir. Rezorbsiyon kavsin eğim derecesini etkiler.

VIII — D a m a k Ş e k l i :

Damak şeklini incelemek için bastadan elde edilen teşhis modeli üzerinde konin yada 1. molar dişler hizasından yapılan frontal kesitte kret hudutları ve sert damak şekli; A — Kare, B — İncelen, C — Hafif kavisli, D — Düz, E — Büyük, F — Küçük olarak sınıflandırılabilir.

Damağın yukarıda belirtilen şekilleri tutuculuk, stabilite, basınca karşı dayanma ve diş dizimi yönünden protez planlanmasında göz önüne alınmalıdır.

IX — F i z i k s e l D u r u m :

Protez sınırları tutuculuk, uyum ve estetik yönünden önem kazanır, Protezin kenar bölgeleri ile temasta olan dokular protez kullanımı için uygun değilse önceden cerrahi müdahale ile düzeltilmelidir.

Alt kretin ön bölgesi ve üst kretin tüberler bölgesinin tutuculuğu sağlayacak şekilde oluşturulması faydalıdır.

Çekime ve parsiyel protez kullanımına bağlı olarak kretlerin ön ve arka bölgeleri arasında seviye farkı meydana gelir. Bazende kretler interdental septumlara bağlı olarak küçük düzensiz çıkıntılar ihtiva ederler. Genellikle alt kretler de çok ince bir tabaka halinde molar dişler bölgesine kadar uzanan çıkıntılı bir sırt mevcuttur. Bu gibi durumlarda yapılacak protezin dokularla fiziksel uyumu düşünülerek ya cerrahi müdahale yada bu kısımların en az zarar verecek şekilde proteze transferine karar verilir.

Hasta önceden tam uymayan ve kenaları keskin bir protez kullanmışsa, proteze bağlı olarak meydana gelen mucobuccal katlantı sahaalarında ortadan kaldırılması gerekmektedir.

X — K e m i k Y a p ı s ı n ı n T ü r ü :

Tam protez yapımından önce kretleri oluşturan kemik miktarı ve

ark şeklinin yanısıra radyolojik inceleme sonucu saptanan kemik kaliteside göz önüne alınmalıdır.

Kemik dokusu korteks bölümünün miktarı ve trabeküllerin hacmine bağlı olarak değerlendirilebilir.

Kortikal kemik tabakası, radyolojik inceleme sonuçlarına göre;

A — Kalın, B — Normal ve C — İnce olarak ayrılabilir.

Kalın kortikal tabakaya sahip ve düzgün trabeküllü, yoğun yapıdaki bir kemik dokusunun protez tutuculuğunu arttırdığına inanılır.

Kemiğin şeklinde değişim yapan çeşitli patolojik etkenler bilinmektedir, protezin başarısı yönünden bunların teşhisi ve tedavilerinin önemi unutulmamalıdır. Hiperparathyroidism (genel metabolik), Senil Osteoporoz (Beslenme), Doku atrofisi (lokal), Osteogenesis imperfecta (Konjenital) vs. hastalıklar kemik şeklinde değişime neden olabilirler.

Kemiğin yoğunluğunda etkili hastalıklar ise; hyperparathyroidism, basınç atrofisi ve sifilitik osteitis'dir.

XI — R e s o r b s i y o n :

Nedeni ne olursa olsun rezorpsiyon protez başarısına etken bir faktördür.

Aşırı rezorpsiyon protez sahasını genişletir, kretlerin çok az yüksekliği ve dar olması protez yapımını zorlaştırır. Rezorpsiyonun alt ve üst çenenin ilişkilerindeki düzensizlik ile birlikte yürümesi protez yapımını imkânsız hale getirebilir.

XII — K r e t İ l i Ő k i l e r i :

Alt ve üst çene kretlerinin birbirlerine göre ilişkileri, normal, protrusive ve retrusive olarak ayrılabilir.

A — Normal ilişki;

Alt kretin tepe noktası üst kretin bir parça iç tarafındadır.

