

KOMBİNASYON SENDROMLU BİR HASTANIN PROTETİK REHABİLİTASYONU: VAKA SUNUMU#

PROTHETIC REHABILITATION OF A PATIENT WITH COMBINATION SYNDROME: A CASE REPORT

Arş. Gör. Dt. Murat ALKURT*

Arş Gör. Dr. Bilal HOLOĞLU*

Prof. Dr. Zeynep YEŞİL DUYMUŞ*

Makale Kodu/Article code: 631

Makale Gönderilme tarihi: 17.08.2011

Kabul Tarihi: 18.12.2011

ÖZET

Kombinasyon sendromu üst çene tam dişsiz arkin karşısında alt çenede Kennedy Sınıf I diş eksikliğinin olduğu vakalarda, alt ön grup dişlerin dişsiz krete uyguladıkları kuvvetler sonucu meydana gelir. 'Anterior hiperfonksiyon sendromu' veya 'Kelly Sendromu' da denilen kombinasyon sendromu; üst çene ön bölgede kemik kaybı, tüberlerde aşırı büyüme, sert damak mukozasında papiller hiperplazi, alt ön dişlerde uzama ve alt çenede hareketli protez kullanımına bağlı olarak kret yüksekliğinde azalma ile karakterizedir. Kombinasyon sendromu üst çene tam dişsiz arkin karşısında alt çene Kennedy Sınıf I diş eksikliğine sahip hastaların hepsinde görülmez. Alt çeneye yapılan hareketli bölümlü protez okluzal stresleri yumuşak ve sert dokulara beraber dağıtarak kombinasyon sendromunun gelişmesini azaltırken, hastaların alt çene hareketli bölümlü protezlerini kullanmalarını kombinasyon sendromunu şiddetlendirmektedir. Bu çalışmada, kliniğimize başvuran kombinasyon sendromuna ait klinik ve radyografik bulguları taşıyan bir hastaya uygulanan protetik tedavi hakkında bilgi verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kombinasyon sendromu, Mesnetsiz kret

ABSTRACT

Combination syndrome occurs when the mandibular anterior teeth applied strength to edentulous maxilla bone, patients with a completely edentulous maxilla is opposed by Kennedy Class I partially edentulous mandible. Combination syndrome –also called 'Anterior Hiperfonction Syndrome' or 'Kelly's Syndrome'- characterized with including loss of bone from the anterior portion of the maxillary ridge, overgrowth of the tuberosities, papillary hyperplasia of the hard palatal mucosa, extrusion of mandibular anterior teeth, and loss of alveolar bone and ridge height beneath the mandibular removable partial denture bases. Combination syndrome have not been seen all the patients with a completely edentulous maxilla is opposed by Kennedy Class I partially edentulous mandible. The mandibular removable partial denture decrease formation of combination syndrome with distributing the occlusal stress to hard and soft tissues otherwise patients disuse of mandibular removable partial denture aggravate the combination syndrome. The purpose of this clinical report is to present prosthetic rehabilitation of the one patient with clinical and radiographic symptoms concerned about combination syndrome has applied to the clinic.

Key Words: Combination syndrome, Flabby ridge

GİRİŞ

Çenelerden biri tamamen dişsiz, diğesinde ise doğal dişlerinin tamamı veya bir kısmı bulunan vakaların sayısı oldukça fazladır. Tek tam protezlerin

karşısındaki çenede tümüyle doğal dişler, sabit veya hareketli bölümlü protez bulunabilmektedir.¹ Bu vakaların tedavisinde çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır.^{2,3} Bu hastalarda rahatlık, tutuculuk, fonksiyon ve estetiğin sağlanması çoğu zaman oldukça zordur.⁴

* Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi ABD

16.EBDO Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi'nde poster olarak sunulmuştur. İzmir, TÜRKİYE



