

*TAM DIŞSİZ MİKROSTOMİ HASTASININ PROTETİK REHABİLİTASYONU: BİR OLGU SUNUMU

PROSTHETIC REHABILITATION OF AN EDENTULOUS PATIENT WITH MICROSTOMIA: A CLINICAL REPORT

^{1**}Ayşegül KÖROĞLU, ¹Onur ŞAHİN, ¹Doğu Ömür DEDE

¹Yrd.Doç.Dr., Protetik Diş Tedavisi, Diş Hekimliği Fakültesi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.

Özet

Baş ve boyun bölgesi neoplazilerinin cerrahi tedavileri, yanıklar, travma, skleroderma ve Plummer-Vinson sendromu gibi birtakım hastalıklar sonrası mikrostomi ile karşılaşabilmektedir. Sınırlı ağız açıklığı, mikrostomi hastalarının protetik tedavi prosedürlerini zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla, bu hastaların sıklıkla farklı bir takım yöntemlerle rehabilite edilmeleri gerekmektedir.

Bu olgu sunumunda, alt ve üst çene tam dişsiz bir mikrostomi hastasının, etil vinil asetat esnek plaklardan hazırlanmış şahsi kaşık ve protez kaideleri kullanılarak oluşturulmuş tam protezlerle tedavisinden bahsedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikrostomi, tam protez, dental ölçü.

Abstract

Microstomia may result from surgical treatment of head and neck neoplasms, burns, trauma, scleroderma and Plummer-Vinson syndrome. Limited oral opening complicates the prosthodontic treatment procedures of the patients with microstomia. Therefore, these patients often need to be rehabilitated with a number of different methods.

This case report presents the treatment of an edentulous microstomia patient with complete dentures that fabricated by using flexible ethyl vinyl acetate custom trays and denture bases.

Key words: Microstomia, complete denture, dental impression.

Giriş

Mikrostomi, anormal, küçük ağız boşluğunu ifade etmektedir (1). Genellikle, travmanın, yanıkların, postoperatif baş ve boyun neoplazileri ve bunların cerrahi tedavilerinin, dudak yarığı ve sklerodermanın sekeli olarak görülmektedir. Hallopeau-Siemens-tipi resesif distrofik epidermolizis bülloza, Freeman-Sheldon sendromu, Burton iskeletsel displazi gibi genetik bozukluklar ve Plummer-Vinson sendromu gibi hastalıkların bir sonucu olarak da mikrostomi ile karşılaşabilmektedir (2,3).

Sınırlı ağız açıklığı olan hastalarda, dişlerin korunması ve restorasyonuna yönelik

işlemler diş hekimleri için büyük zorluklara neden olmaktadır. Mikrostomi hastalarının protetik tedavileri için literatürde birçok metot (2-9) ve oral komissuraları genişletmek için farklı cihazlar tarif edilmiştir (10-12). Mikrostomi hastalarının ölçü işlemleri için literatürde sıklıkla karşımıza parçalı ölçü kaşıkları çıkmaktadır. Bu kaşıkların yapımında; ortodontik genişletme vidaları, metal pinler, lego bloklar ve akrilik rezin bloklardan yararlanılabilmektedir (7). Yine, söz konusu hastaların protetik tedavilerinde, farklı bağlantı sistemlerinden oluşan parçalı ya da katlanabilir protezler ve termoplastik materyallerden hazırlanmış esnek protezler de kullanım alanına sahiptir (13).

Mikrostomi hastalarının protetik rehabilitasyonları, ölçü alma işleminden protezin teslim aşamasına kadar ki tüm safhalarda zorluk göstermektedir. Ağız açıklığındaki sınırlama, konvansiyonel yöntemler kullanılarak ölçü alma ve protezi bitirme işlemlerini imkânsız hale getirebilmektedir (2).

Bu olgu sunumunda, alt ve üst çene tam dişsiz bir mikrostomi hastasının protetik tedavisi için; esnek, etil vinil asetat plakların kullanımıyla

* Bu çalışma FDI 2013 Dünya Diş Hekimliği Kongresi (28-31 Ağustos) nde poster bildirisi yapılmıştır.

**İletişim Adresi

Dr. Ayşegül KÖROĞLU
Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
Kozlu/ZONGULDAK

Tel: 0 372 261 34 25
Fax: 0 372 261 34 03

gerçekleştirilen, konvansiyonel tam protezlerin yapım aşamaları anlatılmaktadır.

