

PAPER DETAILS

TITLE: MANDIBULAR REZEKSIYON GEÇİRMİS HASTALARDA PROTETİK

TEDAVİ-PROSTHETIC REHABILITATION FOR THE RESECTED MANDIBULAR PATIENT

AUTHORS: Haluk KESKIN,Emel DERVIS,Nurcan UYGUN,Esra SOMTÜRK,Aytaç

KARAKULLUKÇU,Dilek İYİGÜN

PAGES: 312-314

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/93975>

MANDİBULAR REZEKSİYON GEÇİRMİŞ HASTALARDA PROTETİK TEDAVİ

Halûk Keskin**, Emel Derviş***, Nurcan Uygun***, Esra Somtürk***,
Aytaç Karakullukçu***, Dilek İyigün***

Yayın kuruluna teslim tarihi: 10.3.1993

ÖZET

Mandibular rezeksiyonda; Enfekte bölge, oral neoplazmadan etkilenen mandibulaya ait dişler, gingiva, ve alveol kemiği marginal rezeksiyonla kaldırılır. Cerrahi rezeksiyon sonucu oluşan mandibulanın devamsızlığı, mandibular fonksiyonunun simetri ve balansını bozar, buna defekt kenarında kalan parçanın deviasyonu ve değişen mandibular hareket eklenir. Mandibular rezeksiyon çeşitlerine göre protezlerin düzenlenmesi yapılır.

Anahtar sözcük: Mandibular rezeksiyon.

ABSTRACT

PROSTHETIC REHABILITATION FOR THE RESECTED MANDIBULAR PATIENT

In mandibular resection; Involved area, the teeth, gingiva, and alveolar bone of the mandible which were affect from oral neoplasm are removed surgically by a marginal resection. Discontinuity of the mandible after surgical resection destroys the balans and symmetry of mandibular function, which leads to altered mandibular movements and deviation of the residual fragment the defect side. The prosthesis can be made to accomodate a variety of mandibular resection.

Key words: Mandibular resection.

MANDİBULA REZEKSİYONLARINDA PROTETİK TEDAVİ

Cerrahi rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu tekniklerindeki devamlı gelişmeler bu hastaların prognozu ve rehabilitasyonunu oldukça iyileştirmiştir.

Meydana gelen deformasyonlara bağlı estetik bozukluk ve fonksiyonel çiğneme hareketlerinin bozulması, tükürüğün kontrol edilememesi, konuşma, yutkunma gibi fizyolojik sorunlar ortaya çıkar. Bu hastaların protetik tedavisi ile görünüş, fonksiyon ve konuşma bozuklukları düzeltilebilir. Ancak tedavisi oldukça zordur.

Alt çenenin, kondili kapsamayan marginal rezeksiyonlarda, mandibulanın devamlılığı korunur. Mandibulanın devamlılığının korunduğu rezeksiyonlarda bilinen protetik tedavi uygulanır.

Mandibula devamlılığının korunamaması, defekt tarafına doğru mandibula deviasyonuna sebep olur. Rezeksiyonun lokalizasyonu, kapsadığı alan, et-

kilenen yumuşak doku miktarı, innervasyon etkilenme derecesi, cerrahi yarayı kapatış düzgünlüğü ve doğal dişlerin miktarı deviasyonu etkileyen faktörlerdir. Ayrıca uzun süre radyoterapi görmüş hastalarda dişler arasında açıklık ve alt çene deviasyonu çok daha belirgindir.

Literatürlerde, deviasyonun önlenmesiyle ilgili değişik görüşler bildirilmiştir(1,2,7).

Bu görüşler; (1)

1. Geri kalan mandibular segment ve maxilladaki kuvvetli dişler bir numaralı dişler olarak gösterilerek intercuspal pozisyon sabitliği sağlanır. Böylece dişlerin ve periodonsiyumun mekanik propriceptive mekanizmaları mandibular fonksiyon ve artikülasyonun yeterli gelişmesini sağlar. Maxiller klavuz protezler yapılarak dişler hazırlandığında mandibulanın deviasyonu önlenir.

2. İntermaxiller fixasyon, cerrahi sırasında gerçekleştirilir. Fixasyon müddetine ters olarak deviasyon derecesi gözlemlenir.

* İ.Ü. Diş Hek. Fak. Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Bilim Dalı

** Doç. Dr., İ.Ü. Diş Hek. Fak. Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Bilim Dalı

*** Dt., İ.Ü. Diş Hek. Fak. Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Çene Yüz Protezi Bilim Dalı

3. Primer kapanışa sebep olan deviasyon deri greft ya da flapla indirgenir. Graft postoperatif olarak dilin mobilitesini iyileştirir, konuşma-tükürük kontrolü ve mastikasyonda da faydalıdır.

