

Üst Çene Defektinin Obturatör ile Rehabilitasyonu: Olgu Sunumu

Kubilay Barış Çiçek*^{ID}, Tuğba Hergüner^{ID}

Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD., Sivas, Türkiye

ÖZET:

Sonradan kazanılmış üst çene defekti bulunan hastalarda estetik, fonksiyon ve konuşmada ciddi problemlere yol açmaktadır. Bu defektlerin rehabilitasyonunda cerrahi onarım veya protetik tedavi bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Obturatörler bu defektlerin rehabilitasyonunda başarılı sonuçlar vermektedir. Bu olgu sunumunda diş çekimi sonrasında görülen osteomyelite bağlı maksiller defektin obturatörle rehabilitasyonunu amaçlanmıştır. Hastada üst çene ölçüsü alınmadan önce defekt bölgesinde oluşabilecek doku irritasyonunu önlemek ve ölçü maddesinin defekt bölgesine kaçmaması için vazelinli gazlı bezle kapatılmıştır. Daha sonra standart dişsiz ölçü kaşıkları ile alt ve üst çenenin anatomik ölçüsü alınıp, kişisel ölçü kaşıkları hazırlanmıştır. Üst çenenin ölçüsü polietere ölçü maddesi ile alt çenenin ölçüsü ise çinko oksit ojenol ölçü maddesi ile alınmıştır. Kaide plakları ile hastanın alt ve üst çene ilişkisi kayıt edilip diş dizimi yapıldıktan sonra prova yapılmıştır. Provanın bitim işlemlerine geçilmiştir. Çene yüz bölgesindeki defektler nedeniyle oroantral ilişki bozulabilmektedir. Maksillofasial protodontistin görevi, hastalarda bulunan bu problemlerin rehabilitasyonunu sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Obturator, Protetik rehabilitasyon, Üst çene defektleri

Rehabilitation of Maxillary Defect with Obturator: Case Report

ABSTRACT:

Acquired maxillary defects cause serious problems in aesthetics, function and speech in patients. Surgical repair or prosthetic treatment is an option in the rehabilitation of these defects. Obturators give successful results in the rehabilitation of these defects. In this case report, it was aimed to rehabilitate the maxillary defect due to osteomyelitis seen after tooth extraction with obturator. The patient was covered with vaseline gauze to prevent tissue irritation in the defect area and prevent the impression material from escaping to the defect area before the maxillary impression was taken. Then, using standard edentulous impression trays the anatomical dimensions of the lower and upper jaws were taken and personal impression trays were prepared. The size of the upper jaw was taken with polyether impression material and the size of the lower jaw with zinc oxide eugenol impression material. The relationship between the lower and upper jaw of the patient was recorded with the base plates, and after the tooth alignment was done, a rehearsal was made. After the rehearsal, finishing processes were started. Oroantral relationship may be impaired due to defects in the maxillofacial area. The task of the maxillofacial prostodontist is to rehabilitate these problems in patients.

Keywords: Obturator, Prosthetic rehabilitation, Maxillary defects

*Corresponding author: Kubilay Barış Çiçek, email: kubilaybariscicek@gmail.com

GİRİŞ

Stomatognatik sistemle ilgili fasiyal komponentlerinin eksiklik veya bozukluğuna “çene-yüz defekti” denir. Çene-yüz defektlerinin protezlerle rehabilitasyonu ile ilgilenen diş hekimliği dalına ise “maksillofasiyal prostodonti” ismi verilir (Yazdanie ve Mandersen, 1989). Çene yüz bölgesinde bulunan konjenital veya kazanılmış defektlerin protetik rehabilitasyonu 1500’lü yıllardan itibaren yapılmaktadır (Korkmaz, 2008). Çene yüz bölgesinde bulunan defektler, oluşma sebebine göre doğumsal, kazanılmış ve gelişimsel olarak sınıflandırılır. Kazanılmış defektler genellikle malign veya benign tümörlerin cerrahi rezeksiyonu sonrasında, çene yüz travmalarında ve osteomyelit gibi enfeksiyöz hastalıklar sonucunda oluşmaktadır (Okay vd., 2001). Bu defektler hastalarda çiğneme, konuşma, estetik ve fonksiyon kaybı gibi sorunlara neden olmaktadır. Maksillada oluşan bu defektlerin rehabilitasyonunda kullanılan protezler, obtüratör olarak isimlendirilir (Keyf, 2001). “Obtüratör” terimi latin kökenli “Obturare” kelimesinden gelmekte olup tıkmak sözcüğünü ifade etmektedir. Obtüratörler yapıma sürecine göre üç gruba ayrılmaktadır.