Alt kret üst kreti ikinci molar diş bölgesinde dışarıya doğru geçer. Basınç uygulama ve maksimum estetik elde etmek için diş diziminde ve çeneler arası ilişkilerde bir zorlukla karşılaşılmaz.

B — Protrusive (Prognatik) ilişki;

Alt dişarık tüm bölgelerde üst arkta daha genişdir. Çoğu kez üst ark alt diş arkının içine girebilir görünümündedir. Bu çeneler arası ilişki sadece ön veya arka bölgelere ait olursa çapraz temas (Cross bite) durumu ortaya çıkar. Dişlerin atipik bir dizimi söz konusudur.

C — Retrusive (Orthognathic) ilişki;

Alt diş arık üst diş arkından daha küçüktür. Bu durum diş dizimini değiştirir.

Yukarıda sınıflandırılan üç esas ilişkinin yanısıra bunlardan birkaçının yada tümünün bir arada olduğu kompleks ilişkilerde görülebilir.

Kret ilişkileri hasta ağızında ve modellerin artikülatöre bağlanmasından sonra tam olarak değerlendirilebilir.

XIII — Y u m u ş a k D o k u l a r :

A — Normal, B — Atrofik, C — Hipertrofik olarak sınıflandırılabilir.

A — Normal durumda; Normal dişeti herhangi bir patolojik etki göstermeyen açık pembe renkte bir görünümde olmalıdır. Özellikle tam protez çalışmalarından önce dişetinin ve mukoza dişeti bileşim kısımlarının uygun bir devamlılık göstermesi başarıyı müsbet yönde etkiler.

B — Atrofik durumda; Kemik üzerindeki dişeti normalden incedir. Epithel'de yeterli keratinizasyon yoktur. Arzu edilen doku resiliensi kaybolmuş yada çok azalmıştır. Atrofik karakterli yumuşak dokular ağırlıdır. Bu tür dokular üzerine protez baskısı geldiğinde hassasiyet büsbütün artar.

C — Hipertrofik durumda; Bağ dokusunun fazlalığına bağlı olarak bir kalınlaşma mevcuttur. Protezin stabilitesi, ve kullanıma kolaylığı yönünden bu dokuların kaldırılmasında fayda vardır. Hasta daha önceden protez kullanıyorsa hipertrofik dokuların protez irritasyonuna bağlı olmadığını anlamak için protezlerin bir müddet ağızdan çıkarılmaları ve bu süre sonunda tekrar muayene gerekir. Başarısız protezlerden ileri gelen hipertrofiler klinik görünüm olarak; koyu kırmızı renkli, irrite mukozalar olarak belirlenir. Kronik irritasyon

karakterindeki bu görünümde ölçü almak hatalıdır. Daha önce ışın tedavisi gören dokular üzerine de hemen protez yapmak hatalıdır.

XIV — Boğaz Bölgesinin Durumu :

Protez yapımından önce bu bölgede sert damağın bitimi ve alt arka retroalveolar bölge önem kazanır;

A — Post dam sahası sert damaktan arkada 5-12 mm'lik bir bölgede bulunur. Yumuşak damağın sert damak ile geniş açı yaptığı durumlarda daha belirgindir.

B — Post dam sahanın 2-6 mm boyunda olduğu durumda, çoğunlukla yumuşak damak normal uzunluktadır ve sert damak ile daha dar bir açı ile birleşmiştir.

C — Post dam sahasının çok kısıtlı yada hiç bulunmaması durumunda, sert ve yumuşak damağın birleşme açıları daha da dardır dik açığa yaklaşmıştır.

Sert ve yumuşak damak arasındaki birleşmenin yukarıda belirtilen sınıflandırılmasının Ah hattının yapımında önemi unutulmamalıdır.