Kombinasyon sendromu ilk olarak Amerikalı bir prostodontist olan Ellsworth Kelly tarafından tanımlanmış ve 1972 yılında Journal of Prosthetic Dentistry adlı dergide yayınlanmıştır. Kombinasyon sendromu, 'Ön Hiperfonksiyon Sendromu' veya 'Kelly Sendromu' olarak da adlandırılmaktadır. 2005 yılında yayınlanan Protez Terimleri Sözlüğü kombinasyon sendromunu, dişsiz üst çeneye karşı sadece ön bölgede dişlerin olduğu alt çene olgularında; üst çene ön bölgede kemik kaybı, tüberlerde aşırı büyüme, sert damak mukozasında papiller hiperplazi, alt ön dişlerde ekstrüzyon ve alt çene hareketli protez altında kemik kaybıyla karakterize bir durum olarak tanımlamıştır.⁵ Alt çenedeki ön grup dişlerin üst çene ön bölgedeki yumuşak ve sert dokularda oluşturduğu kronik okluzal stresler sonucu üst çene ön kret bölgesinde hızlı gelişen bir kemik rezorpsiyonu ve fibröz doku oluşumu sıklıkla görülen klinik tablodur. Hızla gelişen kemik rezorpsiyonunu mukoza takip edemez ve kemik hızlı rezorbe olunca üzerindeki mukoza desteksiz kalır ve mesnetsiz kretler oluşur.⁶⁻⁸ Bunun yanında alt dişlerde periodontal değişiklikler, dikey boyut kaybı, epulis fissuratum, okluzal düzlemde değişiklik ve alt çenenin önde konumlanması gibi klinik değişiklikler de görülebilir.^{9,10} Diğer yandan uzamış alt ön dişler üst total protezin stabilitesinin bozulmasına da neden olur.¹¹

Kombinasyon sendromunda kaybedilen arka bölgedeki okluziyonun yeniden sağlanması ve ön bölgedeki hiperfonksiyondan kaçınılması temel tedavi yaklaşımı olmalıdır. Üst tek proteze karşı Kennedy I alt protez yapılarak arka bölgede diş desteği sağlanmalı ve alt ön doğal dişlerle üst yapay dişlerin temasları önlenmelidir.¹²

Kombinasyon sendromunu ilk tanımlayan Kelly,¹³ çözüm olarak; alt çenedeki dişlerin çekiminin, sendromun oluşmasını engelleyeceğini, fakat bu yaklaşımı konservatif olmadığı için tercih etmediğini, onun yerine endodontik ve periodontal tedavilerle arka grup dişlerin ağızda tutulmaya çalışılmasını, overdenture tarzı protezler yapılmasını endodontik implantların kullanılmasını, kök ampütasyonları yapılarak ağızda bırakılacak köklerin destek olarak kullanılmasını önermiştir.¹³ Saunders ve arkadaşları⁷ ise üst çenedeki ön dişlerin sadece kozmetik ve fonetik amaçla dizildiği, sentrik ilişkide temas etmediği, eksentrik hareketlerde ise minimum temasların olduğu bir tedavi seçeneği önermiştir. Overjet

arttırılıp overbite azaltılarak kesici yolu eğiminin sıfıra yaklaştırılması, ön bölgedeki yapay-doğal diş temasını engelleyecektir. Alt ve üst çenedeki arklara yapılacak implant destekli protetik restorasyonlar hemen tüm kombinasyon sendromlu hastalara uygulanabilecek güncel tedavi yaklaşımıdır.¹⁴⁻¹⁶

Kombinasyon sendromu görülen hastaların protezlerinin yapım aşamasında labil kretlerin varlığına bağlı olarak dikkat edilmesi gereken önemli aşamalar vardır. Fibröz kretler, ölçü alınması sırasında yer değiştirme, ölçü sonrası ise istirahat haline dönme eğilimindedir. Bu nedenle protez destek dokulara tam adapte olamayacaktır. Sonuçta, protezin retansiyon ve stabilitesi azalacak ve kullanımı zorlaşacaktır.^{17,18} Labil kretlerin varlığında tek kaşığa iki farklı ölçü malzemesinin kullanımı, ya da iki farklı kaşık ve ölçü malzemesinin ağız içinde birleştirilmesi gibi birçok farklı ölçü yöntemi önerilmiştir.¹⁸

Tam protezlerde ilk ve ikinci ölçülerin oluşturulmasında kullanılan ölçü maddeleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Ağız alçısı ,
- Çinkooksit-öjenol patı
- İrreversible bidrokolloidler
- Elastomerik ölçü maddeleri
- Polysülfidler
- Polyeterler

- Kondansasyon silikonları
- Vinylpoly siloksanlar (ilave silikonları)
- Doku şartlandırıcılar (şekillendiriciler)

Doğru kullanıldıktan takdirde bu maddelerin büyük bir çoğunluğu ile tatminkar sonuçlar elde edilmiştir. Ancak ölçü materyalinin seçiminde bazı hususların göz önüne alınmalıdır. Bunlar:

- Kullanılacak ölçü tekniği,
- Ölçüsü alınacak dokuların anatomik ve histolojik özellikleri,
- Hekim ve hasta tarafından materyalin uygulama kolaylığı.

