

## KAZANILMIŞ ALT ÇENE DEFİKTLERİNDE PROTETİK REHABİLİTASYON (☆☆)

Yard.Doç.Dr.Tayfun ÖZDEMİR (☆)

Doç.Dr.Esengün ÇAMLI (☆)

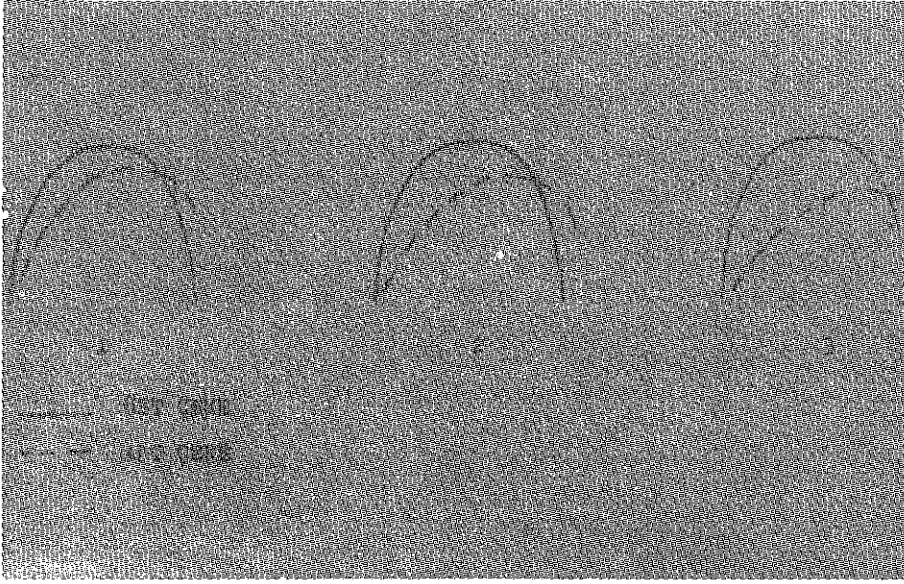
Yard.Doç.Dr.Haluk KESKİN (☆)

Alt çenenin hasib tümörlerinin kontrol altına alınarak tedavisi ve tedavi sonrası hastanın rehabilitasyonu cerrah, radyoterapist ve maksillo-fasial protez uzmanı için oldukça zor ve yorucu bir işlemdir. Mandibulanın kısmi veya radikal rezeksiyonuna sebep olan tümörler alveol muzozası, periost, kemik veya dişlerden kaynaklanabilir. Bu lezyonlar epidermoid karsinoma, skuamoz hücreli karsinoma, ameloblastoma veya kemiğin sarkomları olabilir. Bazen tonsiller bölgenin, dilin ve ağız tabanının habis tümörleri de mandibula kemiğini etkisi altına alarak büyük madde kayıplarına sebep olmaktadır (1,2).

- 
- (☆) İ.Ü.Dişhek.Fak. Çene-Yüz Protezleri Bilim Dalı Öğ.Üyesi  
(☆☆) Uluslararası Prostandonti ve İmplantoloji Kongresi (19-25 Mayıs) İstanbul'da tebliğ edilmiştir.

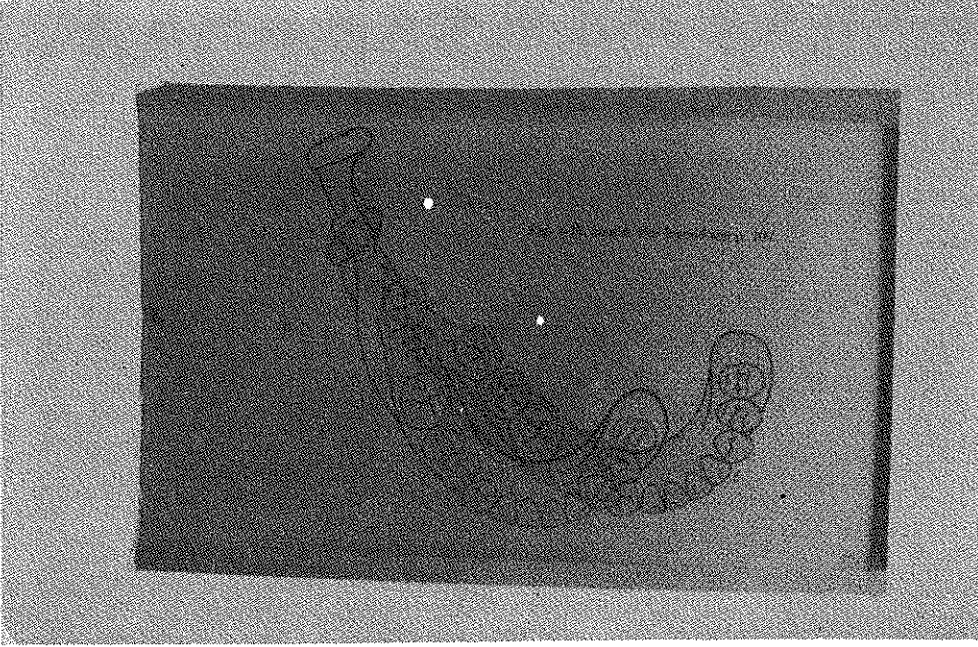
Alt çenenin devamlılığı bozulmadan alveol kemiği kaybı ile ortaya çıkan problem, kayıp kemik yapısının yerini alacak protez ile kolayca çözümlenebilir (3). Alt çenenin devamlılığını bozan defektler ise protetik rehabilitasyon bakımından hem hastaya hem de hekime büyük zorluklar yüklenmektedir. Alt çene rezeksiyonu geçirmiş olan hastalarda konuşma ve yutkunma zorluklarının yanı sıra fonksiyonel çiğneme hareketlerinin bozulması, tükürüğün kontrol edilmemesi ve yüz estetiğinin bozulması gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Üst çene rezeksiyonlarından sonra uygulanan obtüratör protezler ile hastaların çiğneme, yutkunma ve konuşma fonksiyonlarını iade edebildiğimiz ve yüz estetiğini nisbeten düzeltebildiğimiz halde alt çene rezeksiyonlarını takiben fonksiyon ve estetiğin iadesi her zaman mümkün olmamaktadır (4,5).

Alt çene rezeksiyonlarını takiben mandibulanın kalan parçası müdahale yapılmış tarafa doğru yatar ve geriye doğru kayma gösterir (Şekil 1)(3). Ağızın maksimum açılması sırasında lateral deviasyon 1-2mm ye geri doğru kayma (retruzyon) ise 5-10mm ye ulaşabilir (Şekil 2)(4).