Alt retroalveolar bölgelerin değerlendirilmesi, dilin ileri, geri hareketleri ile sağlanır. Buna göre kretler ile doku bağlantısı arasındaki ilişki; alçak, orta ve yüksek olarak sınıflandırılabilir. Bu durum protezin lingual kanadının distal ve iç uzunluğunun tesbitinde önem kazanır.

XV — Sınır Doku Dayanakları :

Sınır dokular; mucobuccal ve mucolingual katlantılar ile yüzeysel mukosa ve kas lifleri tarafından meydana getirilen dokulardır. Protez kenarlarının uzunluğunu tayin eden bu dokular serbestçe hareket edebilirler ve ölçü maddesi ile tesbit edilebilirler. Bu dokuların hareket yetenekleri ve protez tutuculuğundaki etkileri kret ile yapışma noktaları değerlendirilerek açıklanabilir. Buna göre;

A — Sınır dokularının yapışma noktaları, kretlerin en yüksek noktalarından 1-1.5 cm uzaklıktadır. Bu protez çalışmalarında ideal bir durum olarak kabul edilebilir.

B — Sınır dokularının yapışma noktaları, kretlerin en yüksek noktasından 3/4 cm. uzaklıktadır. Bu durumda doku düzeltilmesi avantajlıdır.

C — Sınır dokularının yapışma noktaları, kretlerin, en yüksek noktasından 1/4 cm. uzaklıktadır. Bu durumda doku düzeltilmesi yapılmadan protez yapımı tercih edilmez.

Buccal frenulumların arkasındaki buccinator liflerin horizontal yönde olmalarından dolayı alt mucobuccal katlantılar protezin yerleşmesi yönünden daha elverişlidirler.

XVI — K a s D a y a n a k l a r ı :

Kas dokularının kretlerden olan uzaklıklarına göre;

A — Yapışma noktaları kretlerden 1/2 mm uzaklıkta,

B — Yapışma noktaları kretlerden 3/4 cm uzaklıkta,

C — Yapışma noktaları kretlerden 1/4 cm uzaklıktadır.

Kasların bağlantı noktaları bazılarına göre frenulumlar ile devam eder ancak bazı frenulumların altında kas lifleri bluunsada esasını sınır dokuları meydana getirir.

Frenulumlar altı tanesi Vestibulum Oris'te bir tanesinde Cavum Oris Proprium (esas ağız boşluğu)'da olmak üzere yedi adettir. Bu sayıda az da olsa değişimler olabilir.

Kas yapışmaları ile sınır doku yapışmaları arasındaki en önemli fark kas yapışma noktalarının fizyolojik hareketlerde protez sınırlarına engel olmayacak şekilde bir planlamanın yapılmasını gerektirmesidir.

Kas yapışma noktası kret sırtından uzakta ise uzaklıkla doğru orantılı olarak protez kenarında uzatılacak ve protezin başarısına katkısı olan bir veri elde edilmiş olacaktır.

XVII — D a m a k D u y a r l ı l ı ğ ı :

Protez tutuculuğu yönünden önem kazanmayan bu faktör ölçü almada çok önemlidir. Duyarlılık üç bölümde incelenebilir;

A — Normal duyarlı damakta; Küt bir alet ile (ayna yada sond) sapı) sert ve yumuşak damak sınırı ile yumuşak damak üzerine hafifçe dokunmakla çok az veya hiç bir reaksiyon olmaz.

B — Az duyarlı (Hyposensitive) damakta; aynı testte veya daha belirgin etkili testlerde hasta hiç bir reaksiyon göstermez.

C — Aşırı duyarlı damak (Hypersensitive); fizyolojik kontrol veya tedavide +'den +++'e kadar değişen duyarlılık görülür. Bu tür hastalarda ölçü alma işlemine başlamadan önce damaktaki duyarlılığı azaltan yada ortadan kaldıran lokal veya sistemik çeşitli ilâçlardan yararlanılır.