Hiperplastik dokuların bulunduğu vakalarda alçı ölçü maddesi kullanılarak selektif basınçlı ölçülerin iyi bir şekilde alınabilmesine karşın, kullanımı zor olduğundan bu ölçü maddesi günümüzde hemen hemen terk edilmiştir. Elastomerik ölçü maddeleri kullanılarak labil kretlerin olduğu vakalarda ölçüler alınabilir. Genelde orta kıvamdaki maddeler selektif basınçlı, akıcı kıvamlı olanlar minimal basınçlı ölçü teknikleri ile kullanılır. Basınçlı ölçü yöntemlerinin



uygulanması istenilen durumda ise yoğun kıvamda olanlar tercih edilir.¹⁹

Bu makalede kliniğimize başvuran kombinasyon sendromu görülen bir hastaya uygulanan protetik tedavinin klinik ve laboratuvar uygulamalarına ilişkin bilgi verilmiştir.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize üst tam protezinin sürekli travma yapması şikayeti ile başvuran, üst çene tam ve alt çene Kennedy Sınıf I dişsizliğe sahip 48 yaşındaki bayan hastanın klinik incelemesi sonucunda, üst çene ön bölgedeki labial kretler dikkatimizi çekti (Resim 1). Alınan anamnez sonucunda; hastanın tam protezi ile birlikte yapılan alt bölümlü hareketli protezini kullanmadığı saptandı. Yapılan radyografik inceleme sonucunda üst çene ön bölgede kemik rezorpsiyonu gözlemlendi (Resim 2). Hasta tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildi. Hastanın cerrahi müdahaleyi kabul etmemesi nedeniyle implant destekli bir protez yapılması öngörülmeyip yeni bir tam protez ile rehabilitasyonunun yapılmasına karar verildi.

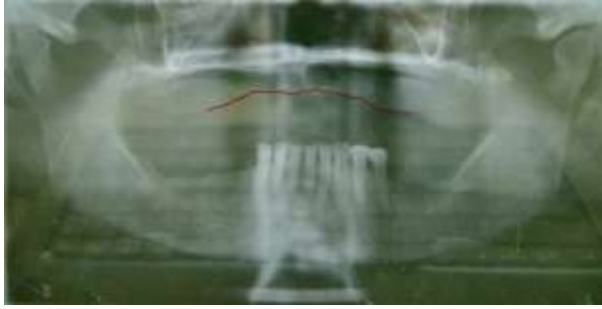
Üst çene dişsiz boşluğun anatomik ölçüsü, labial kretlerin minimum distorsiyona uğraması için irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginoplast, Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450, Hanau, GERMANY) ile alındı ve sert alçı (Moldano, Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450, Hanau, GERMANY) dökülerek çalışma modelleri elde edildi. Elde edilen alçı model üzerinde vestibül sulcusların en derin yerleri işaret kalemi ile işaretlendi ve bu sınırlardan 2 mm kısa olacak şekilde akrilik rezinden özel ölçü kaşığı hazırlandı. Hazırlanan özel ölçü kaşığının üst çene ön bölgedeki hareketli fibröz kretleri serbest bırakması için kaşığın bu bölgeye gelen kısmı bir frez yardımıyla kaldırıldı. Fonksiyonel kenar şekillendirmesi ölçü stenci (Kerr Impression Compound, Kerr Co., Orange, CA, USA) ile yapıldıktan sonra ölçü kaşığı içine ilave tip silikon esaslı ölçü maddesi (Elite HD+, Zhermack Clinical, Badia Polesine, Rovigo / ITALY) yerleştirilip normal durumdaki dokuların ölçüsü alındı. Alınan ölçünün üst çene ön bölgedeki fibröz dokulara karşılık gelen kısmı bir bisturi yardımıyla uzaklaştırıldı (Resim 3a, 3b). Ölçü kaşığı tekrar ağza yerleştirilerek fibröz kretler bölgesinin ölçüsü akıcı kıvamdaki ilave tip silikon esaslı

ölçü maddesi (Elite HD+, Zhermack Clinical, Badia Polesine, Rovigo / ITALY) ile tamamlandı (Resim 4).