Şekil 1: Devamlılığı bozulmuş alt çenede lateral deviasyon.

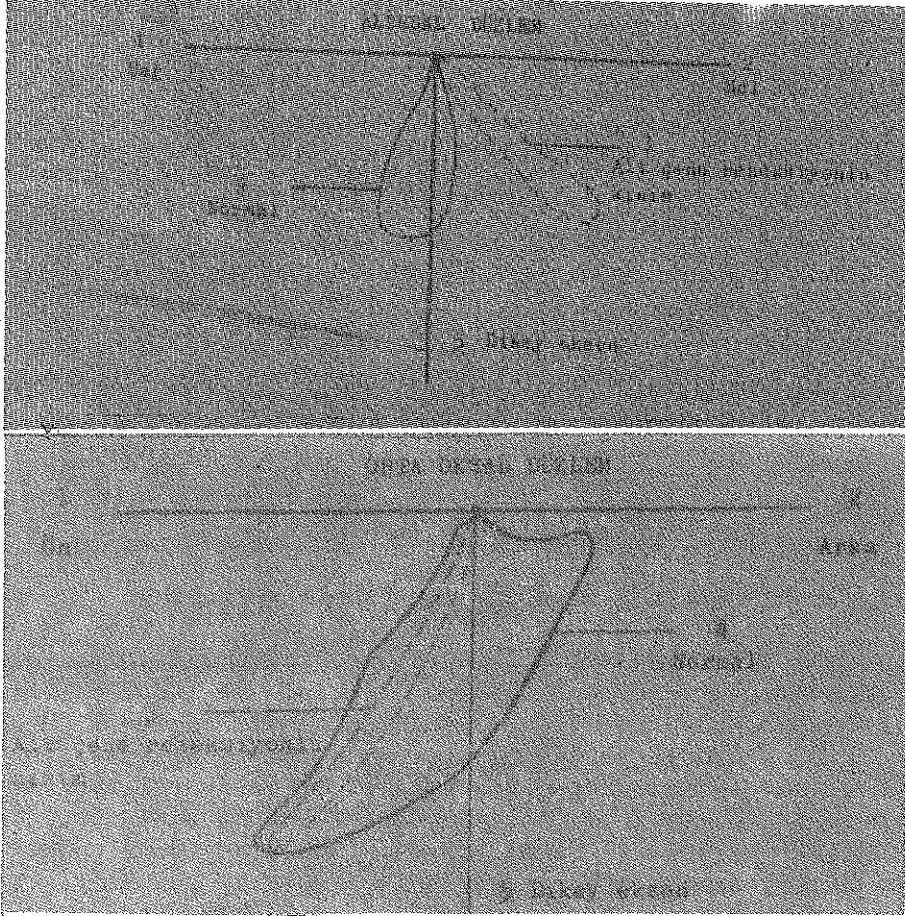
Normalde alt çenenin kesici noktasının trajesi belirgin diagonal bir yok katetmektedir. Alt çene rezeksiyonu geçirmiş kişilerde ise çiğneme sırasında bu sınır hareket cerrahi defekt tarafından meydana gelmektedir (Şekil 3-4). Bazı hastalar defektsiz tarafa doğru yan hareketleri, bazıları da protrusiv hareketleri yapamazlar.



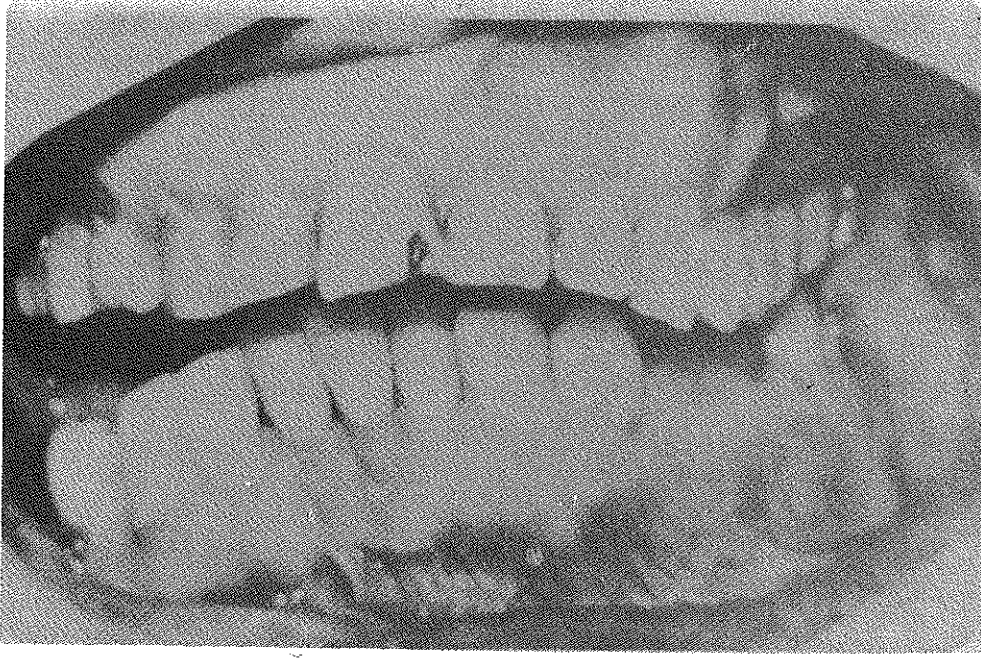
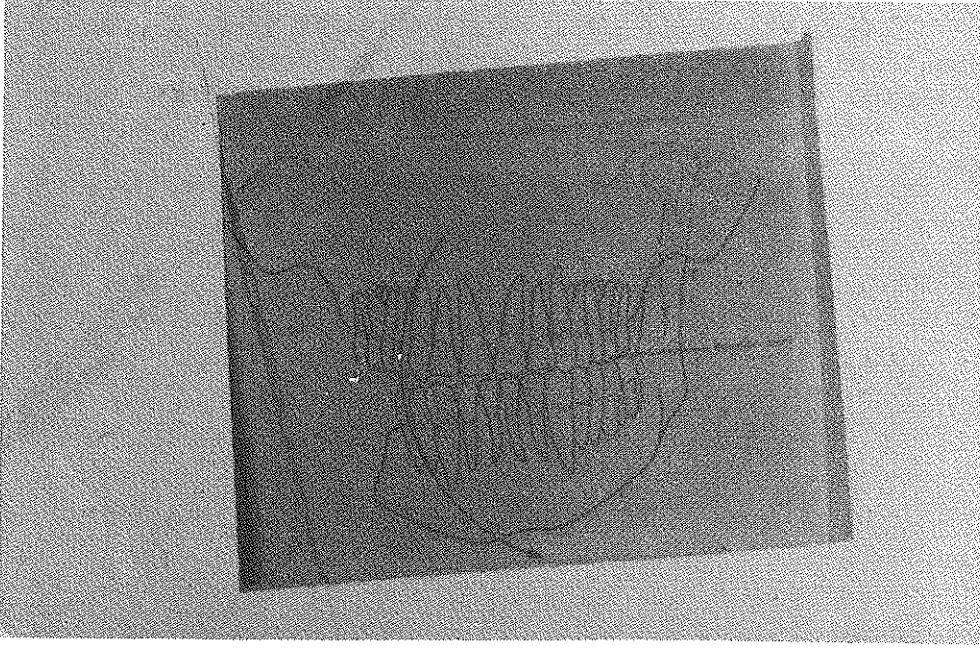
Şekil 2: Devamlılığı bozulmuş alt çenede retruzyon.

