

KISMİ MAKSİLLEKTOMİ YAPILMIŞ HASTAYA DEFEKT PROTEZİ UYGULANMASI (Olgu Bildirimi)

Prof.Dr.Lütfü İhsan ALADAĞ*

Dt. Rabia KAVRUT**

THE DEFECT PROTHESIS FOR A PARTIAL MAXILLECTOMY PATIENT

SUMMARY

ÖZET

Bu yazıda önceden üst çenesinin büyük bir kısmı alınarak cerrahi ve geçici obturator uygulanmış bir hastaya daimi obturator yapılmıştır.Bu obturatorun hastaya kazandırdığı faydaları ve kullanım rahatlığı açıklanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sonradan kazanılmış maksiller defektler,Obturatorlar

In this study a permanent obturator was applied to a patient to whom both surgical and temporary obturator were applied by removing the majority of his maxilla formerly.In addition the advantages and comforts that obturator provided to the patient were mentioned.

Key Words:Acquired maxillary defects,obturator

GİRİŞ

Üst çene defektlerini ortaya çıkartan nedenlerin başında travmalar,konjenital malformasyonlar,ağır enfeksiyon hastalıkları,benign ve malign tümörler ile radyasyon nekrozu gelmektedir.^{5,6,13}

Sonradan kazanılmış üst çene defektleri olan hastalarda konuşma, yutkunma, ağız ve burun boşluklarının birbirine karışması, estetik görünümün kötüleşmesi ve psikolojik çöküntü gibi birtakım sorunlarda birlikte görülür.^{8,11,12}

Malign bir tümörün cerrahi rezeksiyonu sonucu üst çenede sert damak,yumuşak damak, burun kaidesine doğru sinüs boşlukların büyük bir kısmı ile göz tabanına kadar oluşacak bir defekt sahası oluşur. Böyle bir defektin oluşturduğu boşluk cerrahi işlemden sonra gelişen tedavi

yöntemleri ile boş bırakılmamaktadır. Protetik yönden cerrahi ya da geçici bir obturator protezi ile kapatılmaktadır. Bu durumda hasta cerrahi işlemin hemen ardında protetik olarak birtakım avantajlara kavuşmuş olur. Bunların başında obturator yarayı bir tampon gibi kapatır, enfekte olmasını önler, hastanın konuşma ve yutkunmasını normalleştirir. Cerrahi işlemin psikolojik etkisini azaltır.^{4,10,12}

Ancak belirli bir süre sonra yaranın iyileşmesi sonucu obturatorun dokularla uyumu bozulur. Bu durumu gidermek için obturatore birtakım ilaveler yapılarak geçici de olsa dokularla uyumu tekrar sağlanır. Yaranın tam iyileşmesi ve cerrahi sahanın boyutsal olarak stabil bir duruma geldikten sonra daimi bir obturatorla mutlaka değiştirilmesi gerekir.^{9,11,13}

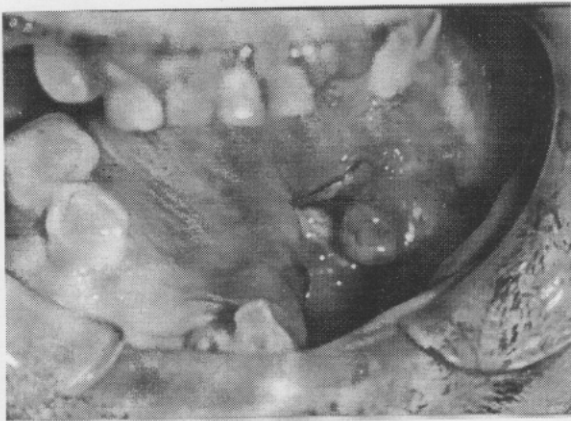
* Atatürk Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

** Atatürk Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Arş.Görevlisi

Bu çalışmamızın amacı cerrahi operasyonun üzerinde uzun süre geçtiği halde hastanın halen geçici obturatorunu kullandığı, gerekli olan bir takım oral fonksiyonlarını yerine getirmekte zorlandığını bildirmesi üzerine bir daimi obturator yapılması uygun görülmüştür.

