

**DIŞLI AĞIZDA NASOPHARYNX DEFEKTİNİN RESTORASYONU
OLGU BİLDİRİMİ****RESTORATION OF NASOPHARYNX DEFECT IN DENTOLUS PATIENT
CASE REPORT****HÜSEYİN YAZICIOĞLU*, SUAT YALUĞ*****ÖZET**

Yumuşak damak defektlerinde, palatopharyngeal bütünlüğün bozulmasına neden olan etkenler; yarık damak gibi konjenital malformasyonlar, kısa, sert ya da yumuşak damak gibi gelişimsel defektler ve kazanılmış nörolojik defekt ya da neoplastik hastalık sonucu yapılan cerrahi rezeksiyonlardır. Bazı hastalarda palatopharyngeal fonksiyon bozuklukları cerrahi yöntemlerle düzeltilebilir, fakat düzeltilemediği vakalarda obturatör yapımı gerekebilir. Yumuşak damak obturatörleri, konjenital veya kazanılmış yumuşak damak defektli hastalarda konuşma ve yutkunma sırasında nasopharynx ile oropharynx'i ayırmak için kullanılan apareylerdir. Bölümlü ya da tam protezlerden oluşan parça ile pelot adı verilen pharyngeal kısmını içerirler. Bu makalede hastanın yumuşak damak anomalisini restore etmekte kullanılan obturatör anlatılacaktır.

Anahtar kelimeler : Yumuşak damak obturatörleri, konuşma protezleri

SUMMARY

In congenital malformations, palatopharyngeal changes may occur as a result of short formed hard or soft palate or surgically resected tumors due to development deficiencies. In some patients, palatopharyngeal function defaults may be managed by surgical methods, but in some situations which can not be treated, obturator construction may be necessary. Soft palate obturators are used to separate nasopharynx and oropharynx, during speech and swallowing in congenital or acquired soft palate defect patients. They are made of two parts: total or partial prostheses and a pharyngeal extension, called pelot. In this article, obturator, used to restore soft palate anomalies will be described.

Key words : Soft palate obturators, speech aid prosthesis

* Doç. Dr. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Prostodontik terimler sözlüğüne göre palatopharyngeal kapanış, yumuşak damağın superiora, lateral pharyngeal duvarın mediale ve posterior pharyngeal duvarın anteriora eş zamanda hareketleri ile, oral ve nazal kaviteğin arasını örten sfinkterik bir harekettir. Bu kapanış, konuşma ve yutkunma sırasında oluşur. Bununla birlikte palatopharyngeal kısmın tamamen örtülmesi ağızdan solunum, nazal olmayan seslerin oluşması, yutkunma, üfleme, emme ve ısıklık çalma gibi diğer oral aktivitelerin gerçekleşmesi için gereklidir. Palatopharyngeal yapıyı oluşturan kaslar: M. Constrictor pharyngeus superior, M. Levator veli palatini, M. Tensor veli palatini, M. Pala-

toglossus, M. Palatopharyngeus, M. Salpingopharyngeus, M. Uvulae'dir. M. Uvulae da konuşma sırasında palatopharyngeal kapanışa katkıda bulunur. Bu kasın eksikliği ya da hipoplazisi, fonksiyon sırasında yumuşak damağın orta üçlüsünde V şeklinde çentik oluşturur, bu da yumuşak damağın posterior pharyngeal duvarla temasını önler^{4,5,6,8,9,12}.

Yumuşak damak obturatörleri, bu defektler sonucunda oluşan fonksiyonsuzluk atrofisini azaltır, devamlı stimülasyon ile palatopharyngeal fonksiyonu artırır, yine stimülasyon ve konuşma egzersizleri ile nöromusküler cevabı artırır, çiğneme ve dil hareketlerini geliştirerek dilin yeniden konumlandırılmasına yardımcı olurlar^{3,15}.

