

CERRAHİ SONRASI YUMUŞAK DAMAK DEFEKTLERİNİN PROTETİK REHABİLİTASYONU

Yavuz ASLAN* Mehmet AVCI**

ÖZET

Bu makalede, cerrahi rezeksiyon sonucunda oluşan yumuşak damak defektlerinin sınıflandırılması ve genel protetik rehabilitasyon prensiplerinden bahsedilmiştir. Ayrıca, dişsiz bir hastada, üçüncü grup yumuşak damak defektinin «velar speech aid» protezi ile rehabilitasyonu anlatılmıştır.

Anahtar kelimeler ; Yumuşak damak defektleri, «velar speech aid» protezleri.

SUMMARY

PROSTHETIC REHABILITATION OF POSTSURGICAL SOFT PALATE DEFECTS

The classification and general prosthodontic rehabilitation principles of postsurgical soft palate defects were discussed. The treatment of the median soft palate defect of an edentulous patient was described.

Key words : Velar speech aid prosthesis, acquired soft palate defects.

GİRİŞ

Kanser cerrahisi sonrasında oluşan yumuşak damak defektleri, büyüklüklerine ve lokalizasyonlarına bağlı olarak anatomik ve

(*) H.Ü. Dişhek. Fak. Protetik Diş Ted. Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(**) H.Ü. Dişhek. Fak. Protetik Diş Ted. Anabilim Dalı, Doç. Dr.

REHABİLİTASYON

fonksiyonel değişkenlikler gösterirler. Bu nedenle, uygulanan protetik restorasyonlar da farklı özellikler taşımaktadır. Aramany ve Matalon (1), yumuşak damak defektlerini 4 grupta toplamışlardır :

1. Yumuşak damağın posterior sınırını da içine alan büyük defektler.
2. Posteriorunda fonksiyonel olmayan bir doku bandı bulunan yumuşak damak defektleri.
3. Posteriorunda, yeterli velcfaringeal kapanmayı sağlayan fonksiyonel ünite bulunan yumuşak damak defektleri (median defektler).
4. Tek taraflı tonsiller bölgeyi de içine alabilen yumuşak damak defektleri (lateral defektler).

Oro - nasal ayırımın ortadan kalktığı bu hastalarda protetik tedavinin esas amacı, yutkunma, konuşma ve çiğneme gibi bozulan temel fizyolojik fonksiyonların protez aracılığı ile eski düzeyine döndürülmeye çalışılmasıdır.

Birinci grupta, doğumsal yarık damaktakine benzer velofaringeal yetersizlik söz konusudur. Bu hastalara «velofaringeal speech aid» protezi yapılır. Faringeal bölgeye uzanan «speech aid», lateral ve posterior faringeal duvarların hareketleri ile, yumuşak damağın kalan kısımlarının hareketleri arasında fonksiyonel bütünlük sağlarlar.

İkinci grupta da velofaringeal mekanizma bozulmuştur. Posterior sınırdaki mevcut non - fonksiyonel bant, faringeal parçanın (speech - aid) yapımını güçleştirir ve büyüklüğünü sınırlar. Bu bantın cerrahi olarak çıkartılması durumunda defekt, 1. sınıfa dönüşür ve protetik rehabilitasyon daha başarılıdır.

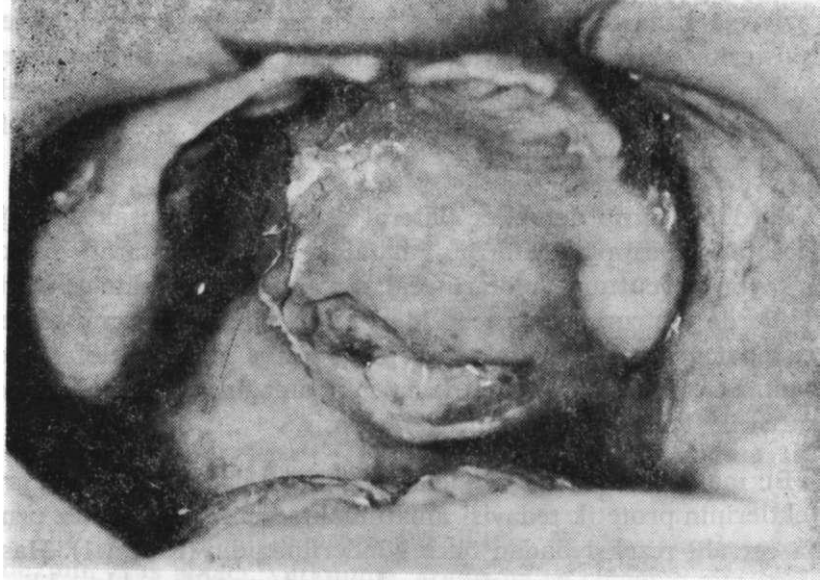
Üçüncü grupta (median defektler) rezeksiyon yumuşak ve sert damağı içine almakla birlikte, levatör, tensör, uvula, palatoglossus ve palatofaringeus kasları fonksiyonel bütünlüklerini korumaktadır. Bu grupta velofaringeal kapanma gerçekleşmektedir. Defektin anterior sınırı hareketli değildir. Posterior sınırı ise fonksiyonda yukarı ve geriye doğru hareket ederek, oronasal açıklığın büyümesine yol açar (2). Bu grup defektlerin protetik rehabilitasyonunda yumuşak damağın hareketlerinden yararlanılır. Protezin velar uzan-