OLGU TAKTİMİ

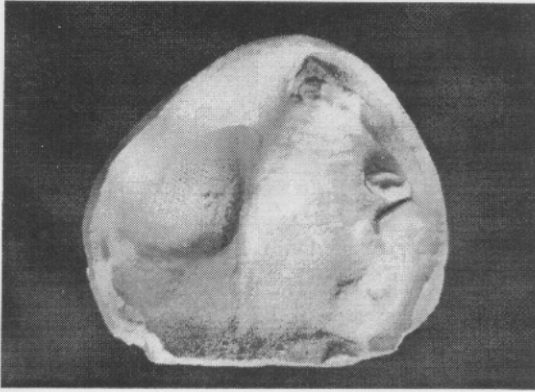
9.5.2002 tarihinde kliniğimize müracaat eden H.C. isimli 77 yaşında erkek bir hastanın şikayetleri üzerine alınan anemnezinde; 2 yıl önce üst çenesinin sağ tarafında adenoid kistik karsinoma teşhisi ile cerrahi tedavisi yapılmıştır. Yapılan klinik incelemede hastanın üst çenesi orta hattan itibaren sert damak göz tabanına kadar rezeksiyon edilmiş (Resim 1). Daha sonra defekt içi ve defekt dışı sahaların radyolojik görüntülemesi alındı. Her hangi bir patolojik duruma rastlanmadı. Gözle yapılan muayenede, defekt içi yara sahasının tamamen iyileştiği, defekt dışı sahalardan mevcut dişler, alveol kretleri ve sert damak kalınlığı normaldi. Hastaya yumuşak damak seviyesinde her hangi bir cerrahi müdahale yapılmamıştı.



Resim 1: Üst çene rezeksiyon bölgesinin ağız içi görüntüsü.

Yalnız önde sol santral ve lateral dişlerin kuronları aşırı derecede abreze olmuştu. Bu dişler sağlam olduğundan diş üstü protezi için bırakıldı.

Hastanın defekt nedeniyle alt çene eklemde oluşan fonksiyonsuzluktan dolayı çenesini çok sınırlı hareket ettirdiği görüldü. Hastaya cerrahi müdahaleden sonra geçici bir protez yapılmış. Ancak hasta bu protezini kullanmakta zorluk çektiğini, gıdaları çiğneyemediğini ve konuşmayı düzgün yapamadığını söyledi. Burun sekresyonunun ağız boşluğuna karıştığını bu durumun kendisini rahatsız ettiğini bildirdi. Hastanın alt çenesinde de yalnız ön grup dişlerinin olduğu bu çeneye de parsiyel protez yapımı uygun görüldü. Hastanın bu şikayetleri üzerine, daimi bir obturator yapım endikasyonu konuldu. Hasta ölçü için hazırlandı. Derin defekt kısmına ölçü maddesinin kaçmaması için vazelinli gazlı bezle tampon yapıldı. Daha sonra hastanın alginatla ölçüsü alındı ve alçı model elde edildi (Resim 2). Özel ölçü kaşığı hazırlandı. Kaşığın defekt sınırları ve diğer normal protez sınırları tespit edildi. Elastomerik ölçü maddesi ile ikinci ölçü alındı. Mumlu kaideli plaklar hazırlanarak hastanın kapanışı alındı. Diş dizimi ve provası yapıldı. Bilinen usullerle protez akriliğe dönüştürüldü. Gereken tesfiye ve ciladan sonra protezler hastaya takıldı (Resim 3). Kullanması için gereken önerilerde bulunuldu. Kontrol için hasta tekrar çağırıldı.



Resim 2: Üst çene defekt bölgesinden elde edilen alçı model.



Resim 3: Hastaya takılan defekt protezinin görüntüsü

TARTIŞMA VE SONUÇ

Maksillektomi yapılmış hastalara cerrahi operasyonun hemen ardından bir obtüratör protezi yapılması hastanın tedavisinde etkin rol oynar. Ancak cerrahi sahanın ilk 1 yıl içinde doku seviyesinde iyileşmeye bağlı olarak çok değiştiği gözlenmiştir. Bu gibi vakalara yapılan geçici defekt protezleri zamanla yaranın iyileşmesi sonucu dokularla uyumunu kaybeder.

