

## ÜST TAM PROTEZ KULLANAN HASTALARDA KOMBİNASYON SENDROMUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI\*

Prof. Dr.M.Üstün GÜLDAĞ\*\*  
Doç. Dr. Zeynep DUYMUŞ YEŞİL\*\*

Doç. Dr. Nuran YANIKOĞLU\*\*,  
Arş. Gör. Dr. Saip DENİZÖĞLU\*\*\*

### PREVALENCE OF THE COMBINATION SYNDROME AMONG MAXILLARY COMPLETE DENTURE WEARERS

#### ÖZET

Çenelerden biri tamamen dişsiz, diğer çenede ise doğal dişlerinin hepsi veya bir kısmı bulunan hastaların sayısı oldukça fazladır. Bu tür klinik durumlarda her vaka için teşhis ve tedavi planı farklılıklar göstermektedir.

Üst çenede tam protez ve alt çenede iki taraflı serbest sonlanan bölümlü protez kullanan vakalarda özel bazı ağız içi değişiklikler görülmektedir. Bu hastalarda aşırı anterior oklüzal temaslara bağlı olarak ağız içindeki sert ve yumuşak dokularda değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu vakalarda görülen beş değişikliği 1972 yılında Kelly bir grup altında toplamış ve Kombinasyon sendromu adını vermiştir.

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Kliniğine başvuran ve üst tam protez kullanan 88 hastada Kombinasyon sendromunun görülme sıklığı incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kombinasyon Sendromu, Tek Tam Protez, Alveoler Kret Değişikliği .

#### SUMMARY

Completely edentulous maxillae opposing partially edentulous mandibles are common situations.

Specific oral destructive changes are often seen in patients with a maxillary complete denture and a mandibular bilateral distal extension partial denture. Premature anterior occlusal contact cause extensive intraoral hard and soft tissue damage. In 1972 Kelly described five destructive changes that occur in these patients and called these changes the combination syndrome. In addition to these five changes, Saunders et al. noted six other associated changes that may also occur.

In this study, the prevalence of symptoms associated with combination syndrome were examined in 88 maxillary complete denture wearers.

**Key Words:** Combination Syndrome, Single Complete dentures, Alveoler ridge changes.

#### GİRİŞ

Çenelerden biri tamamen dişsiz, diğerinde ise doğal dişlerinin tamamı veya bir kısmı bulunan vakaların sayısı oldukça fazladır. Tek tam protezlerin karşısındaki çenede tümüyle doğal dişler, sabit protezler veya hareketli bölümlü protez bulunabilmektedir.<sup>1</sup> Bu vakaların tedavisinde çeşitli klinik sorunlar ortaya çıkmaktadır.<sup>2,5</sup> Bu hastalarda rahatlık, tutuculuk, fonksiyon ve estetiğin sağlanması çoğu zaman güç olmaktadır.<sup>4</sup>

Üst tam proteze karşı alt bölümlü protez kullanan hastalara klinikte sıklıkla rastlanmaktadır. Bu vakalarda alt çenede çoğunlukla sadece anterior dişler bulunmaktadır.<sup>5,8</sup>

Üst tam proteze karşı alt Kennedy I bölümlü protez kullanan vakalarda çoğunlukla anterior prematür oklüzal kontaklar oluşmakta ve bu nedenle ağızda sert ve yumuşak dokularda belirgin değişiklikler meydana gelmektedir.<sup>3,9</sup>

Kelly<sup>3</sup> 1972 yılında üst çenede tam protez alt çenede ise distal uzantılı hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda spesifik olarak görülen değişiklikleri "Kombinasyon sendromu" adı altında toplamıştır. Kelly<sup>3</sup> tarafından belirtilen bu beş değişiklik şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1- Üst çene alveol kretinin ön bölgesinde kemik kaybı
- 2- Tüberlerin aşırı büyümesi
- 3- Sert damakta papiller hiperplazi
- 4- Alt anterior dişlerde yükselme (extrusion)
- 5- Alt çene bölümlü protez kaide plağı altında kemik kaybı

Kelly<sup>3</sup> kombinasyon sendromunu oluşturan bu faktörler arasında anahtar faktörün, maksiller anterior bölgedeki erken kemik kaybı olduğunu belirtmekte ve bununla orantılı olarak da diğer değişikliklerin ortaya çıktığını ifade etmektedir.

