

Tedavi Obtüratörleri

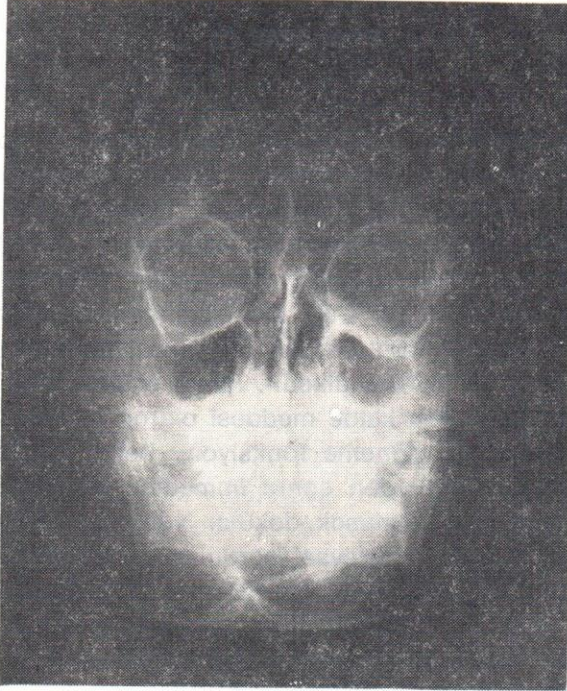
Engin ARAS (*)

Tedavi obtüratörleri maksilla rezeksiyonlarından sonra iki ile ikinci hafta arasındaki postoperatif sürede uygulanırlar. Tedavi obtüratörlerinde amacımız yumuşak doku sikatrizasyonlarının estetik bozmayacak şekilde gelişmelerini sağlamak, hastanın ağızdan beslenebilmesine yardımcı olmak, fonasyonu sağlamak ve psişik depresyonları önlemektir (2, 7, 9). Maksillektomilerin protetik tedavide ikinci haftanın sonuna dek çiğneme fonksiyonunun restorasyonu genel olarak kontrendikedir. Fakat selim tümör ve radyoterapi görmemiş vakalarda kaide maddesi olarak rezilient madde kullanıldığında estetik ve çiğneme fonksiyonu belirli ölçülerde restore edilebilir. Maksillektomilerden sonra immedat ve terapötik tedavi uygulanmadığında ise, yumuşak dokular yeterince desteklenmediğinden, ileride estetik ve işlevsel sorunlar çıkarabilecek yumuşak doku kasılmaları ile karşılaşılır. Bu tür sorunların önlenmesi, kulak-burun-boğaz ekibi ile maksillo-fasiyal rehabilitasyon ekibi arasında postoperatif devrede başlayan bir işbirliği gerektirir (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

(*) Diş-Cene-Yüz Protezleri Uzmanı, Dr. Med. Dent., Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protez Kürsüsü.

VAKA :

Altı ay önce sol yanak ve dudak bölgesinde başlayan şişlik nedeni ile hasta fakültemize başvurmuştur. Ağız cerrahisi kliniğinde ağız içinden alınan biopsi sonucunun «dev hücreli granülom» olması nedeni ile hasta Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Kliniğine yollanmıştır. Adı geçen klinikte yapılan muayenesinde öz ve soy geçmişinde çocukluk hastalıkları dışında bir özellik bulunmamıştır. Sistemik yönden kalp ve akciğer patolojisi saptanmamıştır. Lokal incelemede otoskopi ve rinoskopi anterior'de sağ burun boşluğu normal bulunmakla beraber, solda yan duvarın orta eksenine doğru itildiği saptanmıştır. Ağız farenks bakışında, sert damakta sol tarafı kanin ve premolar dişler bölgesinde küçük bir portakal iriliğinde üzeri kırmızı-mor mukoza ile örtülü, frajil, orta sertlikte bir kitle izlenmiş olup, dış bakıda sol maksiller bölge ve burun kökünde dışa doğru bir tümefaksiyon gözlenmiştir. Radyolojik incelemede sol maksiller sinüsün tüm duvarlarında kemik destrüksiyonu yapan tümöral kitle görülmekteydi (Resim 1).



Resim : 1 — Sol maksiller sinüs duvarlarında kemik destrüksiyonu yapan tümöral kitle.