İmmediat cerrahi obtüratörler, ameliyat öncesinde

oluşturulan alçı modeller üzerinde yapılan obtüratörler olup ameliyattan 7-10 gün sonra çıkarılırlar (Buckner, 1974).

Tedavi obtüratörleri, immediat cerrahi obtüratörlerde doku düzenleyici materyallerin kullanılmasıyla oluşturulan obtüratörlerdir. Tedavi obtüratörleri, doku düzenleyici materyalin belli aralıklarla değiştirilmesiyle 3-4 ay kullanılabilir (Buckner, 1974).

Daimi obtüratörler, rezeksiyonu takiben, kalan dokularda epitelizasyon ve maturasyonu tamamlandıktan sonra yapılan nihai obtüratörlerdir (Buckner, 1974). Daimi obtüratörler yapılırken karşılaşılan en büyük problemler, tutuculuk ve yumuşak dokuların desteklenmesindeki yetersizliklerdir. Kalan dişlerin durumu, defektin büyüklüğü, yumuşak damağın durumu, alveol kret yüksekliği ve defekt bölgesindeki undercut alanlarına göre obtüratörlerde yaşanan stabilite problemleri değişiklik gösterebilmektedir. Doğru planlama yapılmamış obtüratörlerde çiğneme kuvvetlerinin etkisiyle yumuşak doku irritasyonu ve destek dişlerde kayıp görülebilir (Şeker, 2016). Obtüratör planlanırken Aramany’nin yaptığı sınıflandırma sıklıkla kullanılmaktadır (Aramany, 1978). (Resim 1).

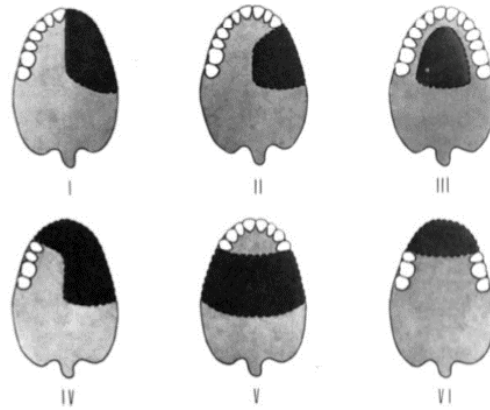


Fig. 1. Classification for partially edentulous maxillectomy dental arches: Class I, Midline resection. Class II, Unilateral resection. Class III, Central resection. Class IV, Bilateral anterior-posterior resection. Class V, Posterior resection. Class VI, Anterior resection.

Resim 1. Aramany sınıflandırması

Maksiller defektlerin rehabilitasyonunda kullanılan obtüratörlerin stabilizasyonunu sağlayan, fonasyonun ve rezonansın düzeltilmesinde kullanılan tıkaçıcı kısma bulb adı verilir. Obtüratörlerde bulb kısmı hastanın fonksiyonunu ve fonasyonunu

iyileştirmek, kaybedilen dokuların yerini alarak tıkaç görevi görmek amacı ile kullanılır. Bulblar kullanılan materyale göre; sert, yumuşak ve sert-yumuşak olmak üzere üçe ayrılırlar (Shimodaira vd., 1994). Bulb dizaynı yapılırken ağıza yerleştirilmesine engel

olmamasına, tek parça olmasına, kolay temizlenebilir olmasına ve yumuşak astar materyalleri kullanılmasına dikkat edilmelidir (Aladağ vd., 2009).

VAKA RAPORU

Üst çenesinde bulunan defektin rehabilitasyonu için protetik diş tedavisi kliniğine başvuran 50 yaşındaki erkek hastanın alınan anamnezinde 1990 yılında 20 yaş diş çekimi sonrası sigara kullanımına bağlı çekim bölgesinin iyileşmesi bozulmuş ve osteomyelit

geliştiği öğrenilmiştir. Gelişen osteomyelit sonrasında medikal ve cerrahi tedavi yapılmış olmasına rağmen enfeksiyonun iyileşmediği, bunun üzerine kemik enfeksiyonunun yayılmaması için ilgili bölgenin rezeksiyonuna karar verilmiştir. Yapılan ağız içi muayenede hastanın sağ maksiller posterior bölgede yumuşak ve sert damağı kapsayan Aramany sınıflandırmasına göre sınıf 2, 25-30 mm'lik defekt olduğu görülmüştür (Resim 2).