Okluzyonda proprioseptif duyunun kaybedilmesi sonucu alt çene hareketlerinde koordinasyon bozukluğu ve intizamsızlık göze çarpar. Buna ek olarak cerrahi müdahale geçirmiş taraftaki kas bağlantıları da kopduğundan, çenenin zorlayarak kapanması durumunda mandibulada belirli miktarda rotasyon meydana gelir. Cerrahi müdahale geçirmemiş tarafta alt-üst dişler birbirine değdiği zaman cerrahi müdahale geçirmiş taraftaki dişler arasında bariz bir açıklık olduğu gözlenir. Yumuşak doku kayıplarının fazla olduğu, uzun süre radyoterapi görmüş radikal boyun diseksiyonu geçirmiş hastalarda dişler arasındaki açıklık ve alt çene deviasyonu çok daha belirgindir (Şekil 5-6).

Alt çene deviasyonunu önlemek için ameliyatı takiben 5-6 hafta süreyle intermaksiller fiksasyonun faydalı olduğu bazı araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (4). Fiksasyon uygulanmayan hastalarda ise ameliyattan iki hafta sonra çene egzersizlerinin yapılması tavsiye edilmektedir. Hasta eliyle çene ucunu kavriyerek ağzı maksimum durumda açık iken cerrahi müdahale yapılmamış tarafa doğru çeneyi itmeye çalışır. Tekrarlanan bu ekzersiz sikatrisli dokuların gevşemesine, trismusun azalmasına ve alt-üst çene ilişkilerinin düzelmesine büyük ölçüde yardımcı olmaktadır (6).



Şekil 3-4: Devamlılığını bozulmuş alt-çene rezeksiyonlu vakalarda çığneme sınır hareketi cerrahi defekt tarafında oluşmaktadır.

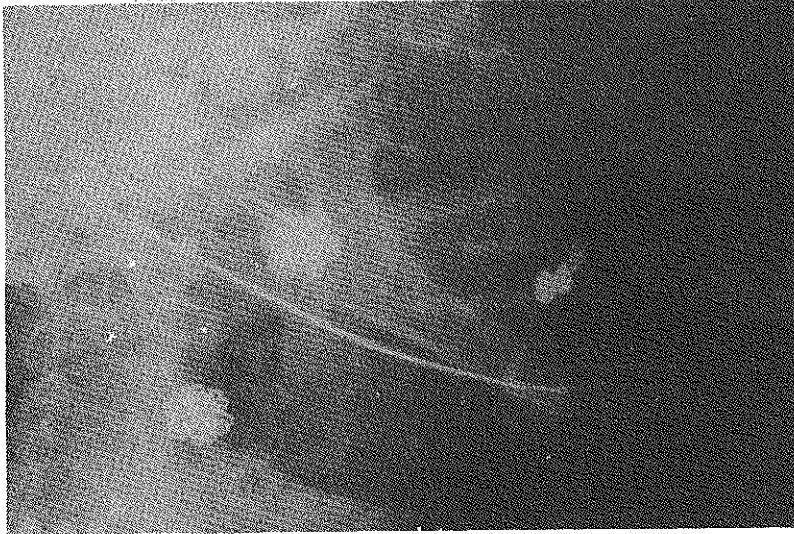


Şekil 5-6: Cerrahi müdahale geçirmiş tarafta alt çene rotasyonu.

Devamlılığı bozulmuş alt çenenin cerrahi rekonstrüksiyonu için çeşitli metodlar vardır. Ototenöz kortikal kemik, allogenik kemik veya alloplastik maddeler ile kaybedilen kemiğin avantajlarının yanı sıra dezavantajlarının da bulunduğu unutulmamalıdır (6).



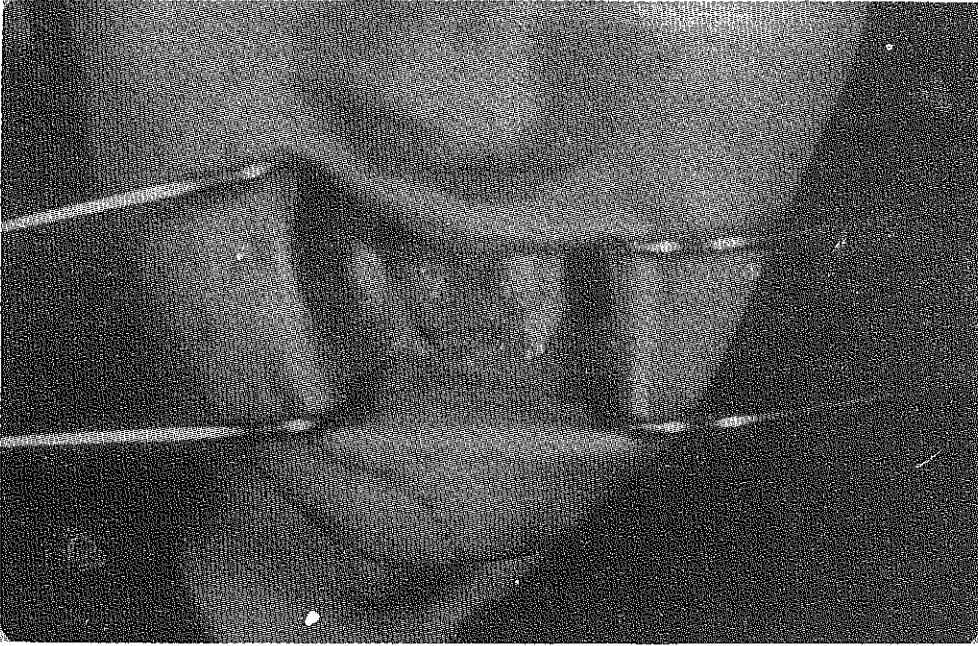
Şekil 7: Alt çene rezeksiyonu geçirmiş olan bir vaka.