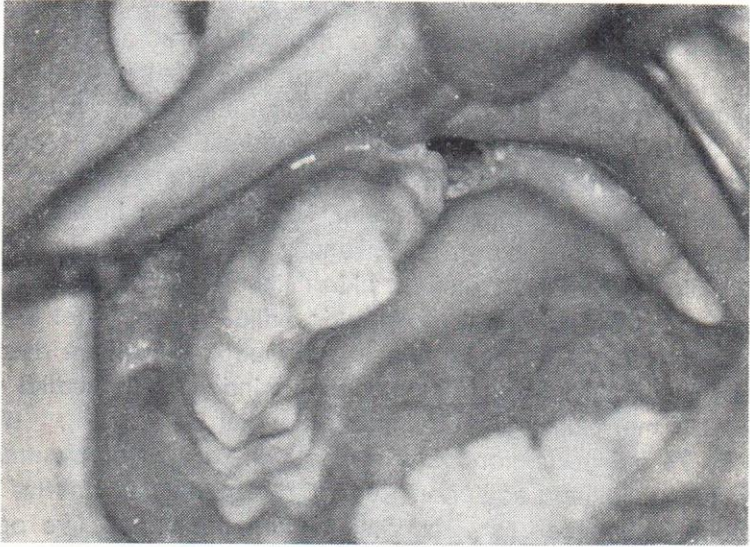
Preoperatif laboratuvar bulguları K. B. B. kliniğince normal bulunmuştu, aynı klinikte ameliyat edilmiştir. Ameliyatın genel anestezi altında yapıldığı, sol iç epikantusundan başlayarak nazofasiyal cıvayı alıyıp, üst dudakta filtrumdan geçen ensizyon ile girildiği ve buraya geçildiği öğrenilmiştir. Tümör dış duvara yapışıklıklar gözlemlenince sol nazal kemik ve sol maksiller sinüs ön duvarı çıkarılmıştır. Sinüsü ve sol nazal kaviteyi tümü ile dolduran kitle total olarak çıkarıldıktan sonra loja dren uygulanmıştır. Sol burun boşluğu maksiller boşaltılmış, sinüsün medial duvarını yapacak şekilde süzgeç edilmiştir. Cilt altı ve cilt sütüne edilerek ameliyata son verilmiş ve kaviteye tampon konmuştur. Ameliyat sırasında ve postoperatif dönemde bir şişe taze kan transfüzyonu yapılan hastaya antibiyotik, metektik, B. kompleks ve A vitaminleri ve Madekassol uygulanmıştır. Bu arada patolojik inceleme raporuna göre operasyon sonucu alınmış kütlenin dev hücreli granülom olduğu öğrenilmiştir.

PROTETİK TEDAVİ

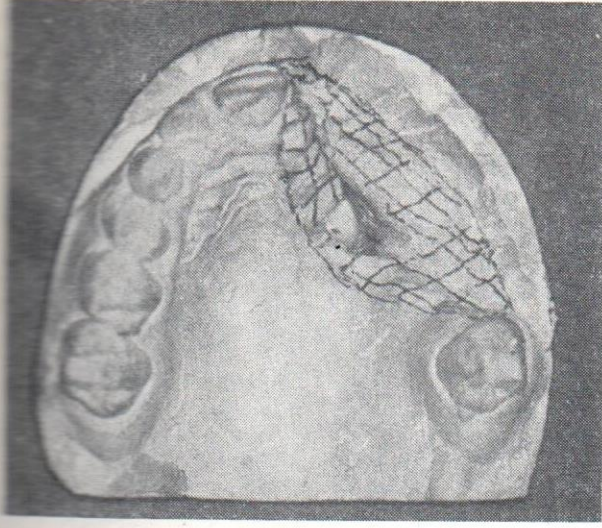
K. B. B. Servisi tarafından kliniğimize gönderilen hastanın ağız boşluğu incelemesinde, rezeksiyonun neden olduğu destek doku kaybından dolayı sol üst dudakta ve yanakta hafif çöküklük göze çarpmaktadır (Resim 2). Ağız içi muayenede sol üst çenede ikinci büyük diş arasındaki tüm dişlerin çekilmiş olup, alveol kretinin ve maksiller kemiğin parsiyel rezeksiyonundan dolayı ağız boşluğu ile burun boşluğunu birleştiren bukko-nazal bir geçit varlığı görülmüştür (Resim 3). Bukko-nazal defekte ölçü maddesinin ulaşabileceği bölümlerde aşırı undercut bölümler görülmediğinden, vazelinli gazlı bezler ile ağız kavite bloke edilmeden koyu kıvamda hazırlanmış aljinat ile üst çenenin ve normal kıvamda hazırlanmış aljinat ile alt çenenin ölçüleri standart ölçü kaşıkları ile alındı. Elde edilen ölçülerle sert alçı dökülerek asıl model elde edildi ve bu model üzerinde destek doku kaybının sınırları çizildi (Resim 4). Dudak ve yanağı destekleyen destek doku kaybı optosil ile alçı model üzerinde restore edildi (Resim 5). Üç mm kalınlığındaki İmprelon plâğın (Resim 6), Biostar aygıtı ile 75 saniye ışlandıktan sonra modele Biostar aygıtında ve vakum altında uyumu sağlandı (Resim 7). İmprelon türü şeffaf kaide maddesini, içinde serbest monomer bulunmamasından ve operasyon bölgesinde kimyasal bir irritasyon yapma olasılığı söz konusu olmadığı için seçtik. Kullanılan materyelin şeffaf olması aşırı basınç altında bölgelerin belirlenmesine de yardımcı olmaktadır.