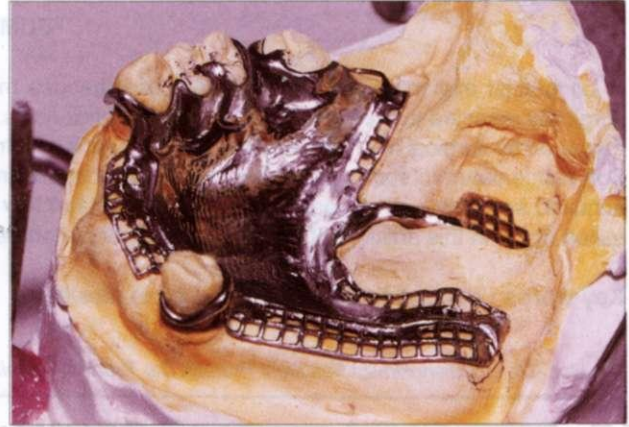
Anlaşılabilir olmaları için ünsüz seslerin (P,B,T,D,K, gibi patlamalı ünsüzler ile S,Z,F,V, gibi sızmalı ünsüzler) oluşturulmasında bir dereceye kadar intraoral nefes basıncı gereklidir. Palatopharyngeal bölgede hasar olduğunda bu sesler basınç kaybı nedeniyle anlaşılmaz olacaktır. Aynı zamanda nazal kısımdan geçen hava akımı ile hipernazalite, nazal havanın duyulabilir şekilde dışarı verilmesi söz konusudur^{5,10}.

Anatomik kısıtlamaları olan yumuşak damak defektli hastalar normal konuşmayı geliştiremez ve böylece protezlerini etkin olarak kullanmaları için konuşma terapisine gereksinim duyarken, kazanılmış defektli hastalar, genellikle obturasyondan sonra normal konuşmaya sahip olurlar^{7,13}.

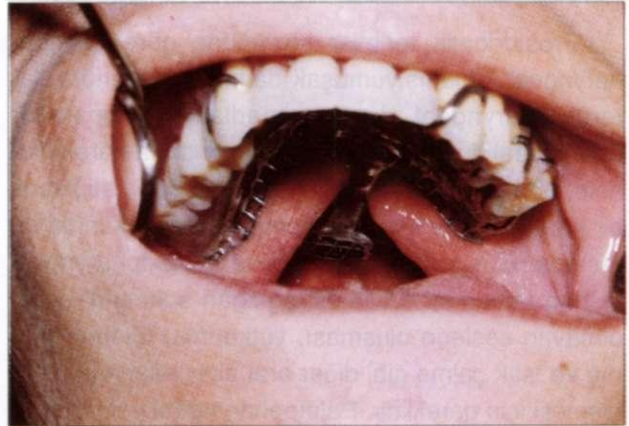
OLGU BİLDİRİMİ

Periodontal harabiyet nedeni ile dişlerini kaybeden 1967 doğumlu hastamız, diş eksikliklerini gidermek amacı ile kliniğimize başvurmuştur. Hastamızın klinik muayenesi sonucunda 13,23,24,25,27 no.lu dişlerinin ağızda bulunduğu ve yumuşak damağında da gelişimsel olarak bir açıklığın olduğu gözlemlendi. Hastamızın fonasyonunun iyi olmadığı klinik gözlemlerimizle tespit edildi. Hastamızın hem estetiğini, hem fonksiyonunu hem de fonasyonunu düzeltmek amacı ile obturatör yapımına karar verildi. Bu amaçla üst fabrikasyon kaşığın arkasına mum eklenerek ağızda provası yapıldıktan sonra aljinatla ölçü alındı. Bu ölçüden elde edilen model üzerinde otopolimerizan akrilik ile bireysel kaşık bilinen yöntemlerle hazırlandı ve lastik esaslı ölçü maddesi ile fonksiyonel ölçü alındı. Fonksiyonel ve anatomik ölçülerde hastamıza yutkunma hareketleri, başını sağa sola yukarı ve aşağıya doğru hareket ettirmesi söylendi. Bu ölçüden elde edilen model üzerinde döküm tek parça parsiyel protez planlaması 13 ile 23 no.lu dişte akers kroşe 25 ve 27 no.lu dişlere double akers kroşe yerleştirilerek kuvvetin dişlere eşit miktarda dağıtılması sağlandı. Defekt bölgesi ise metal kafesle yeterli kalınlıktaki bir bar ile kaide plağına bağlandı (Şekil 1). Bu kafesin dokulardan yeterince uzak olmasına dikkat edildi. Döküm parsiyel protez ağza uyumlandıktan sonra bilinen yöntemlerle sentrik ilişki ve dikey boyut ağızdaki dişlerin rehberliğinde tespit edildi. Diş