Şekil 8: Alt çene deviasyonunu önlemek ve kas eğitime yardımcı olmak amacı ile uygulanan Kirschner teli belirli süre sonunda çıkartılmaktadır.

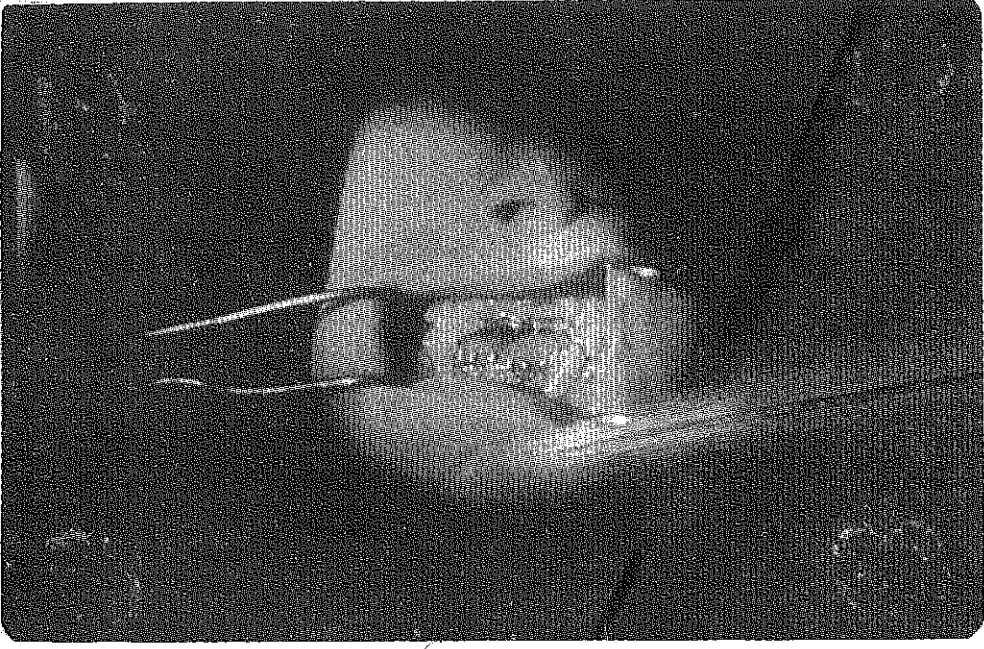
Alt çene rezeksiyonu geçiren hastaların protetik tedavileri mevcut dişlerin durumuna, sayısına ve deviasyon miktarına göre değişik şekilde yapılır (5).

Devamlılığı bozulmadan alt çene rezeksiyonu geçiren veya devamlılığı bozulduğu halde kemik grefleri ile alt çenesi tashih edilmiş kişilerde klasik protez kaideleri uygulanır (7).



Şekil 9: Devamlılığı bozulmamış alt çene ön bölge rezeksiyonu vakası.

Deviasyonun az olduğu dişli hastalarda bozuk olan okluzal kontaktı düzeltmek ve kas eğitime yardımcı olmak amacıyla defektli tarafta üst dişleri örtecek şekilde eğimli düzlemi olan bir üst çene protezi yapılır.