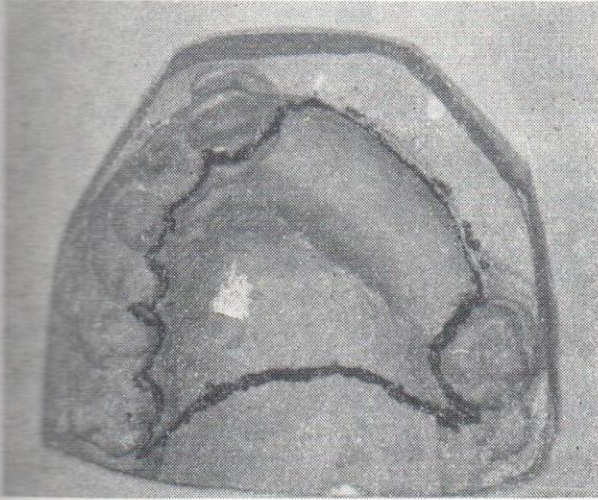
Res.m : 2 — Sol üst çenede parsiyel maksillektomiye uğrayan hastada görülen hafif dudak-yanak çöküklüğü.



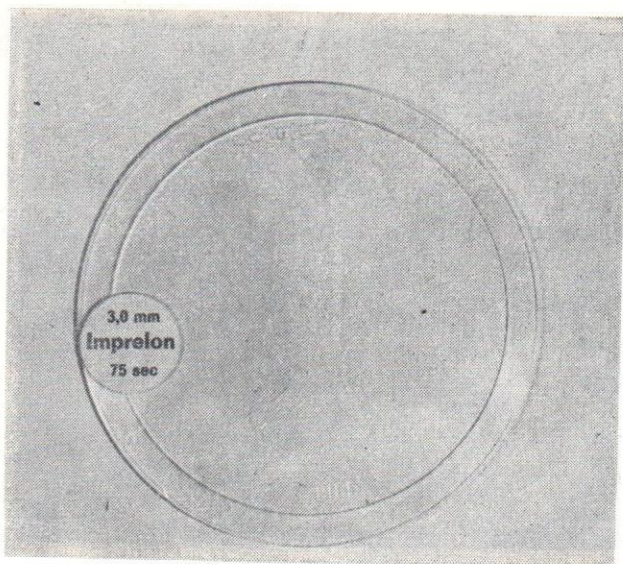
Resim : 3 — Sol üst çenede maksillektomiye uğrayan hastada ağız ve burun boşluklarını birleştiren bukko-nazal geçit.



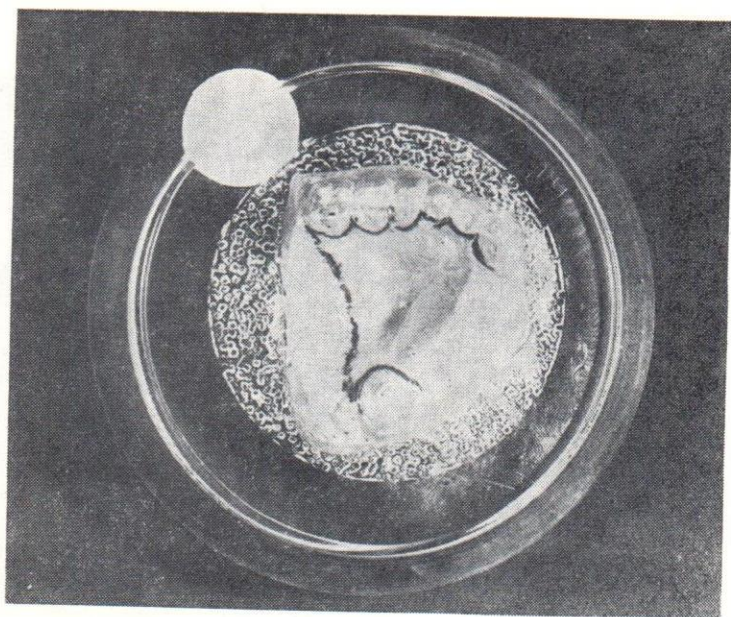
Resim 4 — Parsiyel maksillektomiye uğrayan hastada defekt sınırlarının model üzerinde belirlenmiş hali.