Olgu Sunumu

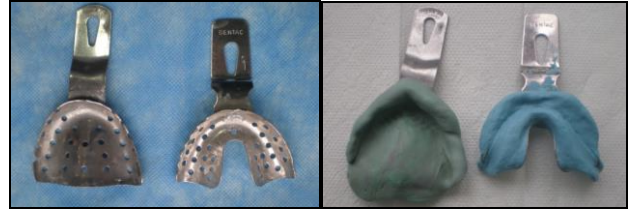
Alt dudak malign neoplazisine bağlı cerrahi müdahale sonrası mikrostomi gelişen 64 yaşındaki erkek hasta, alt-üst çene tam dişsizliğe bağlı gelişen fonksiyonel ve estetik kayıplarının giderilmesi amacıyla Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Tedavi öncesi yapılan muayenede hastanın ağız açıklığı yaklaşık 30 mm olarak saptanmıştır (Resim 1). Hastaya tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmiş, maksillar ve mandibular tam dişsizliklerin rehabilite edilmesinde konvansiyonel akrilik tam protezlerin yapımına karar verilmiştir.



Resim 1. Olgunun kısıtlı ağız açıklığını gösteren frontal yüz görünümü

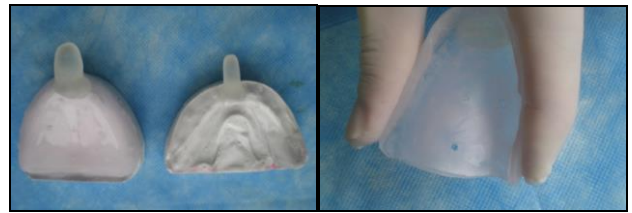
Alt ve üst çenelerin anatomik ölçülerini almak için gerekli metal fabrikasyon kaşıkların, var olan ağız açıklığı sınırlaması nedeniyle, ağıza kolaylıkla girebilmesi ve uygun bir şekilde konumlanması için karbon separe ile kenarları kısaltılmış, keskin kalan köşeleri ise çeşitli ebatlardaki frez ve lastiklerle yuvarlatılmıştır. Üst çene ölçüsü kondansasyon tipi, silikon esaslı ölçü maddesi (heavy-body) (Zetaplus, Zhermack, Rovigo, İtalya) ve alt çene ölçüsü ise geri dönüşümsüz hidrokolloid ölçü maddesi (aljinat) (Cavex Impressional, Cavex BV, Haarlem, Hollanda) kullanılarak alınmış ve teşhis modelleri elde edilmiştir (Resim 2-3). Detaylı bir ikinci ölçü alabilmek için, hastanın ağız açıklığı sınırlamaları göz önüne alınarak elastik bir materyal olan etil vinil asetat thermoform şeffaf 3 mm'lik plaklardan

(Drufosoft, Dreve Dentamid GmbH, Almanya) şahsi kaşıklar hazırlanmasına karar verilmiştir.



Resim 2-3. Anatomik ölçü için küçültülen fabrikasyon kaşıklar ve anatomik ölçüler

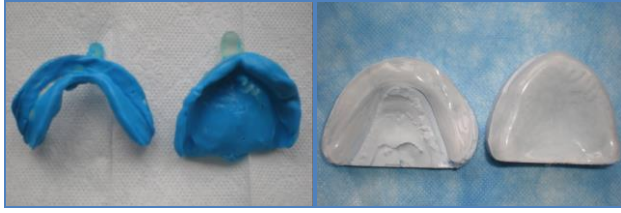
Her iki alçı modele de tüm bazal alanı kaplayacak şekilde baz plak mumu yerleştirilerek molar ve kanin diş bölgelerinde kret tepesinden vestibül sulkusa uzanan 2 mm genişliğinde, toplam 4 adet doku stop alanı oluşturulmuştur. Kaşık yapımında kullanılacak plağın ısıyla şekillendirilmesi esnasında alçı model üzerindeki mumun bu işlem esnasında eriyebilecek olması, alternatif bir yöntemin uygulanmasını gerektirmiştir. Üzerinde pembe mum kaidesi yerleştirilmiş ve doku stopları oluşturulmuş modelden, fabrikasyon metal kaşıklarla aljinat ölçü maddesi kullanılarak ölçüler alınmış ve duplikat alçı modeller elde edilmiştir. Kullanılacak ikinci ölçü materyalleri için öncesinden yer temini sağlanmış olan alçı modeller üzerinde ise basınçla kalıplama metodu kullanılarak etil vinil asetat thermoform şeffaf 3 mm'lik plaklardan (Drufosoft, Dreve Dentamid GmbH, Almanya) delikli şahsi kaşıklar hazırlanmıştır (Resim 4-5).