\*Türk Prostodonti ve İmplantoloji Derneği 10. Bilimsel Kongresi, Protez Akademisi ve Gnatoloji Derneği 3. Bilimsel Kongresi'nde Tebliğ Edilmiştir (23-27 Eylül 1998, Kapadokya).

\*\* Atatürk Üniv. Dış Hek. Fak. Protetik Diş Tedavisi. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

\*\*\* Atatürk Üniv. Dış Hek. Fak. Protetik Diş Tedavisi. Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr.

Daha sonra 1979 yılında Saunders ve arkadaşları<sup>6</sup> tarafından bu değişikliklere şu faktörler ilave edilmiştir.

- 1- Oklüzyon dikey boyutunda kayıp
- 2- Oklüzal düzlemde düzensizlik
- 3- Mandibulanın öne doğru yer değiştirerek konumlanması

4- Protezlerin uyumunun zayıflaması

5- Epulis fissuratum

6- Periodontal değişiklikler

Saunders ve arkadaşları<sup>6</sup> alt çene anterior dişleri bulunan ve üst tam protez kullanan hastalarda kaçınılmaz bir şekilde kombinasyon sendromunun ortaya çıkacağını belirtmişlerdir.

Bu nedenle alt çenede distal uzantı bölgesinde hazırlanacak hareketli bölümlü protezin uygun şekilde planlanmasının önemini vurgulamışlardır.

Bu çalışma üst tam protez kullanan hastalarda kombinasyon sendromunun yaygınlığını incelemek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız üst tam protez kullanan 88 hastada yapılmıştır.

Oral ve fasyal sert ve yumuşak doku incelemelerinin sonuçları, hazırlanan araştırma formunda kaydedilmiştir. Bu inceleme sırasında; kombinasyon sendromunun klinik semptomlarının bulunup bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların oklüzal şeması ve hareketli protez kullanıp kullanmadığı saptanmıştır.

## BULGULAR

Tablo I' de araştırmada incelenen hastalarda alt çeneye ait oklüzal şema dağılımı görülmektedir.

Hastaların hepsi üst tam protez kullanmaktadır. I. gruptaki hastaların 22'sini (%25) alt-üst tam protez kullananlar oluşturmaktadır. İkinci gruptaki 22 hasta (%25) ise alt-üst tam protez kullanan ancak daha önce üst tam, alt bölümlü protez kullanmış olanlardır. III. gruptaki iki hastanın (%2.3) alt çenede bilateral molar dişleri, IV. gruptaki yedi hastanın ise (% 8) alt çenede unilateral molar dişleri mevcuttur. V. gruptaki 35 hasta (%39,7) alt Kenndy I. sınıf dişsizlik gösteren vakalardan oluşmaktadır.

Tablo II' de Kelly<sup>3</sup> ile Saunders ve arkadaşları<sup>6</sup> tarafından belirtilen ve kombinasyon sendromunu oluşturan klinik semptomların görüldüğü hastaların gruplara göre dağılımı görülmektedir.

Tablo III' de kombinasyon sendromunu oluşturan alveoler kret değişiklikleri gösteren ve

en az beş, dört ve üç semptom saptanan hastaların gruplara göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi en az beş semptom II. gruptaki bir hastada saptanmıştır. Ancak önemli oranda hastalarda dört ve üç semptom belirlenmiştir.

Tablo I. Hastalarda alt çenede oklüzal şema dağılımı

Grup	Mandibular oklüzal şema	Hasta sayısı	Toplam %
I	Alt-üst tam protez kullanan hastalar	22	25
II	Alt-üst tam protez (Daha önce üst tam-alt bölümlü protez) kullanan hastalar	22	25
III	İki taraflı molar dişlerin bulunduğu vakalar	2	2.3
IV	Tek taraflı molar dişlerin bulunduğu vakalar	7	8
V	İki taraflı serbest sonlanan vakalar	35	39.7