Alt Kennedy Sınıf I dişsiz çenenin ölçüsü irreversible hidrokolloid ölçü maddesi (Alginoplast, Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450, Hanau, GERMANY) ile alındı. Alınan ölçülere Tip III dental alçı (Moldano, Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450, Hanau, GERMANY) dökülerek ana modeller elde edildi. Alt çeneye metal iskelet planlaması yapıldı. Metal iskelet yapının tutucu kolları asetal kroşeler kullanılarak dizayn edildi (Resim 5). Üst çeneye akrilik rezinden kaide plağı hazırlandı. Kayıt mumları kullanılarak dikey boyut ve sentrik ilişki tespit edildi ve modeller artikülatöre alındı. Diş dizimi sırasında ön bölgede overjet ve overbite azaltılarak kesici yolu eğimi sıfıra yaklaştırılmaya çalışıldı (Resim 6). Dişli prova sırasında gerekli kontrol ve düzeltmeler yapıldıktan sonra bilinen yöntemlerle protez bitirildi (Resim 7). Protezin teslimini takiben 1, 15 ve 30 gün sonra hasta kontrollere çağrıldı. Kontrollerde vuruş, protez stabilitesi ve hasta memnuniyeti açısından hasta değerlendirildi. Bir aylık kullanım sonunda dokuların sağlık açısından iyi durumda olduğu ve hastanın protezinden herhangi bir şikayetinin olmadığı tespit edildi.



Resim 1: Üst anterior bölgede fibröz kretlerin olduğu üst total alt kısmı dişsiz hastanın klinik görünümü.



Resim 2: Maksiller anterior bölgedeki kemik rezorpsiyonu.



Resim 6: Overbite ve overjet azaltılarak bitirilen protez.



Resim 3a: Ölçü üzerinde boşluğun hazırlanması

Resim 3b: Anterior bölgede boşluk hazırlanan ölçünün ağza tekrar yerleştirilmesi

Resim 4: Tamamlanan üst çene ölçüsü.



Resim 5: Alt bölümlü protezin Asetal yapıdaki tutucuları



Resim 7: Bitirilen üst total ve alt bölümlü protezin son görüntüsü

TARTIŞMA

Üst çenede tam protez, alt çenede ise çift taraflı serbest sonlanan hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda görülen ve Kelly¹³ tarafından kombinasyon sendromu olarak adlandırılan oral değişiklikler ve bunlara Saunders ve arkadaşları⁷ tarafından ilave edilen diğer semptomlar birbirleriyle bağlantılıdır.

Alt çenede iki taraflı serbest sonlanan hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda kaide plakları altında oluşan, yaygın kemik rezorpsiyonu sıklıkla görülmektedir.^{7,13} Alt çene arka bölgesindeki doku desteği kaybolduğunda arka bölgedeki oklüzal kuvvetler azalırken, ön bölgede ise artar.¹³ Oklüzyon dikey boyutundaki azalmaya bağlı olarak, oklüzal düzlemde arkaya doğru alçalma görülür.^{7,13} Kemik

rezorpsiyonları sonucu üst protez ön bölgede öne ve yukarı, arka bölgede ise aşağı doğru hareket eder.¹³

Alt çenede protez kullanmayan hastalarda ise aşırı fonksiyonel ve parafonksiyonel kuvvetler oluşur. Ön bölgede oluşan prematür oklüzal kontaklar, ağızda, sert ve yumuşak dokularda belirgin değişiklikler meydana gelmesine sebep olabilmektedir.²⁰⁻²² Oluşan mesnetsiz kretler protez için desteklik niteliklerini kaybederler. Fibröz kret olan vakalarda, hareketli dokuların durumu dikkate alınmadan yapılan protezlerde görülen yaygın şikayet protezin stabilitesindeki eksikliklerdir.¹⁸

Üst tam ve alt Kennedy I. Sınıf protez vakalarında tedavi planlaması yapılırken kombinasyon sendromunu oluşturan oral değişikliklerin ortaya çıkma riski göz önünde tutulmalıdır. Kombinasyon sendromunun önlenmesinde, üst tam protezdeki ön grup dişlerin sadece estetik ve fonetik amaçlarla kullanılarak, üst ön bölgede oluşabilecek aşırı oklüzal basınçların oluşumunun engellenmesi temel tedavi yaklaşımı olmalıdır.⁷ Thiel ve arkadaşları²³ kombinasyon sendromunun oluşmasının önlenmesinde ön- arka oklüzal stabilitenin sağlanmasının önemini vurgulamışlar ve tedavi planlamasında üst çenede overdenture uygulanarak kemik rezorpsiyonunun minimale indirilebileceğini bildirmişlerdir. Schmitt²⁴ alt çeneye distal uzantılı bölümlü protez hazırlandıktan sonra, fonsiyonel oklüzal hareket yolları tekniği (Fonctionally generated path) uygulanarak üst tam protezin hazırlanmasının kombinasyon sendromunun önlenmesinde uygun tedavi yaklaşımı olduğunu belirtmiştir.