Bu durumda protezin dokulara adaptasyonunu yeniden kazandırılması için bir takım ek ilaveler yapılır. Bu ilaveler ile protezin ağırlığı artar, oklüzyon uyumu bozulur, retansiyon ve stabilitesinde dengesizlik olur. Hasta konuşmakta, yutkunmakta ve gıdaları çiğnemekte zorluk çeker.^{3,4,7}

Nitekim tedavi ettiğimiz hastada aynı tip şikayetlerle kliniğimize başvurmuştur. İki yıl önce ameliyat geçirdiğini bildirmiştir. Bizde üst çene rezeksiyonu uygulanan hastalara ileri bir devrede daimi obtüratör yapılması düşüncesi ile hastamıza bir obtüratör protezi yaptık. Hastamızın defekt sahasının boyutsal olarak stabil olması, yara yerlerinin tam iyileşmesi bizim için büyük bir avantajdı.

Yapılan çalışmalara göre üst çenede sonradan kazanılan defektlerin ortaya çıkardığı kötü durumları gidermek için bir takım protetik uygulamalar yapılmıştır. Bu uygulamalar ile hastalar kısmen de olsa eski sağlığına kavuşturulmuştur.^{1,4,9} Biz de yaptığımız protetik uygulamada, defekt sahası göz önüne alınarak obtüratörün defekte doğru çıkıntısı içi boş bulb şeklinde hazırlanmıştır. Hastanın konuşmasında ağız ve burun rezonansı düzeltilmiştir. Obtüratörün defekt içindeki rotasyonel hareketlerini aza indirmek ve tutuculuğunu sağlamak için dokuların net ölçüsü alınmıştır.^{2,11,13} Hastamızın alt çenesine serbest sonlu bir parsiyel protez yapılarak okluzal kontakt elde edilmiştir. Defekt dışı sahalardan azami şekilde yararlanılmıştır. Ayrıca stabiliteyi artırıcı destek sahalara obtüratörle iyi bir şekilde uyumlandırılmıştır. Kapanışta sentrik ve eksentrik çene hareketleri sırasında okluzal ilişkiler gözlenmiştir. Erken okluzal temas noktaları giderilmiştir. Diş üstü yaptığımız obtüratörün dokulara doğru

desteğini artırarak hastanın gıdaları rahatlıkla çiğnemesine yardımcı olunmuştur.

Sonuç olarak; sonradan kazanılan bir defektin protetik olarak giderilmesinde hastaya fonksiyonel, estetik ve psikolojik gibi bir takım avantajlar sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Aladağ L İ. Çene yüz protezleri Ders Notları 1998.
2. Aras E. Üst çene rezeksiyonları sonrası uygulanan protetik tedavilerde başarıyı artıran yöntemler.Bölüm 2 Kalıcı obtüratör yapım teknikleri. E.Ü Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 1989,10(2),17-19.
3. Aslan Y. Sert damak defektlerinin protetik rehabilitasyonu.Hac.Üniv.Dişhekimliği Fak. Dergisi 1992, 16(1-4), 120-122.
4. Beumer J, Curtis TA, Firtell DN. Maxillofacial rehabilitation, Prosthodontic and surgical consideration. The CV Mosby Co., ST. Louis,1979,188-243.
5. Bulbilian AH. Facial prosthetics, springfield, 3 Charles C Thomas, 1973.
6. Chalian VA, Drane JB & Standish SM. Maxillofacial Prosthetics. Multidisciplinary Practise, The Williams & Wilkins Co.,Baltimore,1971,133-148.
7. Desjardins RP. Obturator prothesis design for acquired maxillary defects J.Prosthet Dent 39(+):424-435, 1978.
8. Desjardins R. Early rehabilitative managemant of the maxillectomy patients. J Prosthet Dent, 38:311,1977.
9. Hasanreisioğlu U, Gürbüz A.. Üst çene rezeksiyonlarında uygulanan protezler. A Ü Dişhek Fak Derg 11(2-3): 111-127,1984.
10. Javid N and Dadmanesh J. Obturator design for hemimaxillectomy patients. J Prosthet Dent, 36:77,1976.
11. Keyf F. Obturator protheses for hemimaxillectomy patients. Journal of oral rehabilitation 28:821-829, 2001.
12. Keskin H,Özdemir T. Çene yüz protezleri dişhekimliği yayınları. İstanbul, No:86 s:57,1995.
13. Rahn AO, Boucher IJ. Maxillofacial prosthetics principlesand concepts. WB Saunders comps, Toronto, 1970.

Yazışma Adresi

Dt. Rabia KAVRUT

Atatürk Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

ERZURUM