Resim 4-5. Etil vinil asetat plaktan yapılan fonksiyonel ölçü kaşıkları ve kaşığın elastikiyetinin görünümü

İlave reaksiyon tipi, polivinil siloksan elastomerik ölçü maddesi (Monopren transfer, Kettenbach GmbH, Almanya) kullanılarak yarı fonksiyonel yöntemle ikinci ölçüler alınmış ve Ada Tip 4 alçı (Amberok, Anadolu Dental Products, İstanbul, Türkiye) kullanılarak ana modeller elde edilmiştir (Resim 6-7). Ana modeller üzerine yine elastik etil vinil asetat plaklar kullanılarak hazırlanan kaideler üzerinde

mum şablon hazırlanarak çenelerin vertikal ve horizontal ilişki kayıtları tespit edilmiştir.



Resim 6-7. Alt üst çene için alınan fonksiyonel ölçüler ve ana modeller üzerinde hazırlanan kaideler

Kayıtlar ve modeller yarı ayarlanabilir bir artikülatöre transfer edildikten sonra (Hanau Articulator, Teledyne Hanau Buffalo, NY, USA), modeller üzerinde diş dizimi yapılmıştır. Dişli provanın ardından maksillar ve mandibular protezler tek parça halinde ısıyla polimerize olan polimetil metakrilat rezin (Meliodent, Heraeus Kulzer Ltd., Newbury, Berkshire İngiltere) kullanılarak hazırlanmıştır (Resim 8-9-10).



Resim 8-9-10. Alt üst çene bitmiş tam protezler ve olgunun bitmiş protezlerle frontal görünümü

Hastaya protezlerini giriş yolu doğrultusunda nasıl takıp çıkaracağı anlatılmış, protez kullanımına ilişkin telkinlerde bulunulmuştur. Takip eden randevularda proteze bağlı gelişen irritasyonlar elimine edilerek, protezlerin kontrolleri yapılmıştır.

Tartışma

Mikrostomi hastalarının protetik rehabilitasyonlarında, kısıtlı ağız açıklığı protez yapımını ve bitmiş protezin kullanımını zorlaştıran en önemli sınırlamadır. Literatürde ölçü aşamasındaki problemlerin üstesinden gelebilmek amacıyla sıklıkla çeşitli pinlerle birleştirilen parçalı kaşıklarla ölçü alınması önerilmektedir (2,4-6,8,9,14). Protez kullanımında yaşanan problemlerin üstesinden gelebilmek için ise daha çok parçalı ya da elastik materyallerden yapılan protezlerin tercih edilmesi önerilmektedir (3,4,6,9). Ancak, gerek parçalı kaşıkların gerekse de parçalı protezlerin hazırlanması ve kullanılmasındaki teknik detaylar, olgu sunumumuzda da kullanılan elastik materyallerin kullanıldığı metoda kıyasla oldukça büyük zorluklar göstermektedir. Olgu sunumumuzda anlatılan hastanın ağız açıklığı miktarı ve parçalı kaşık ve protez tekniklerinin kompleks prosedürleri göz önüne alınarak, Egan ve Swindells (13)' in de olgu sunumlarında bahsettiği tekniklere benzer şekilde esnek materyallerin kullanımı yoluna gidilmiştir. Protez kaide materyali olarak, daha esnek yapıdaki termoplastik poliamid veya akrilik materyallerin kullanılması, hastanın protezini takıp çıkarmasını kolaylaştıracak olsa da; bu materyallerin renk ve boyutsal stabilitelemlerinin uzun dönemde başarısızlıklara yol açması ve söz konusu olguda, ekonomik nedenlerden dolayı konvansiyonel polimetil metakrilat akrilik rezin materyal tercih edilmiştir. Ayrıca bu olgu sunumunda, alt ve üst çene tam dişsiz mikrostomi hastasının protetik rehabilitasyonunda, daha çok okluzal splint tedavilerinde tercih edilen yüksek elastikiyete sahip etil vinil asetat şeffaf plaklardan hazırlanmış, şahsi kaşık ve kaidelerin kullanılması; hekim için ölçü alma ve maksillomandibular ilişkiyi tespit etme işlemlerini kolaylaştıracak bir durum sergilemiştir.