4. Rezeksiyon kenarındaki hyoid kasların korunması, mandibulanın stabilitesine yardım eder ve deviasyonun büyümesini önler.

5. Yumuşak dokuların postradyasyon fibrosisi, mandibular deviasyonu ve mandibular hareketin artmasına anlamlı olarak yardım eder.

Sonuçta, mevcut dişlerin durumu, sayısı ve çene nin deviasyon miktarına göre protetik tedavi değişir.

DIŞLI HASTALARDA PROTETİK TEDAVİ

Deviasyonun düzeltilmesinde dişli hastalar dişsiz hastalara göre daha avantajlıdır. Protez ameliyatından kısa bir süre sonra uygulanırsa sikatris dokusunun etkisi azaltılabilir. Ancak hasta geç gelmiş ve sikatris dokusu oluşmuşsa tedavi zordur ve uzun süre gereklidir.

Dişli ağızlarda cerrahi işlemin yapılmadığı tarafta bozuk olan oklüzal kontak düzeltmek ve kas eğitime yardımcı olmak amacıyla akrilik rampa şeklinde maxiller palatal eğimli protezler uygulanır. Rampa, mandibular dişlerin intercuspal pozisyonda kapatılmasına yardım eder. Hasta sentrik pozisyona kolayca geçmeye başladığı zaman apareyin kullanımından vazgeçilir(1,5,7).

Maxiller arktaki dişlerin oklüzal yüzeyi, palatinaldeki akrilik resin kaide mandibular dişlerin linguallerini de içine alacak ve fonksiyona girecek şekilde genişletilir. Böylece eğitici rehber protez hazırlanır(2).

KISMEN DIŞLI HASTALARDA PROTETİK TEDAVİ

Deviasyonun önlenmesi ya da en aza indirilmesi için uygulanan rehber düzlem protezleri geçici ve daimi olarak 2 grupta toplanabilir.

Cerrahiden hemen sonra 5-7 hafta için intermaxiller fixasyon savunulur. Dişli hastalarda fixasyon kaldırıldıktan sonra deviasyon tespit edilirse hasta intercuspal pozisyona dönebilinceye kadar rehber kenar (flange) kullanılır. 5-7 hafta intermaxiller fixasyon yapılan hastalarda daha az mandibular deviasyon saptanmıştır (1,5).

Dental arkin modelleri elde edilir. Modeller üzerinde cerrahlar tarafından hudutlar çizilir, bu tahmin edilen hudutlardan birkaç mm. kısadır. Eksik dişler

ve alveoler sırt alalade usullerde hazırlanarak ara (geçici) protezler ligatürlerle tespit edilir. 3 ay civarında kesin protezler yapılmasına hasta hazır olur(3,4,5).

Yaranın kapatılmasında flap ve deri greftinin yapılması deviasyonu azaltır. Cerrahi sırasında yapılan intermaxiller fixasyon restorasyona kılavuzluk eder ve kuvvetli fizyoterapi fibrosisi azaltır(1,5,6,7).

Küçük cerrahi defekti olan hastalar defektli tarafta el ile basınç uygulayarak dişlerini kapanışa getirmek sureti ile kendi kendilerini eğitebilirler. Oklüzal kontakta başarıp çiğneme sırasında pozisyonu tekrar edemeyen hastalar için rehber kenarlı (flange) protez endikedir. Her bir hastaya göre değişen bu zaman süresi boyunca alıştırma-eğitim protezi kullanılabilir. Dişli hastalarda doğal dişlerle kabul edilebilir oklüzal kontaklar elde edilemiyorsa palatal rampa ya da geniş oklüzal tabla kullanılabilir(4,5).

Mandibular deviasyonu fazla olan hastaların yumuşak doku kaybı fazla olup bunun sonucu fazla gergin yara kapanması olanlar radikal boyun diseksiyonu ve geniş radyasyon tedavisi geçirmiş olan kişiler olduğu söylenmiştir. Tedavi için, mandibular kaideli rehber protezler önerilmiştir. Optimum sonuçlar için protezler organize egzersiz programı ile kombine uygulanmalıdır(2,7).

Birçok mandibular rezeksiyon hastasının mandibular hareketlerinin kas eğitiminde yardımcı olmak için rehber proteze gereksinim olduğu ifade edilmiştir. Dişli hastalarda doğru interoklüzal ilişkiyi başara-bilip mastikasyon sırasında bu pozisyonu yeteri kadar devam ettiremeyenler, lateral rehber kenar kullanabilirler(7).