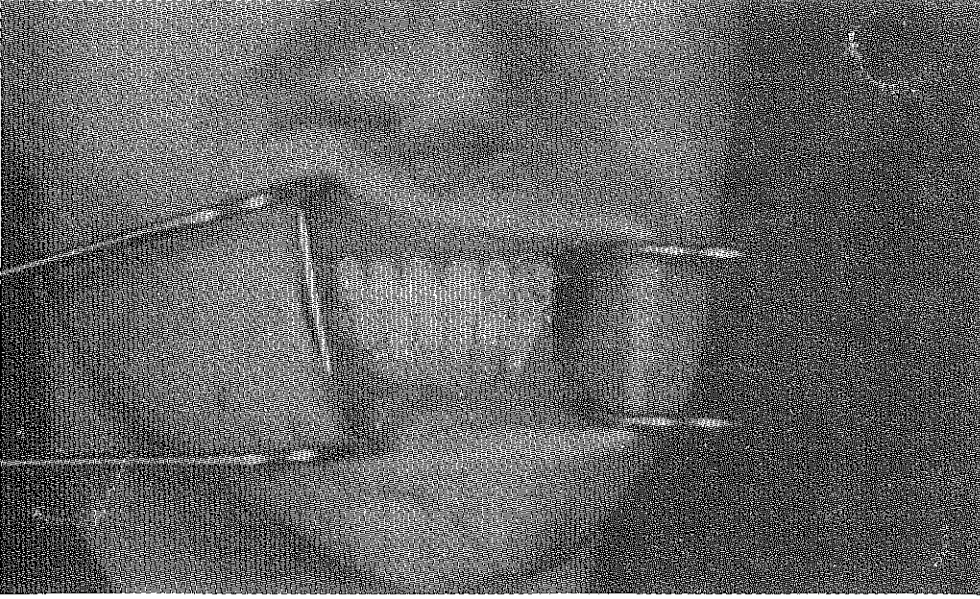


*Şekil 10: İskelet kaide plakaları uygulanmış durumda.*

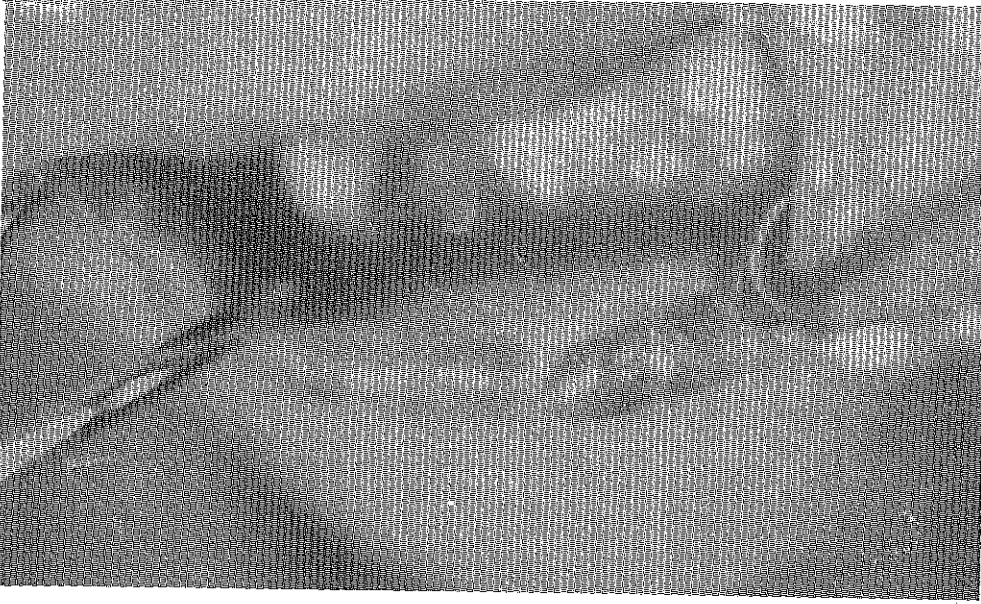


*Şekil 11: İskelet protezler bitirilmiş durumda.*





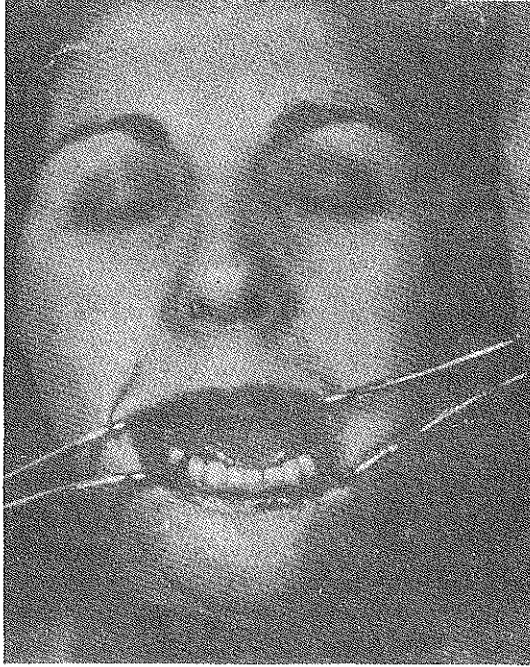
Şekil 12: Protezler hastaya uygulanmış durumda.



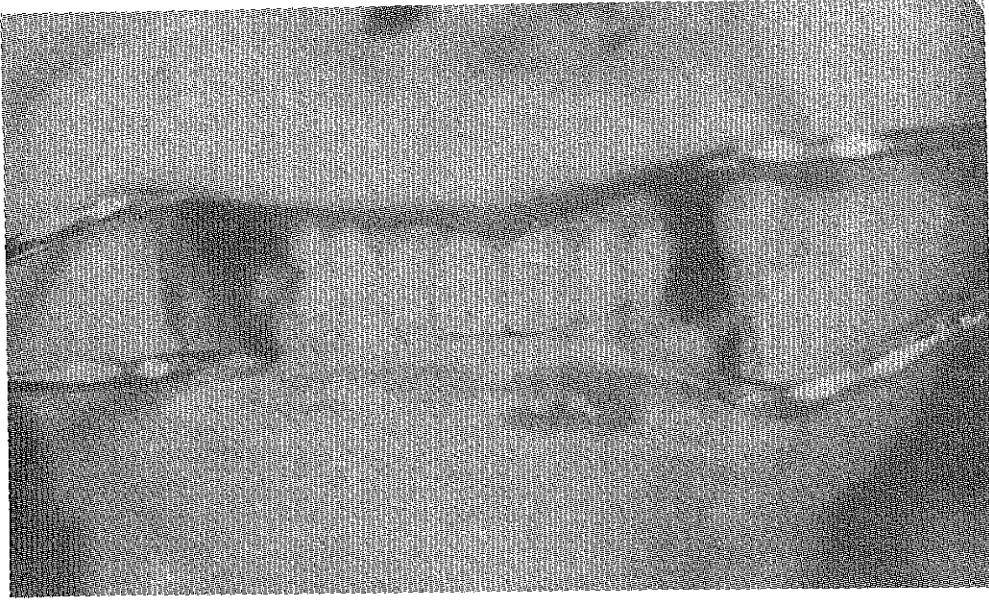
Şekil 13: Alt çene ön bölge rezeksiyonu geçirmiş olan bu vakada defekt kemik grefi ile düzelmiştir.



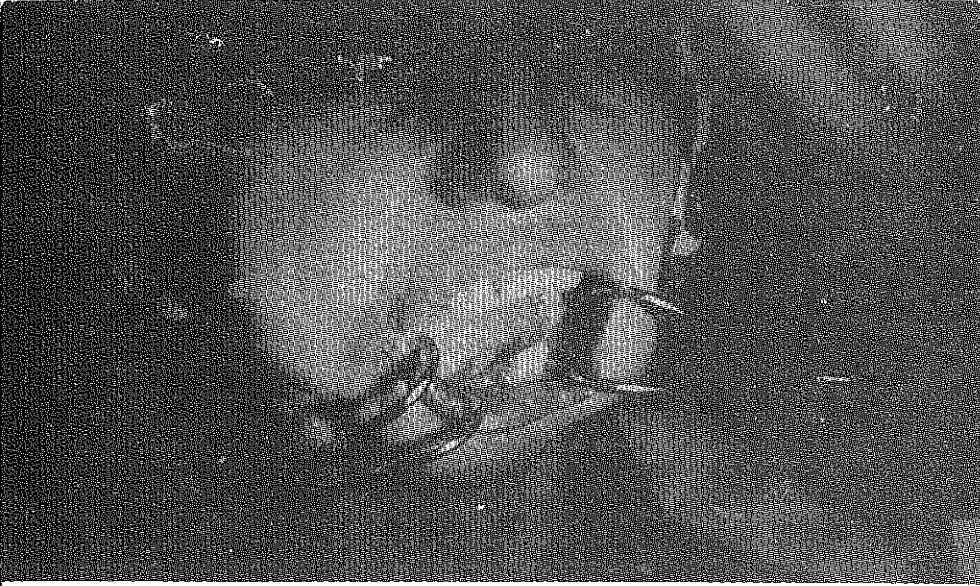
Şekil 14: Klasik parsiyel protez ile çukur kısımlar telafi edilmiştir.



Şekil 15: Ağızı açık durumda.