dizimi yapılan protez, prova yapılarak bitirildi (Şekil 2). Protezin ağızda provaları yapıldıktan sonra pelot kısmının ölçüsünü almak amacı ile 70-80 derecelik suda yumuşatılan gutta perka kafes uzantısı üzerine kondu. Obturatör ölçüsü pharynx'in kasılma halindeki ölçüsü olmalıdır. Obturatör, ağza yerleştirildikten sonra hastadan yutkunması, başını öne arkaya hareket ettirmesi ve A,E gibi harfleri yüksek sesle söylemesi istendi. Bu hareketler, kalan palatopharyngeal kas yapısını aktive ederek ölçü maddesini biçimlendirdi. Doku ile temas etmeyen kısımlara termoplastik ölçü maddesi ilave edildi. Her eksiltme ve ilave işleminden sonra hastaya aynı hareketler yaptırıldı. Hasta, obturatörü bu şekilde alışıcaya kadar bir süre kullandı. Bu deneme evresinden sonra, termoplastik madde akriliğe çevrildi (Şekil 3,4).



Şekil 1. Alçı model üzerinde protezin metal kaidesi



Şekil 2. Pelot yapılmadan önce protezin ağız içindeki görünümü



Şekil 3. Bitirilmiş protezin ağız dışındaki görünümü



Şekil 4. Bitirilmiş protezin ağız içindeki görünümü

Pelotun ağız boşluğuna bakan yüzeyi içbükey olarak şekillendirildi. Hijyen ve sekresyonların geçişi için lateral sınırları da iyice parlatıldı. Bitim işleminden sonra aşırı uzun bölgeleri belirlenip aşındırılarak protez hastaya teslim edildi.

TARTIŞMA

Yumuşak damak obturatörlerinin genel endikasyonları; doku eksikliği bulunan geniş yumuşak damak yarıkları, yumuşak damak ve pharynx'in nöromuskuler yetersizliği, cerrahi işlemin ileri yaşlarda uygulanamadığı vakalar veya cerrahi işlemin başarısızlıkla sonuçlandığı vakalardır. Kontrendikasyonları ise; cerrahi rekonstrüksiyonun mümkün olduğu vakalar, mental yetersizliği olan hastalar, uyum bozukluğu gösteren hastalar ve kontrol edilemeyen çürük aktivitesi olan hastalardır^{5,9}.

Yumuşak damak obturatörünün sahip olması gereken özellikleri; obturatör, hastanın oral ve fasiyal dengesi, çiğneme fonksiyonu ve konuşması ile ilişkili olarak tasarlanmalıdır. Maksiller kısmın tasarımında bölümlü ve tam protezle ilgili bilgiler kullanılmalıdır. Yumuşak damak defektli hastalarda kalan dentisyon ve çevre yumuşak ve sert dokular çok önemlidir. Düzensiz tasarım, protetik tedaviyi güçleştirirken, sert ve yumuşak dokuların zarar görmesine neden olur. Obturatör, destek dişlere zarar vermemeli, oral mukozada patolojik değişikliklere neden olmamalı ve oral hijyeni güçleştirmemelidir. Yumuşak damak obturatörünün diğer restorasyonlardan daha fazla re-

tansiyon ve desteğe sahip olması gereklidir. Yetişkin hastalarda destek dişlerin kronlanması ve splintlenmesi, protezin retansiyon ve desteğini artırabilir ve destek dişlerin ömrünü uzatabilir. Ağız hazırlıkları, son ölçüden önce tamamlanmalıdır. Çocuklarda maksilla, lateral ve vertikal gelişimi tamamlanmamışsa, süt ve daimi dişlerin sürmesi belirginse ağız hazırlıklarının dikkatlice yapılması gerekir. Obturatörün ağırlık ve boyutu minimal tutulmalıdır. Kullanılan malzemenin tamiri, beslemesi ve aşındırılması kolay olmalıdır. Protezin pharyngeal kısmı yutkunma ve konuşma sırasındaki lateral ve posterior pharyngeal duvar kas aktiviteleri ya da dil hareketleri ile çakışmamalıdır. Pharyngeal parçanın superior kısmı, nazal sekresyon birikimlerini elimine etmek için eğilendirilmeli, inferior kısmı da, dil hareketlerini kısıtlamak için hafif iç bükey olmalıdır^{9,14,15}.