Bilateral sonu serbest sonlanan hastalarda cerrahi işlem yapılamayan taraftaki alt döküm protezin kaidesi vertikal ve bukkal yönde uzatılarak akrilik kenar hazırlanabilir. Artikülâtörde model üzerinde mum bukkal kenar hazırlanır. Alt iskelet protez hasta ağızına takılarak açma-kapama hareketleri sırasında mum kenarlarının fonksiyonel şekillendirilmesi yapılır ve protez akriliğe dönüştürülür(5,7).

Doğal dişleri olan hastalar için rehber kenarlı bölümlü protez tanımlanmıştır. Kısmen dişsiz hastalarda dişler yeterince kuvvetliyse rehber kenarlı bölümlü protez deviasyonu azaltmak amacıyla kullanılabilir. Kısmen dişsiz hastalarda dişler zayıf veya deviasyon uzun süredir varsa, diş hekimi mandibular hareket serbestliğine izin vermelidir. Monson eğrisi tipli oklüzyonun rehber olarak endike olabileceği oklüzal ilişki kaydedilmelidir(6,7).

Mandibular ve maxiller dişler mevcutsa değişe-

bilen mandibula hareket örneklerinde intercuspal pozisyon muhafaza edilir(1). Ağızda mandibular dişler varsa sentrik oklüzyon pozisyonuna rehberlendirilebilir(4).

DIŞSIZ HASTALARDA PROTETİK TEDAVİ

Dişsiz hastalarda protetik rehabilitasyon, estetik-konuşma ve çiğneme fonksiyonunu ameliyat öncesi duruma getiremez.

Dişsiz mandibular rezeksiyonlu hastaların tedavisinde, maxiller protezde oklüzal tablayı genişletecek palatal rampa şekillendirilmiştir. Bu şekilde, oklüzal kontakt stabilizasyonunu elde etmek kolaylaşmış olacaktır. Bu yöntemde operasyonun karşı tarafındaki maxiller dişlerin palatinal tarafına inley ve sert kaide mum yerleştirilir. Hastaya çeşitli mandibula hareketleri yaptırılır ve bu sırada mum üzerinde fonksiyonel oklüzyon oluşturulur. Mum yüzeyi hafifçe yumuşatılarak oklüzal rampa elde edilir. Elde edilen rampa mandibulanın çeşitli pozisyonlarında oklü-

zal teması sağlar ve eğimli yüzeyler mandibulayı pozisyona getirmede rehberlik görevi yapar(5,7).

Operasyon yapılmayan tarafta üst proteze arka grup dişlerin palatinaline, ikinci sıra arka grup dişlerin yerleştirilmesi tanımlanmıştır. Birinci sıra diş dizimi ile tanımlanan Monson eğrisi, mandibula segmentinin dışarı doğru dönmesini engellerken, ikinci diş dizisinde fonksiyonel oklüzal konum elde edilir. Bu tip rehber protez düzlemlerinde anatomik olmayan akrilik posterior dişler kullanılır. Anatomik dişler primer temas oluşturacağı için istenmez(3,5,7).

Hastalar çiğneme fonksiyonlarını daha ziyade sağlam tarafta geliştirme durumunda olduklarından geniş bir oklüzal alan elde etmek için oklüzal rampadan yararlanılır. Bu rampa üst protezin posterior tarafında premolar ve molar dişlerin arkasında ortalama 10 mm. genişliğinde olup, alt protezin azı dişlerini yatay yönde 3-4 mm. aşacak şekilde akrilikten hazırlanır. Bazı vakalarda oklüzal rampanın yerine oklüzal damak platformunda ikinci diş dizimi yapılarak problemi halletmek mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Jack W Martin, Rhonda F Jacob Mandi. Mandibular Positioning prosthesis for the partially resected mandibulectomy patient. *J Prosthet Dent* 1985; 53:678-80.
2. Moore D J Mitchel D L: Rehabilitating dentulous hemimandibulectomy patients. *J Prosthet Dent* 1976; 35:202-5.
3. Gordon E King, Jack W Martin. Functional mandibular surgical stents; Use in primary reconstruction of the cancer patient. *J Prosthet Dent* 1983; 49:217-9.
4. Despardins R P. Occlusal considerations for the partial mandibulectomy patient. *J Prosthet Dent* 1979; 41:308-401.
5. Robinson S E Rubright W C. Use of a guide plane for maintaining in the residual fragment in partial or hemimandibulectomy. *J Prosthet Dent* 1964; 35:202-06.
6. Schaaf H G Oral reconstruction for adentulous patients after partial mandibulectomies. *J Prosthet Dent* 1976; 36:292-96.
7. Swoope C C. Prosthetic management resected adentulous mandibles *J Prosthet Dent* 1969; 21:197-9.

Yazışma adresi

Dt. Emel Derviş

İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Çene - Yüz Protezi Bilim Dalı

34390 Çapa - İstanbul