Tablo II. Semptomların hasta sayısına göre dağılımı

Semptomlar	I	II	III		IV		V	
			HBP'li	HBP'siz	HBP'li	HBP'siz	HBP'li	HBP'siz
Maksiller ant. kemik kaybı	3	6	-	-	3	-	6	-
Mandibular post.kem.kayıbı	12	14	-	-	1	-	9	8
Maksiller alveol. kret eğilmesi	8	9	-	-	2	-	11	6
Tüber büyümesi	11	13	1	-	1	-	12	5
Maksiller ant. hipermobil kret	2	6	-	-	4	-	4	1
Alt ant.dento-alveol.ekstr.	-	3	1	-	4	-	13	10
Kısa yüz görünümü	4	6	1	1	4	-	9	9
Papiller hiperplazi	3	3	-	-	2	-	2	-
Epulis fissuratum	1	3	-	-	-	-	1	-
Periodontal hastahklar	1	4	1	-	3	-	15	9

HBP: Hareketli Bölümlü Protez

Tablo III. En az beş semptom görülen hastalarla daha az semptomların belirlendiği hastaların dağılımı.

Semptomların sayısı	Grup	Hasta sayısı	Her grup için % oranı
En az 5 semptom	II	1	4.5
4 semptom	IV (HBP'li)	2	28.5
	V (HBP'li)	1	4.5
3 semptom	I	4	18.0
	II	3	13.6
	IV (HBP'li)	2	28.5
	V (HBP'li)	3	13.6
	V (HBP'siz)	2	15.3

HBP: Hareketli Bölümlü Protez

## TARTIŞMA

Üst çenede tam protez, alt çenede ise bilateral distal uzantılı hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda görülen ve Kelly<sup>3</sup> tarafından kombinasyon sendromu olarak adlandırılan oral değişiklikler ve bunlara Saunders ve arkadaşları<sup>6</sup> tarafından ilave edilen diğer semptomlar birbirleriyle bağlantılıdır.

Alt çenede iki taraflı serbest sonlanan kaideler altında yaygın kemik rezorpsiyonu sıklıkla görülmektedir.<sup>3, 6</sup> Bu durum yavaş geliştiği için hastalar sorunun farkına varmazlar ve diğer semptomlar ortaya çıkıncaya kadar da dişhekimine başvurmazlar.<sup>6</sup>

Mandibular posterior bölgede doku desteğinin kaybı sonucunda oklüzal kuvvetler arkada giderek azalır, önde ise artar.<sup>6</sup> Alt çenede protez kullanmayan hastalarda da sadece ön dişlerle fonksiyon yapıldığı için bu bölgede aşırı fonksiyonel ve parafonksiyonel kuvvetler oluşur.<sup>10</sup> Ön bölgede artmış olan bu basınç, üst çenede anterior bölgede alveol kretinde rezorpsiyona neden olmakta ve sonuçta hareketli bir yumuşak doku desteği ortaya çıkmaktadır.<sup>3, 6</sup>

Bu rezorpsiyon değişiklikleri oluşurken oklüzyon dikey boyutunda azalma ve oklüzal düzlemde arkaya doğru alçalma ortaya çıkar.<sup>3, 6</sup> Kemik rezorpsiyonları sonucu üst protez anteriora öne ve yukarı, posteriora ise aşağı doğru hareket eder. Buna bağlı olarak üst labial kenar bölgesinde epulis fissuratum oluşabilir. Aynı zamanda tüberler bölgesinde fibröz dokuda aşırı büyüme görülür.<sup>3, 6, 10</sup>

Oklüzal düzlemdeki değişme sonucu alt anterior dişlerde yükselme ve bunun yanında periodontal değişiklikler ortaya çıkar.<sup>3, 6</sup>

Protezin uyumunun bozulması sonucunda üst çenede palatinal bölgede inflamatuvar papiller hiperplazi gelişir.<sup>3, 6, 10</sup>

Shen ve Gongloff<sup>9</sup> tarafından yapılan bir çalışmada kombinasyon sendromunun protez kullanan hastalarda dağılımı incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların % 7'sinde kombinasyon sendromunu oluşturan alveoler kret değişikliklerinden en az beş semptom saptandığını belirtmişlerdir.

Saygılı ve Diren<sup>7</sup> tarafından 110 hastada yapılan çalışmada ise en az beş alveoler kret değişikliği gösteren vakaların tüm hastaların % 10'unu oluşturduğu tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise bir hastada asgari beş değişiklik tespit edilmiştir. Ancak tablo III'de görüldüğü gibi üç hastada (%3.5) dört semptomun 14 hastada (%15.9) ise üç semptomun bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık % 20'sinde üç ve dört semptomun saptanması bu hastalarda da kombinasyon sendromu oluşma riskinin bulunduğunu göstermektedir.