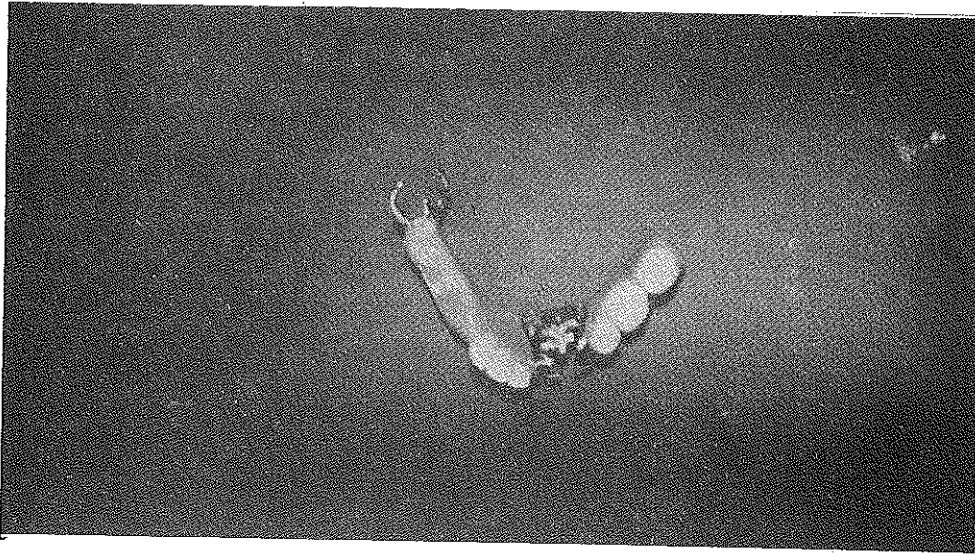
Şekil 16: Ağız açık durumda



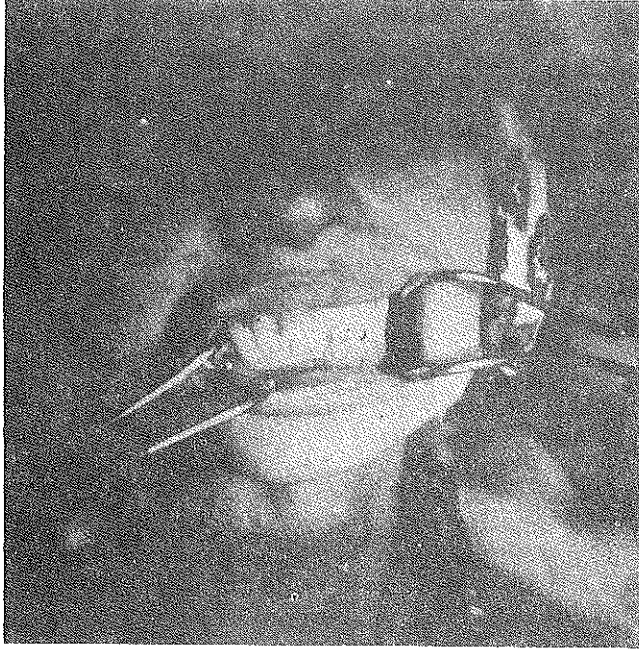
Şekil 17: Alt çene yan bölge rezeksiyonu geçirmiş olan bu vakada defekt kemik grefi ile tashih edilmiştir.



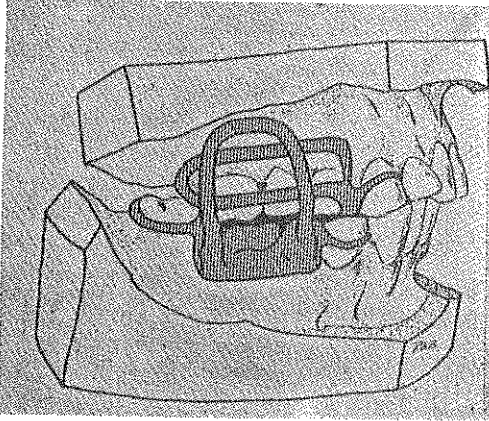
Şekil 18: Ağız kapalı durumda.



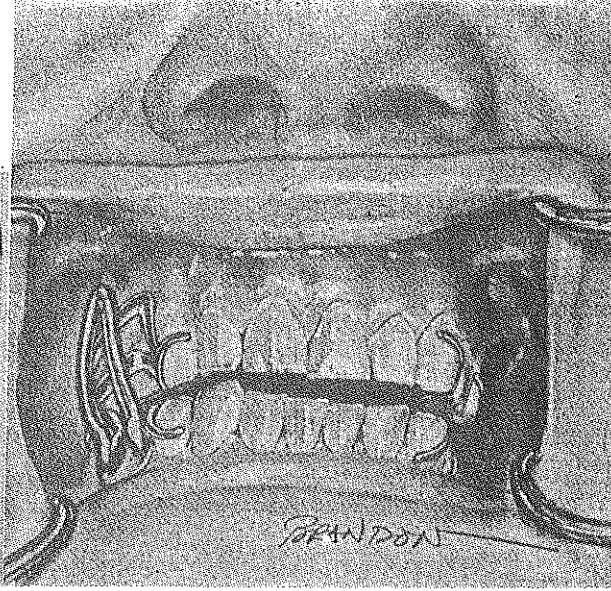
Şekil 19 İskelet kaide plaklı protez.



Şekil 20: Hastaya protezi uygulanmış durumda.



Şekil 21: Rehber düzlemlerli aparey şeması.



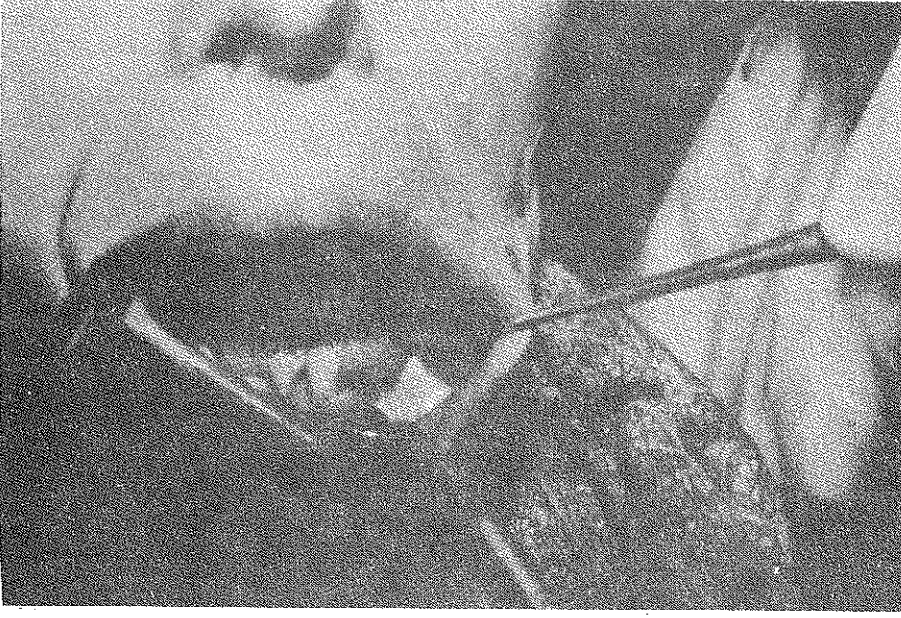
Şekil 22: Alt çene deviasyonunu önlemek ve kas egzersizleri yaptıran rehber düzlemlerli aparey.