Resim 5 — Doku kaybının model üzerinde optosil ile restore edilmesi.

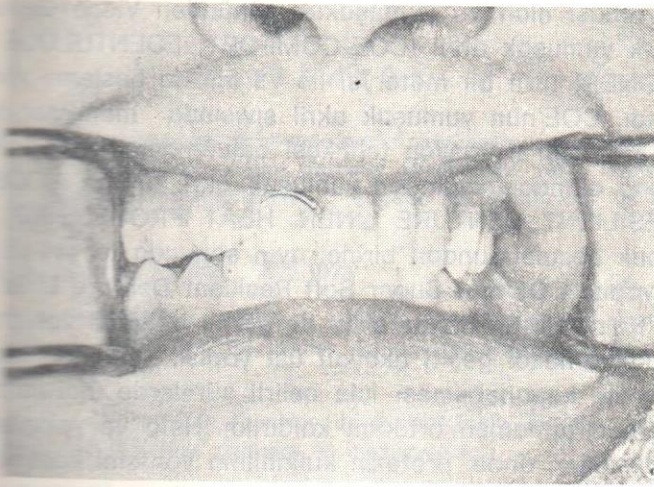


Resim : 6 — İmprelon plâk.

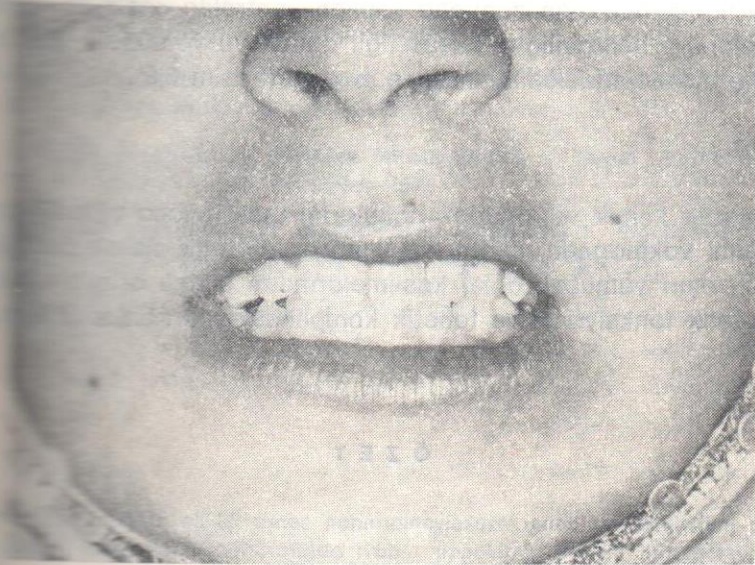


Resim : 7 — Biostar aygıtında İmprelon plâğın modele ajüste edilmiş hali.

Belirlenen sınırlara uygun olarak imprelon plağın santrik kapanış sırasında akiz kaviteye doğru çökmemesi için bu defektli bölgede xantopren ile beslendi ve bilinen yöntemler ile santrik kapanış alındı.



— Protetik tedavinin uygulanmasından sonraki üçüncü ayda ensizyon sikatrizasyonlarının belirg.nliğini kaybetmesi ve dudak-yanak çökük-lüğü.



— Protetik tedavinin uygulanmasından sonraki üçüncü ayda ensizyon sikatrizasyonlarının belirg.nliğini kaybetmesi ve dudak-yanak çökük-lüğü.