Resim 2. Defektin ağız içi görünümü

Ağız dışı muayenesinde total dişsizliğe bağlı dudak çöküklüğü dışında estetik bir probleme rastlanmamıştır. Total dişsizlik ve defekte bağlı olarak hastada, çiğneme ve yutkunma gücünün, konuşma problemi olduğu kaydedilmiştir. Hastadaki bu problemleri gidermek ve hastayı psikolojik olarak rehabilite etmek için hastanın sosyo-ekonomik durumu ve önceden kullandığı protezi de göz önünde bulundurularak üst çenesine hollow bulb obturatör protezi, dişsiz alt çenesine tam protez yapımı planlanmıştır. Hastada üst çene ölçüsü alınmadan önce defekt bölgesinde oluşabilecek doku irritasyonunu önlemek ve ölçü maddesinin defekt bölgesine kaçmaması için vazelinli gazlı bezle kapatılmıştır. Daha sonra standart dişsiz ölçü kaşıkları ile irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginoplast, Heraeus Kulzer, Hanau, Almanya) kullanılarak alt ve üst çenenin anatomik ölçüsü alınmıştır.

Elde edilen modeller kullanılarak akrilik kişisel ölçü

kaşıkları hazırlanıp (Imicryl, Konya, Türkiye), kaşık kenarları hasta ağızında termoplastik ölçü maddesi (Impression compound, Kerr Italia S.P.A., Salerno-İtalya) ile uyumlandırılmıştır. Üst çenenin ölçüsü polieter ölçü maddesi ile (3M Espe Impregum Penta H DuoSoft Refil, Seefeld, Germany) yanak ve dudaklara fonksiyonel hareketler yaptırılarak, alt çenenin ölçüsü çinko oksit ojenol ölçü maddesi (CAVEX outline, Cavex, Holland BV, Netherlands,) ile alınmıştır. Ölçülerin etrafı pembe mum (Cerewax Modelling Wax, Pera Dental, İstanbul, Türkiye) ile kutulanarak sert alçı döküldükten sonra elde edilen daimi modeller üzerinde, alt ve üst çenede otopolimerizan akrilik materyalinden kaide plakları hazırlanmıştır. Kaide plaklarının hazırlanmasından sonra pembe mumdan mum duvarlar hazırlanarak hastanın alt ve üst çene ilişkisi kayıt edilip yarı ayarlanabilir bir artikülatöre transfer edilip, kapanışa uygun olarak diş dizimi yapıldıktan sonra hasta ağızında prova yapılmıştır. Provedan sonra bitim

işlemlerine geçilmiştir. Akrilik tepimi ve polimerizasyonundan sonra, defekt kenarlarıyla ilişkide olan bulb kısımlarına hem retansiyon ve tutuculuğu artırmak hem de obturatörün kullanımı sırasında defekti çevreleyen kemikte oluşacak travmatik etkiyi ortadan kaldırmak için doku düzenleyici materyal (Visco-gel Temporary Soft Denture Liner, Dentsply, Konstanz, Germany) kullanıldı (Resim 3).

2 hafta sonra hasta kontrole çağırılıp bulb bölgesinde

doku düzenleyici materyalin azaldığı bölgelerde akrilik aşındırılıp yeniden doku düzenleyici materyal eklendi. 1. ay kontrolünde doku düzenleyici materyalde aşınma görülmemesi üzerine silikon astar materyali (Molloplast-B, DETAX, Ettlingen, Germany) ile değiştirilmiştir (Resim 4).

Hastaya obturatör kullanımı ve bakımı hakkında bilgi verildikten sonra protezleri teslim edilmiştir (Resim 5).



Resim 3. Obturatörün doku düzenleyici uygulanmış hali



Resim 4. Obturatörün silikon astar materyali uygulanmış hali



Resim 5. Obturatörün bitmiş hali ağız içi görüntüsü

TARTIŞMA

Maksiller defekti bulunan hastaların fonksiyon ve estetik kayıplarının yeniden yapılandırılması için stabil obturatör protezleri gereklidir (Albrektsson vd., 1986). Obturatör yapımında bulbul defekt kenarlarıyla ilişkide olan kısımlarının yumuşak akrilikten yapılması daha iyi tutuculuk sağlar ve protezin takılıp çıkarılması sırasında daha az irritasyon oluşturur. Silikon esaslı materyaller, bu avantajlarına karşın çok çabuk elastikiyetlerini kaybederek, sertleşip bozulurlar ve ağızdaki sıvıları emerek renk değişimine, kötü kokuya ve hijyen bozukluğuna sebep olurlar (Shimodaira vd., 1994). Hastamızı sık sık kontrole gelebileceğini belirttiğinden rahat kullanmayı sağlayabilmek için obturatörün bulbul kısmının dış tarafı silikon esaslı yumuşak astar maddesinden hazırlamayı tercih ettik. Bulbul kısmının içi boşaltılmayan obturatörlerin protezin ağırlığını arttırdığı ve buna bağlı protetik tedavinin başarısını düşürdüğü görülmüştür. İç kısmı boşaltılarak hazırlanan obturatörlerin protez ağırlığını % 6.5-33.06 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Kapalı hollow bulbul obturatörler defekt bölgesinde gıda ve sıvı birikimini önleyip, hava akışını da azaltmaktadır (Sing vd., 2013). Biz de hastamızda bulbul kısmını kapalı uygulamayı tercih ettik. Bu vaka raporunda hastaya uygulanan geleneksel tam protez ile hastanın estetik, beslenme, konuşma ve yutkunma fonksiyonları geri kazandırdık. Yapılan 1.yıl kontrolünde protezin tutuculuk ve stabilitesinin yeterli olduğu ve hastanın protezini rahatlıkla kullandığı görülmüştür.