tısı defektin içerisinde geçer. Ancak, posterior ve lateral farinks duvarlarına kadar uzanmaz. İstirahat durumunda protez ile defektin posterior sınırı arasında bir açıklık mevcuttur. Yutkunma veya konuşma sırasında elevatör ve tensor kaslar kasılır, defektin arka kenarı yükselir velar uzantı ile kapanma sağlanır. Böylece orofarinks, nasofarinksten ayrılır.

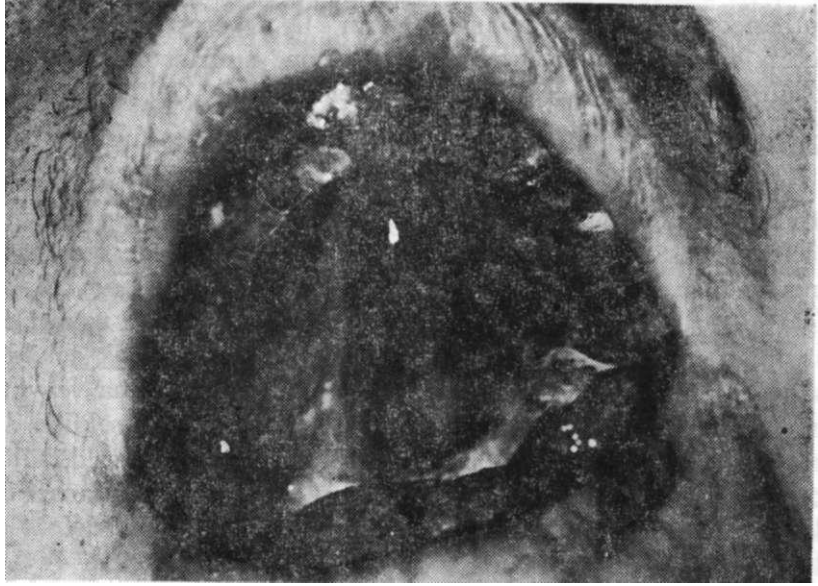
Dördüncü grup defektler (lateral defektler) yumuşak damağın sadece bir tarafını ilgilendirir. Palatal kaslarda tek taraflı fonksiyon kaybı mevcuttur. Velofaringeal kapanmanın bozulduğu büyük defektlerde «retrovelar speech aid» yapılır. Faringeal uzantı defekt içerisinde geçerek yumuşak damağın gerisine ulaşır. Velofaringeal kapanma, faringeal kaslar ile yumuşak damağın, protezin faringeal uzantısı ile temas etmeleri ile gerçekleşir.

Bu makalede, dişsiz hastalarda, yumuşak damağın üçüncü grup defektlerinin protetik tedavisi anlatılmaktadır. Hasta, protez uzmanına cerrahi rezeksiyondan önce gönderilmelidir (Resim 1). Hastanın ağız içi muayenesi yapılır, gereken radyografiler elde edilir ve alginat ölçüleri alınır. Rezeksiyon sınırları cerrah ile konuşularak belirlendikten sonra, cerrahi obturator hazırlanır. Şeffaf otopolimerizan akrilden hazırlanan bu plak, rezeksiyondan sonra, ameliyathanede, hastaya uygulanır (Resim 2). Operasyondan 4 - 5 gün sonra, protezin velar uzantısı rezeksiyon sınırlarından 1 - 2 mm. kısaltılır ve doku iyileştirici malzemeler (Visco - Gel, Coe Comfort) kullanılarak besleme yapılır.