XVIII — D i l i n D u r u m u :

Normal diş arkları ile çevrili bulunan bir dil ile dişlerini kaybetmiş ve aradan uzun süre geçmiş bir hastanın dili arasında farklılık görülür. Protez yapımı geciktirilmiş olan hastalarda, dil düzleşir, genişler ve protez baskı yaparak özellikle tutuculukta yetersizliğe neden olabilir.

XIX — T ü k r ü k :

Tükrüğün viskozitesi ve kantitesi özellikle tam protez yapımından önce değerlendirilmesi gereken bir kriterdir. Tükrüğün sulu yada visköz yapıda oluşu adhesion'u etkileyecektir. Ancak; yenilen gıdalarında tükrük vasfı üzerine etkinliği unutulmamalıdır.

XX — K a s T o n u s u :

Kas tonusunun protez yapımındaki önemi; ağız içi ve ağız dışı kayıtların yapılması ile anlaşılmıştır.

Hasta mandibulasına ve yüzündeki mimik kaslara bilinen tüm hareketleri yaptırabiliyorsa normal kabul edilir. Aksi durumlarda, mandibular hareketler değişmiş ve yüz ifadesi bozulmuştur, böyle hallerde; diş kaybı ile birlikte vertikal boyut kaybı veya kondil deformasyonu sözkonusu olabilir.

XX — M e n t a l D u r u m l a r ı n S i n i f l a n d ır ı l m a s ı :

Ağzın sadece biofizik durumu incelenerek konulan tam protez teşhisi yetersizdir. Protez yapımı için başvuran her hastanın psikolojik durumu değerlendirilerek kartına işlenmelidir. Hiç protez kullanmamış veya önceden protez kullanmış hastaların yeni bir protezi kabullenmeleri mental durumları ile uyum sağlar.

Hasta protezin türü, fonksiyon, fonasyon ve estetik değerleri,

ekonomik yükü gibi faktörlerin bir yada birkaçına bağlı olarak protezi yadırgayabilir. Hastanın öne sürdüğü fikirler hatalı olabilir bunların hekim tarafından tek tek açıklanması ve problemlerin üstesinden gelmek protezin yapım tekniği kadar önemlidir.

Hastanın protezi kabullenmemesinde, ileri yaş, menapose uygun olmayan sosyal veya mesleki çevreninde rolü olabilir.

Mental duruma göre hastalar üç bölümde incelenebilir;

1 — Hekim ile işbirliği yapan tipler; Bu tür hastalar, hekimin uyarı ve tavsiyelerini kabullenirler. En çok rastlanan hasta tipidir.

2 — Hassas tipler; Hiç bir zaman tatmin olmazlar, gerçekten başarılı bir protezi türlü bahaneler ile yadırgarlar. En uygunu protez yapımına başlarken tüm mesuliyeti bu tiplerle paylaşarak çalışmayı yürütmektir.

3 — Kaygısız tipler; Çalışma yönünden rahatlık kazandıracığı düşünülen bu tipler, aslında hekimin tavsiyelerini yerine getirmediğilerinden bir çok kötü sonuçların meydana gelmesine neden olurlar

Ö Z E T

Bu makalede tam protezlerin klinik araştırmasında dikkate alınması gereken esas faktörleri açıkladım. Başarılı bir tam protezde, hastanın değerlendirilmesi en önemli faktördür.

S U M M A R Y

Clinical Examination of Complete Dentures

In this article I have explained the essential factors to be considered in the clinical examination of complete dentures. Patient evaluation is an important factor in a succesful complete denture prosthodontics.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — **Beresin, V. E.; Schiesser, F. J.** : The Neutral Zone In Complete Dentures, The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1973.
- 2 — **Gehl, D. H.; Dresen, O. M.** : Complete Denture Prosthesis, 4th ed., W. B; Saunders Co., 1959.
- 3 — **Heartwell, C. M.; Rahn, A. O.** : Syllabus of Complete Dentures, 2th ed., Lea-Febiger, Philadelphia, 1975.
- 4 — **Lejoyeux, J.** : Prothese Complete, Librairie Maloine, Paris, 1967.