Deviasyonun fazla olduğu dişli vakalarda ise rehber düzlemli apareylerden yararlanmak mümkündür (Şekil 21-22). Bunlar genellikle alt-üst döküm iskelet kaideli protezler olup, defektsiz tarafa alt plağın molar dişleri hizasından yukarı yanak içine doğru 7-10 mm yükselen bir metal çıkıntı ve üst plakta aynı yere isabet eden metal desteği kapsar. Çenenin açılıp kapanması sırasında ameliyatlı tarafa doğru kaymasını önler. Hasta bu alışkanlığı kazandıktan sonra rehber düzlemli apareye ihtiyaç kalmadan yeni yapılan mandibuler defekt protezi ile çiğneme fonksiyonunu devam ettirebilir (7,8,9, 10,11).

Dişsiz hastalarda mandibulanın devamlılığını bozan lateral defektlerde protetik rehabilitasyon estetiği, çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını ameliyat öncesi duruma getiremez, ancak bir dereceye kadar düzeltebilir. Mandibular deviasyonlu vakalarda total protezlerin diş dizimi belirli özellikler arzeder. Alt protezde ameliyat geçirmemiş taraftaki molar ve premolar dişler alveol kretinin yanak tarafına, rezeksiyon uygulanmış kısımda ise alveol kretinin dil tarafına dizilerek dişler arası temas sağlanmaya çalışılır. Hasta çiğneme fonksiyonunu daha ziyade sağlam tarafla gerçekleştirme durumunda olduğundan, geniş bir okluzal alan elde etmek için palatal okluzal rampadan da yararlanmak mümkündür (4) (Şekil 27).



Şekil 23: Hemi-mandibulektomi geçirmiş bir vaka.



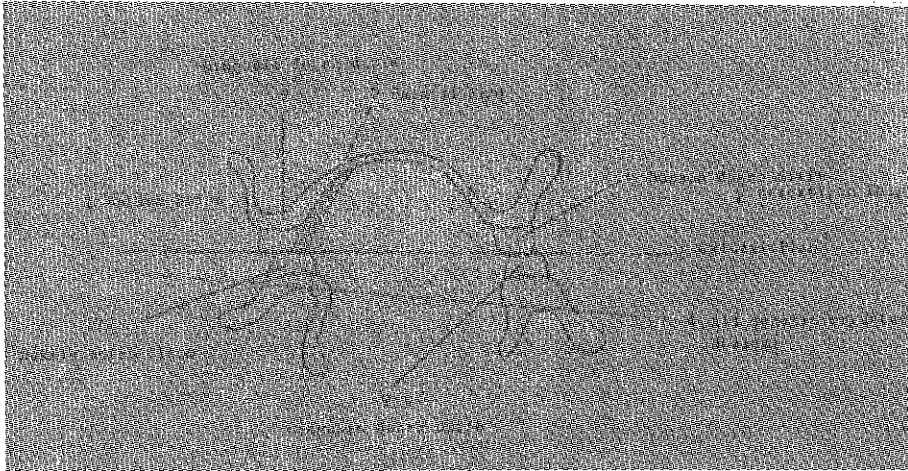
Şekil 24: Ağız açık durumda.



Şekil 25: Vakanın yakın görünümü.



Şekil 26: Alt-çene rezeksiyon protezi uygulanmış durumda.

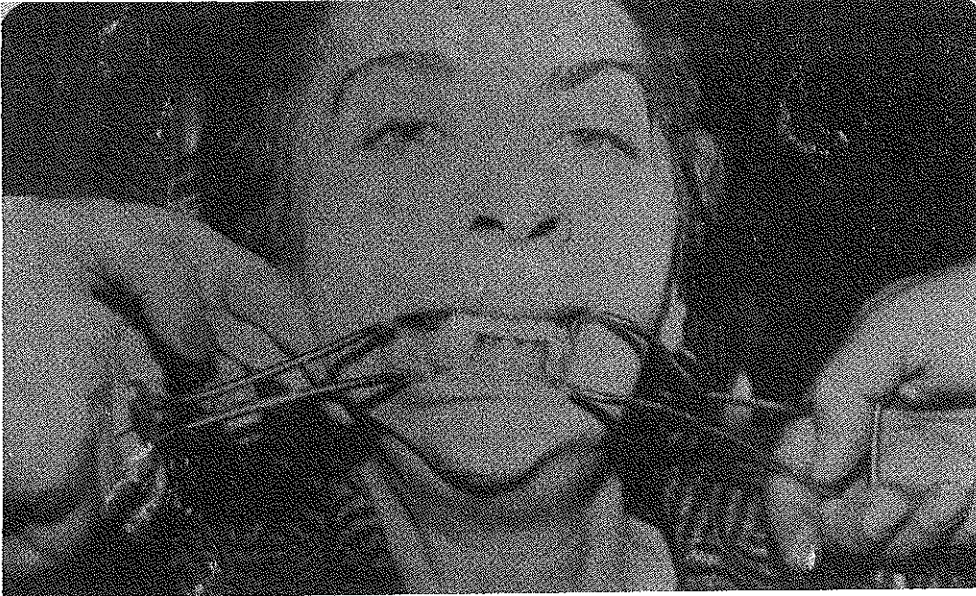


Şekil 27: Total rezeksiyon protez uygulamalarında diş dizimi ve okluzal rampayı gösteren şema.