Rudd ve Morrow³ ile Koper⁴ da alt doğal dişlere karşı hazırlanan üst tam protezlerin yapımında fonsiyonel oklüzal hareket yolları tekniğinin uygulanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Dişsiz üst çeneye karşı sadece ön bölgede dişlerin olduğu alt çene olgularının protetik rehabilitasyonu, alt-üst total protez yapımı veya alt-üst bölümlü protez yapımına göre daha zor ve yapım sırasında hareketli protezlerin yapım kurallarının yanı sıra farklı kurallara da uyularak yapılması gereken protezlerdir. Yukarıda da anlatılan bu kurallara uyulmamasının kaçınılmaz sorunları da beraberinde getireceği unutulmamalıdır. Günümüzde ise bütün bu problemler, hastanın anatomik ve maddi koşulları da göz önüne alınarak implant destekli protezlerin yapılmasıyla oldukça azaltılabilir.

Üst tam protez, alt çift taraflı bölümlü protez kullanan hastalarda ortaya çıkan kombinasyon sendromunu oluşturan alveoler değişikliklerin asgariye indirilmesi için tedavi planlanması yapılırken gerekli önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heartwell CM, Rahn AO. Syllabus of complete dentures. 3 nd ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1980: 471-81.
2. Hickey JC, Zarb GA. Boucher's Prosthodontic treatment for edentulous patients. 8 th ed. Th CV Mosby Company, St. Louis, 1980; 530-7.
3. Rudd KD, Morrow RM. Occlusion and single dentures. J Prosthet Dent 1973; 30(2): 4-10.
4. Koper A. The maxillary complete dentures opposing natural teeth: Problems and solutions. J Prosthet Dent 1987; 57 (6): 704-7.
5. The Glossary of Prosthodontic Terms. J Prosthet Dent 2005; 94(1): 10-92.
6. Sönmez NS, Gül EB, Nalbant D. Yaşlı Hastaların Protetik Yönden Değerlendirilmesi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2006;Suppl: 45-52.
7. Saunders TR, Gillis RE, Jr., Desjardins RP. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. J Prosthet Dent 1979;41(2):124-8.
8. Ellinger CW, Rayson CH, Henderson D. Single complete dentures. J Prosthet Dent 1971;26(1):4-10.
9. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J Prosthet Dent 2003(3);90:213-19.
10. Palmqvist S, Carlsson GE, Owall B. The combination syndrome: a literature review. J Prosthet Dent 2003;90(3):270-5.
11. Tolstunov L. Management of biomechanical complication of implant-supported restoration of a patient with combination syndrome: a case report. J Oral Maxillofac Surg 2009;67(1):178-88.
12. Çalikkocaoğlu S. Tam Protezler. 4 ed.; 2004. p. 743-754.
13. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J Prosthet Dent 1972;27(2):140-50.



14. Lechner SK, Mammen A. Combination syndrome in relation to osseointegrated implant-supported overdentures: a survey. *Int J Prosthodont* 1996;9(1):58-64.
15. Keltjens HM, Kayser AF, Hertel R, Battistuzzi PG. Distal extension removable partial dentures supported by implants and residual teeth: considerations and case reports. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8(2):208-13.
16. Tolstunov L. Combination syndrome: classification and case report. *J Oral Implantol* 2007;33(3):139-51.
17. Tan KM, Singer MT, Masri R, Driscoll CF. Modified fluid wax impression for a severely resorbed edentulous mandibular ridge. *J Prosthet Dent* 2009;101(4):279-82.
18. Ayyıldız S, Erenel G, Sipahi C. Mesnetsiz kreterlerde alternatif bir ölçü yöntemi: olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010;52:134-6.
19. Çalikkocaoğlu S. Tam Protezler. İstanbul, 1998: 160-4.
20. Güldağ MÜ, Yanıkoğlu N, Duymuş Yeşil Z, Denizoğlu S. Üst Tam Protez Kullanan Hastalarda Kombinasyon Sendromunun Görülme Sıklığı. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 1999;9(1):53-6.
21. Schmitt MS. Combination sendrome: A treatment approach. *J Prosthet Dent* 1985; 54(5): 664-71.
22. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972;27(2):120-32.
23. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: a clinical report. *J Prosthet Dent* 1996 75(2):107-24. Schmitt M. Combination syndrome: A treatment approach. *J Prosthet Dent* 1985;54(5):667-71.
24. Schmitt M. Combination syndrome: A treatment approach. *J Prosthet Dent* 1985;54(5):667-71

Yazışma Adresi

Prof. Dr. Zeynep YEŞİL DUYMUŞ
Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi
Erzurum
Tel: 04422311781
E-mail: zyesil@hotmail.com