Pharyngeal kısmın sahip olması gereken özellikleri; pelot kısmı, posterior ve lateral pharyngeal duvar aktivitesinin en fazla olduğu bölgede konumlandırılmalıdır, çünkü ses kalitesi en iyi, pelot bu konumda iken değerlendirilebilir; pelotun inferior, superior boyutu ve ağırlığı, nazal rezonans üzerinde belirgin etki oluşturmadan azaltılmalıdır; pelot, posterior ve lateral pharyngeal duvar aktivitesi bulunmadığı zaman ya da pelotun gözle izlenmesi uzun yumuşak damak nedeniyle mümkün olmadığında palatal düzlemin yukarısına ya da düzlem seviyesine yerleştirilmelidir; bazı yazarlara göre atlas kemiğinin anterior tüberkülü, kişiye göre farklılık gösterir ve palatopharyngeal yapıların konumları, hasta başını hareket

ettirdikçe, tüberküle ilgili olarak değişir, bu yüzden burasının pelot konumlandırılması için referans noktası olarak kullanılmayacağı belirtilmektedir^{9,11}.

Dişhekiminin dikkat etmesi gereken özellikler; ölçü işleminden önce, bulantı refleksini önlemek için yumuşak dokulara topikal anestezi uygulanır; randevudan önce hastaya yemek yemeden gelmesi söylenmelidir; var olan oral perforasyonlar vazelinli taponla kapatılmalıdır; kaşık ölçü materyali ile fazla doldurulmamalıdır. Nasopharynx'teki aşırı ölçü materyali kaşığın ağızdan çıkarılmasını güçleştirir. Anatomik ölçünün elde edilmesinde hızlı sertleşen irreversible hidrokolloid kullanılmalıdır; ölçü işlemi sırasında ölçü materyalinin yumuşak damak ve nasopharyngeal dokulara basınç uygulamaması gerekir. Obtüratörün pharyngeal kısmı, konuşma ve yutkunma sırasında nasopharyngeal dokularla temasta olmalı ancak bu dokular üzerinde basınç oluşturmalıdır; faringeal kısmın yapım işlemi bittiğinde hastanın nazal rezonansı normal sınırlar içinde olmalıdır. Deneyimsiz hekimler tarafından yapılan yumuşak damak obtüratörlerinden, en sık görülen hatalar, aşırı düşük pozisyon, geniş superior uzantı ve aşağı doğru genişletilmiş lateral uzantıdır^{1,2,4,6,9}.

KAYNAKLAR

1. Adisman I K. Palatal treatment prosthesis. Dent Clin North Am 34:297-83,1990.
2. Aras E. Dudak damak yarıklarının protetik tedavisinde kullanılan Schilsky obtüratörü, Suersen obtüratörü ve farenks uzantsız hareketli obtüratör. İÜ Dişhek Fak Derg 11:50-64,1977.

Yazışma adresi

Doç. Dr. Hüseyin YAZICIOĞLU
GÜ Dişhekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
06510 Emek - Ankara

3. Aslan Y, Avcı M. Erişkin doğumsal yarık damak hastalarında speech aid protezleri. HÜ Dişhek Fak Derg 17:109-11,1990.
4. Bardach J, Morris H L. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. W B Saunders Co Philadelphia,1990.
5. Beder O E. Fundamentals for maxillofacial prosthetic. C Thomas Illinois,1974.
6. Beumer J, Curtis T A , Firtell D N. Maxillofacial rehabilitation prosthodontic and surgical considerations. The C V Mosby Co St. Louis,1979.
7. Calnan J S. Movements of the soft palate. Brit J Plast Surg 5:286-296,1953.
8. Casey D M. Palatopharyngeal anatomy and physiology. J Prosthet Dent 49:371-7,1983.
9. Chalian A V, Drane J B, Standish S M. Maxillofacial prosthetic. The Williams and Williams Co Baltimore,1971.
10. Çalikkocaoğlu S. Tam protezler. Güray matbaası İstanbul,1993.
11. Keskin H, Özdemir T. Çene yüz protezleri. İ Ü Basımevi İstanbul,1995.
12. Muğan N. Çene yüz protezleri. Gençlik basımevi İstanbul,1979.
13. Rahn A O, Louis J B. Maxillofacial prosthetic. W B Saunders Co Philadelphia,1970.
14. Wolfaardt J F, Wilson F B, Rochet A, Mc Phee L. An appliance based approach to the management of palatopharyngeal incompetency: A clinical pilot project. J Prosthet Dent 69:186-95,1993.
15. Yazıcıoğlu H, Yaluğ S. Bir vaka nedeni ile nasofarenks obtüratörü. GÜ Dişhek Fak Derg 9: 187-91,1992.