Üst tam ve alt Kennedy I. sınıf protez vakalarında tedavi planlamasında kombinasyon sendromunu oluşturan oral değişikliklerin ortaya çıkma riski gözönünde tutulmalıdır.<sup>6</sup>

Saunders ve arkadaşlarına<sup>6</sup> göre bu tedavi sırasında temel amaç, gerek sentrik gerekse eksentrik oklüzal temaslar sırasında üst ön bölgedeki aşırı oklüzal basınçları en uygun şekilde azaltabilen oklüzal şemanın sağlanmasıdır. Sentrik pozisyonda anterior dişlerde insizal temas olmamalı, üst tam protezin ön dişleri sadece estetik ve fonetik amaçlarla kullanılmalıdır.<sup>6</sup> Arka dişlerde ise balanslı bir oklüzyon sağlanmalıdır.

Thiel ve arkadaşları<sup>10</sup> kombinasyon sendromunun oluşmasının önlenmesinde anterior-posterior oklüzal stabilitenin sağlanmasının önemli bir faktör olduğunu belirtmektedirler. Bunun yanında tedavi planlamasında üst çenede overdenture uygulamasının muhtemel kemik rezorpsiyonunu minimale indireceğini ifade etmektedirler.

Schmitt<sup>8</sup> kombinasyon sendromunu oluşturan destrüktif değişikliklerin asgariye indirilebilmesi için önerdiği tedavi planında önce alt distal uzantılı bölümlü protezin hazırlanmasını, daha sonra fonksiyonel oklüzal hareket yolları tekniği (Functionally generated path) uygulanarak üst tam protezin hazırlanmasının uygun olduğunu belirtmektedir. Schmit'e<sup>8</sup> göre üst anterior dişler

akrilikten, posterior dişlerin oklüzal yüzeyleri altın döküm olarak hazırlanmalıdır.

Rudd ve Morrow<sup>5</sup> ile Koper<sup>4</sup> de alt doğal dişlere karşıt hazırlanan üst tam protezlerin yapımında fonksiyonel oklüzal hareket yolları tekniğinin uygulanmasını önermektedirler.

Kelly<sup>3</sup> tedavi planlamasında alt çenede posterior dişlerin mümkün olduğu kadar korunarak, üst tam alt distal uzantılı protez kombinasyonunun oluşmasının önlenmesi gerektiğini vurgulamıştır.

## SONUÇ

Üst tam protez, alt bilateral distal uzantılı bölümlü protez kullanan hastalarda ortaya çıkan kombinasyon sendromunu oluşturan alveoler değişikliklerin asgariye indirilmesi için tedavi planlamasında gerekli önlemler alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Heartwell CM, Rahn AO. Syllabus of Complete Dentures. 3 nd ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1980: 471-481.
2. Hickey JC, Zarb GA. Boucher's Prosthodontic treatment for edentulous patients. 8 th ed. The CV mosby Company, St. Louis, 1980: 530-37.

3. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J Prosthet Dent 1972; 27 (2): 140-50.

4. Koper A. The maxillary complete dentures opposing natural teeth: Problems and solutions. J Prosthet Dent 1987; 57 (6): 704-7.

5. Rudd KD, Morrow RM. Occlusion and single dentures. J Prosthet Dent 1973; 30 (2): 4-10.

6. Saunders TR, Gillis RE, Desjardins RP. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment consideration. J Prosthet Dent 1979; 41(2) : 124-8.

7. Saygılı G, Diren AÜ. Üst tam protez kullanan hastalarda kombinasyon sendromu yaygınlığı. Doğa 1992; 16: 637-642.

8. Schmitt MS. Combination syndrome: A treatment approach. J Prosthet Dent 1985; 54 (5): 664-71.

9. Shen K, Gongloff RK. Prevalence of the "Combination syndrome" among denture patients. J Prosthet Dent 1989; 62 (6): 642-44.

10. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supported overdenture: A clinical report J Prosthet Dent 1996; 75 (2): 107-13.