Dişli provada protetik standartlara uyum kontrol edildi ve tutucu gereçler plânlandı. Tutucu gereçleri uygulanmış ve mum modelajı tamamlanmış protez, laboratuvarında bilinen yöntemlerden yararlanarak bitirildi. Protezin defekte uyan bölümü laboratuvarında akril ile restore edilmemektedir. Bu bölüm, protezin teslim seansında doku iyileştirici etkisi olan ve yumuşaklık yönünden Visco Gel'e yakın olan soğuk yumuşak akril (COE-COMFORT, EDENTULOUS TISSUE CONDITIONER) türü bir materyel ile ve ağızda besleme yöntemi ile tamamlandı. COE'nun yumuşak akril sıvısında monomer bulunmadığından kimyasal irritasyon tehlikesi bulunmamaktadır. Fakat muf-lada basınç altında uygulanan yumuşak akril türüne (COE-SUPER SOFT RESİLİENT DENTURE LİNER. HEAT PROCESSİNG) oranla daha çabuk bozulduğundan birinci ayın sonunda tedavi obtüratörünün üst yapısı COE'nun Super Soft Resilient Denture Liner'ı ile değiştirildi. Kulak-Burun-Boğaz ekibi ile görüş birliğine varılarak obtüratörün bukko-nazal geçiti tıkayan üst yapısı, defektin kemik rejenerasyonu ile kapanabilmesi için belirli sürelerde ufaltılarak birinci ayın sonunda tamamen ortadan kaldırıldı. Hasta ve yakınları protez teslim edilmeden önce, protezin kullanılma yöntemi konusunda eğitildiler. Hasta protez uygulandıktan sonraki ilk ay her hafta, sonraki sürede ise her üç ayda bir kontrol edilerek, protezin maksillo-fasiyal gelişime yudurulması ve irritasyonların önlenmesi konusunda bilinçlendirildi. Üçüncü ayın sonunda yapılan kontrolda ensizyon sikatrizasyonlarının belirginliğini kaybettiği, dudak ve yanaktaki çöküntünün dış bakıda fark edilemediği gözlemlendi. (Resim 8,9).

SONUÇ :

Destek kemik ve kırık dokularını rezeksiyona uğradığı maksillektomi vakalarında, dudak ve yanağın protetik olarak desteklenmesinin aşırı yumuşak doku kasılmalarından dolayı ortaya çıkabilecek estetik fonksiyonel ve fonetik komplikasyonları önlediği kanısındayız.

Ö Z E T

Bu makalede üst çene rezeksiyonlarından sonra iki ile onikinci hafta arasındaki postoperatif sürede uygulanan tedavi obtüratörlerinin amaçları özetlenmiş, tedavi obtüratörü uygulanan bir vaka ve protetik yöntem açıklanmıştır. Ayrıca kulak-burun-boğaz ekibi ile maksillo-fasiyal rehabilitasyon ekibi arasındaki işbirliğinin önemi belirtilmiştir.

S U M M A R Y

After a brief review of the basic functions of the treatment obturators, the author outlined a modified construction technic of the treatment obturators. A multi-disciplinary approach and close co-operation between the oto-rhino-laryngologic team and the maxillofacial rehabilitation team are described as well.

L I T E R A T Ü R

- 1 — **ARAS E.** : A propos des appareillages après exérèses du maxillaire associées à une perte de substance vélaire partielle. Novembre. 1974. Thèse de Doctorat en Sciences Odontologiques. Faculté de Médecine. Université de Montpellier.
- 2 — **M. Benoist** : Cours de PMF. 1972-1973.
- 3 — **Mme Mary Antoinette de JORNA** : Le rôle de l'orthophonie dans certains dysmorphoses maxillo-faciales. Thèse de deuxième cycle. Université d'Aix Marseille II.
- 4 — **M. Lacaisse** : XI^e Congrès Français de Stomatologie. Extrait. Les résines synthétiques en prothèse dentaire et maxillo-faciale.
- 5 — **Pierre VOREAUX** : Appareillages immédiat des pertes de substances maxillaires acquises. Thèse de Doctorat en Sciences Odontologiques. Université Paris VII.
- 6 — **Ponroy et Psaume** : Restaurations et Prothèse Maxillo-Faciales. 2^e. Edition, Masson et Cie Editeurs, 1950. S: 328-377.
- 7 — **Rahn and Boucher** : Maxillofacial Prosthetics. Principles and Concepts. W. B. Saunders Comp. 1970. S. 83-112.
- 8 — **La Société Française de Prothèse Maxillo-Faciale** : Revue Française de Prothèse Maxillo-Faciale. Novembre 1973.
- 9 — **The American Academy of Maxillo-Facial Prosthetics** : Proceedings of an Interprofessional Conference. September 1966. Washington D. C.