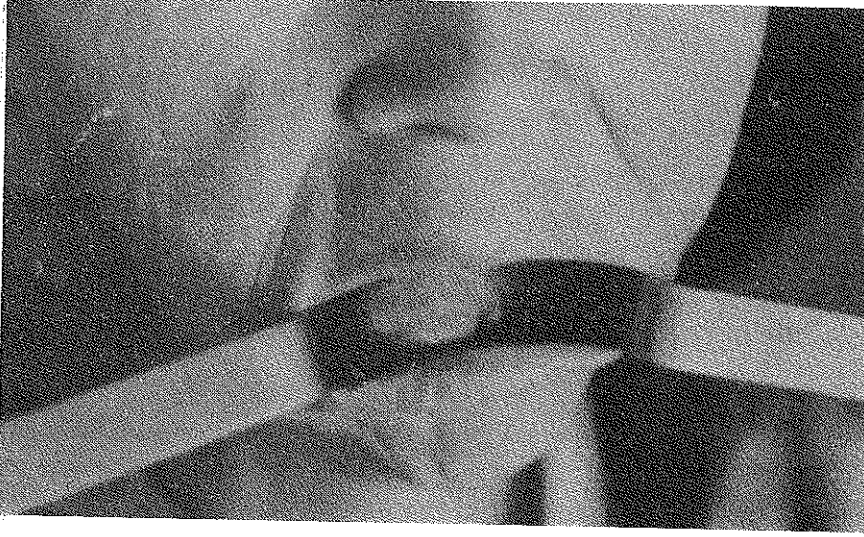


Şekil 28: Hemimadibulektomi uygulanmış diğer bir vakada üst total, alt rezeksiyon iskelet protezi uygulanmış durumda.



Şekil 29: Protezler kapanış durumunda.

Bu rampa, üst protezin palatinal tarafında premoler ve molar dişlerin arkasında ortalama 10mm genişliğinde olup alt protezin azı dişlerini yatay yönde 3-4mm aşacak şekilde hazırlanır. Bazı vakalarda ise bu rampanın yerine okluzal damak platformunda ikinci diş dizimi yapılarak problemi hal-letmek mümkün olmaktadır.



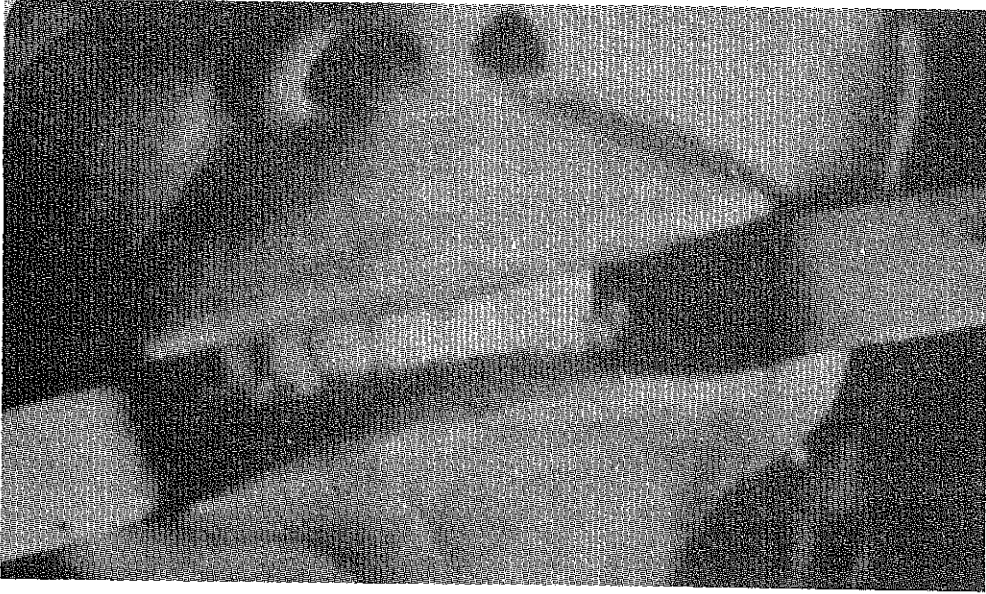
Şekil 30: Devamlılığı bozulmuş dişsiz alt çene rezeksiyonu vakası.



Şekil 31: Üst total protezde okluzal rampa uygulanmıştır.



Şekil 32: Protezler uygulanmış durumda.



Şekil 33: Protezler kapanış durumunda.

## S U M M A R Y

The prosthetic prognosis of removable prostheses for patients with resections of the mandible is quite variable. In some patients only esthetics can be improved, whereas in other patients improved mastication is a reasonable objective.

Edentulous patients with lateral discontinuity defects of the mandible have little hope of achieving presurgical levels of masticatory efficiency.

Loss of continuity of the mandible destroys the balance and symmetry of mandibular function, leading to altered mandibular movements and deviation of the residual fragment toward the surgical side. Mandibular based guidance restorations and palatally based guidance restorations are used to reduce mandibular deviation.

## Ö Z E T

Alt çene defektleri sınır büyüklüğü bakımından lezyonun yayılışına veya bir kazayla oluşan bozukluğu göre değişir ve protetik tedavilerin uygulanmasındaki öneme göre sınıflandırılır.

Alt çenenin devamlılığının bozulmadığı defektlerde oklüzyon planlaması yapılırken karşıt üst çene kavside dikkate alınır. Alt çenenin bütünlüğünü bozan defektler daha oklüzal çatışma yaratır ve rehabilitasyonda zorluklar gösterir.

Bu yazımızda alt çene rezeksiyonlu hastalarda değişik protez uygulamalarını gösterdik.

## K A Y N A K L A R

- 1- Rosental, L.E.: The Edentulous patients with jaw defekts., Dent.Clin., N. Amer, 773-779, 1964.

- 2- Sounders, T.R.: Development, utilization and evaluation of educational programs for patients with maxillary and mandibular defekts, J.Prost.Dent., 42:665-668, 1979.
- 3- Schaff, N.G.: Oral reconstruction for edentulous patient after partial mandibulectomies, J.Prost.Dent., 36, 1976.
- 4- Beumer, J., Curtis, T.A., Firtell, D.N.: Maxillo facial Rehabilitation Prosthodontic and Surgical Consideration, The C.V. Mosby Company, 1979.
- 5- Curties, T.A., Cantor, R.: The Forgotten patient in maxillo facial prosthetics. J.Prost.Dent. 31:662-680, 1974.
- 6- Edgerton, T.M., Pyott, E.J.: Surgery and prosthesis in Jaw reconstruction, 3.Prost,Dent.4: 257-262; 1954.
- 7- Admisman, I.K.: Removable partial dentures for jaw defekts of the maxilla and mandible, Dent.Clin.N.Amer. 849-870, 1962.
- 8- Rahn, A.O., Boucher, L.J.: Maxillofacial Prosthetics, W.B. Saunders Company, London, 1970.
- 9- Laney, W.R.: Maxillo facial prosthetics, PSG Publishing Company, Littleton, Massachusetts, 1979.
- 10- Chalian, V.A., Drane, J.B., Standish, S.M.: Maxillofacial Prosthetics, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1971.
- 11- Robinson, J.E., Rubright, W.C.: Use of a gude plane for maintaining the residual fragment in partial or hemi-mandibulectomy, J.Prost.Dent., 14:992-995, 1964.