Şahsi ölçü kaşığı yapım teknikleri, kullanılan ölçü maddesine göre değişiklikler gösterebilmektedir. Örneğin çinko oksit öjenol gibi rijit bir ölçü maddesi kullanılacaksa, modele daha iyi adapte hazırlanmış bir ölçü kaşığının yapılması tavsiye edilmektedir. Elastomerik ölçü maddeleri veya aljinat kullanılacak ise, ölçü materyalinin daha kalın olarak kullanılabilmesi için, kaşık ile model arasında aralık sağlayacak mum ve doku stopları hazırlanmalıdır (Sharry

Tekniği) (15,16). Ağız açıklığının kısıtlı olduğu bu olguda ise, ölçü kaşığının tek parça olarak ağıza yerleştirilmesi düşünüldüğü için; elastik özelliğe sahip fonksiyonel ölçü kaşıkları hazırlanarak, elastik özelliği ölçü kaşığına yakın olan elastomerik polivinil silikon ölçü maddesi kullanılmıştır. Kullanılan ölçü maddesinin kalınlığının kontrol edilebilmesi ve kaşığın doğru olarak ağıza yerleştirilebilmesi için doku stopu yapım tekniği (15,16), doku stopları hazırlanmış mum yapı üzerinden ikinci bir ölçü alınarak kaşık modelinin duplike edilmesi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

Sonuç

Sınırlı ağız açıklığı olan hastalarda protetik rehabilitasyon amacıyla konvansiyonel klinik prosedürleri uygulamak, sıklıkla zorluk göstermektedir. Bu olgu sunumunda da bildirildiği gibi, esnek kaşık ve kaide materyallerinin kullanımları; karşılaştırılması muhtemel klinik zorlukların üstesinden gelmede diş hekimine yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Mosby'nin Diş Hekimliği Sözlüğü. Murat Aydın (Ed.), 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, sf:284, 2011.
2. Geckili O, Cilingir A, Bilgin T. Impression procedures and construction of a sectional denture for a patient with microstomia: a clinical report. J Prosthet Dent 2006; 96: 387-90.
3. Watanabe I, Tanaka Y, Ohkubo C, Miller AW. Application of cast magnetic attachments to sectional complete dentures for a patient with microstomia: a clinical report. J Prosthet Dent 2002; 88: 573-7.
4. Al-Hadi LA, Abbas H. Treatment of an edentulous patient with surgically induced microstomia: a clinical report. J Prosthet Dent 2002;87: 423-6.
5. Dhanasomboon S, Kiatsiriroj K. Impression procedure for a progressive sclerosis patient: a clinical report. J Prosthet Dent 2000; 83: 279-82.
6. Cura C, Cotert HS, User A. Fabrication of a sectional impression tray and sectional complete denture for a patient with microstomia and trismus: a clinical report. J Prosthet Dent 2003; 89: 540-3.
7. Deogade SC. A novel technique of impression procedure in a hemimaxillectomy patient with microstomia. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dentistry 2012. doi:10.1155/2012/272161.
8. Bachhav VC, Aras MA. A simple method for fabricating custom sectional impression trays for making definitive impressions in patients with microstomia. Eur J Dent 2012; 6: 244-7.
9. Benetti R, Zupi A, Toffanin A. Prosthetic rehabilitation for a patient with microstomia: a clinical report. J Prosthet Dent 2004; 92:322-7.
10. Nair CK, Sivagami G, Kunnekel AT, Naidu ME. Dynamic commissural splint. Indian J Dent Res 2008; 19 (2): 165-8.
11. Bedard JF, Thongthammachat S, Toljanic JA. Adjunctive commissure splint therapy: a revised approach. J Prosthet Dent 2003; 89: 408-11.
12. Alfano SG, Lemus FE. Fabrication of a unilateral oral commissure retractor. J Prosthet Dent 2012; 108(6): 398-400.
13. Egan JG, Swindells SA. A novel prosthodontic alternative for patients who are edentulous and have microstomia: a case report. Spec Care Dentist 2012; 32(4): 160-4.
14. Sahoo S, Suvarna S, NS V, Kumar P. Prosthodontic management of microstomia employing sectional impression tray. Eur J Prosth 2013; 1(3): 72-5.
15. Çalikkocaoğlu S. Dişsiz Hastaların Protetik Tedavisi, 5. Baskı, İstanbul: Quintessence Yayıncılık, sf:218, 2010.
16. Kulak-Özkan Y. Tam Protezler ve İmplantüstü Hareketli Protezler, 1.Basım, İstanbul: Elma Basım, sf:256, 2012.