SONUÇ

Çene yüz protezleri yapılırken standart protez yapım kurallarının yanı sıra hastaya özgü planlamalar yapılmalıdır. Çene yüz bölgesindeki defektler nedeniyle oroantral ilişki bozulabilmektedir. Böyle durumlarda hastalarda çiğneme ve konuşma bozukluğunun yanında yüz bölgesinde de estetik problemler oluşabilmektedir. Maksiller defekte sahip hastalarda hollow bulbul obturatörler başarılı sonuçlar vermektedir. Biz de bu yöntemi hastamıza uyguladıktan sonra hastanın kaybettiği birçok fonksiyonu geri kazandırdığımızı gördük. Bu sebeple bu yöntem ile uygun endikasyonlarda başarılı sonuçlar alınacağını düşünüyoruz ve klinisyenlere tavsiye ediyoruz.

ÇALIŞMANIN ETİK YÖNÜ

Bu çalışmada hastaya tedavi öncesi tüm işlemler anlatılmış, gerekli açıklamalar yapılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Makalede gizlilik ilkesine bağlı kalınmıştır.

KAYNAKLAR

- Aladağ, L., Güngör, H., Ahmetoğlu, F. et al. (2009). Kısmi maksillektomi yapılmış hastaların hollow bulbul obturatör ile protetik rehabilitasyonu: İki vaka raporu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi: 19(2):105- 110.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/27441>
- Aramany, M. (1978). Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. The Journal of Prosthetic Dentistry: 40(5):554-57.
[https://doi.org/10.1016/0022-3913\(78\)90092-6](https://doi.org/10.1016/0022-3913(78)90092-6)

- Albrektsson, T., Zarb, G., Worthington, P. et al. (1986). The long-term efficacy of currently used dental implants: A review and proposed criteria of success. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*: [1:11](#).
- Buckner, H. (1974). Construction of a denture with hollow obturator, lid, and soft acrylic lining. *The Journal of Prosthetic Dentistry*: 31: 95-9.
[https://doi.org/10.1016/0022-3913\(74\)90224-8](https://doi.org/10.1016/0022-3913(74)90224-8)
- Keyf, F. (2001). Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *Journal of Oral Rehabilitation*: 28(9): 821-9.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2001.00754.x>
- Korkmaz, F. (2008). Maksiller defektlerde kuvvet dağılımının uygulanan implantların tip ve lokalizasyonlarına göre sonlu elemanlar analizi yöntemiyle değerlendirilmesi. *Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı. Doktora Tezi: Gazi Üniversitesi, Ankara-Türkiye*.
- Okay, D., Genden, E., Buchbinder, D. et al. (2001). Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. *The Journal of Prosthetic Dentistry*: 200186(4): 352-363.
<https://doi.org/10.1067/mpr.2001.119524>
- Shimodaira, K., Yoshida, H., Mizukami, M. et al. (1994). Obturator prosthesis conforming to movement of the soft palate: a clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*: 71: 547-51.
[https://doi.org/10.1016/0022-3913\(94\)90435-9](https://doi.org/10.1016/0022-3913(94)90435-9)
- Sing, K., Sing, S., Mishra, N. et al. (2013). Management of maxillectomy defect with a hybrid hollow bulb obturator. *BMJ. Case Reports*. 10: 1.
<http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007658>
- Şeker, E., Kayış, M. (2016). Parsiyel maksillektomi vakalarının implantüstü bar ve doğal diş destekli bukkal flanj obturatörler ile rehabilitasyonu: 2 Vaka raporu. *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*: [43\(3\):179-185](#).
- Yazdanie, N., Mandersen, R. (1989). Prosthetic management and rehabilitation of an extensive intraoral and facial defect. *Int. J. Prosthodont* [2: 550554](#).