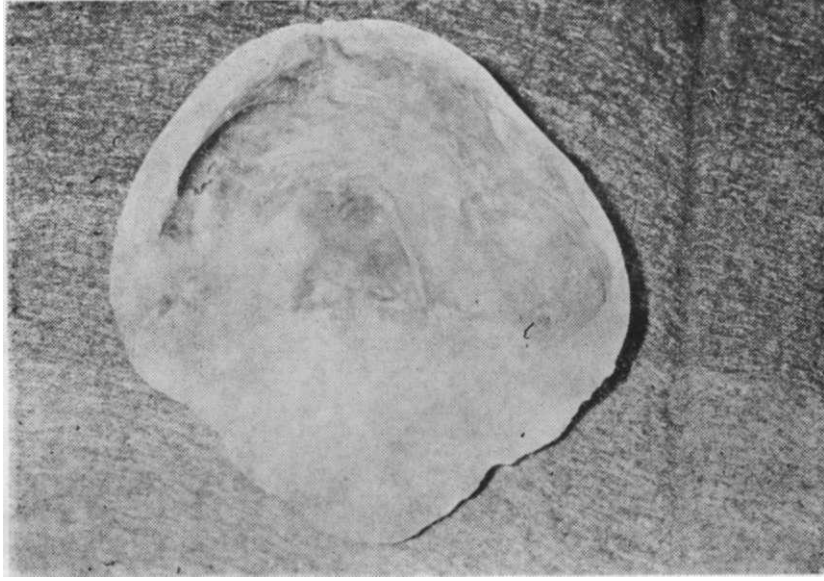
İyileşme gerçekleştikten sonra, defekt bölgesine uzanan akrilik kişisel ölçü kaşığı, stenç ve elastik bir ölçü maddesi yardımı ile ölçü alınır. Sert alçıdan elde edilen model üzerinde sıcakta polimerize olan akril kullanılarak bir kaide plağı hazırlanır. Plak, defektin içerisine girecek şekilde uzatılmalıdır. Bu velar uzantı, fonksiyonlar sırasında defekt sınırları ile temas etmeyecek şekilde kısaltılır. Daha sonra, ölçü mumu kullanılarak, konuşma ve yutkunma fonksiyonları sırasında tam kapanma sağlanacak şekilde defektin ölçüsü alınır. Elde edilen ölçünün etrafına sert alçı dökülür ve ölçü mumu sıcak akrile dönüştürülür. Böylece tamamlanan daimi kaide plağı üzerinde protez bitirilir. İstirahat halinde defekt sınırları ile velar uzantı arasında bir açıklık vardır (Resim 4). Ancak, yumuşak damağın en küçük hareketinde bile bu açıklık kapanarak oro - nasal ayırım sağlanmalıdır (Resim 5).



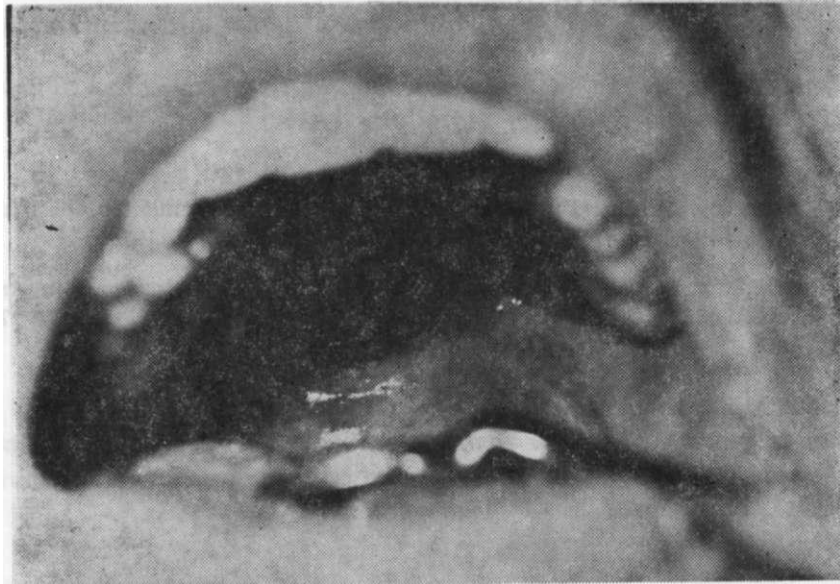
Resim 1 : Cerrahi rezeksiyon öncesinde lezyonun görünümü.



Resim 2 : Rezeksiyondan hemen sonra takılan cerrahi obtarator.



Resim 3 : Defekt sınırları ile tam kapanmayı sağlamak üzere doku iyileştirici madde ile velar uzantıya ilave yapılması.



Resim 4 : Yumuşak damak istirahat halinde iken velar uzantı ile defektin arka sınırı arasındaki açıklık.

REHABİLİTASYON



Resim 5 : Yumuşak damağın fonksiyonu sırasında eide edilen tam kapanma.

KAYNAKLAR

- 1 — Aramany, M.A., and Matalon, V. : Prosthetic management of postsurgical soft palate defects. J. Prosthet. Dent., 24 : 304, 1970.
- 2 — Aramany, M.A., and Myers, E.N. : Prosthetic reconstruction following resection of the hard and soft palate. J. Prosthet. Dent. 40 : 174-178, 1978.