

YÖNTEM

ÇENE REZEKSİYONLARINDA PROTETİK REHABİLİTASYONU GELİŞTİREN BAZI CERRAHİ MODİFİKASYON ÖNERİLERİ

SUGGESTIONS OF SURGICAL MODIFICATION TO IMPROVE PROSTHETIC REHABILITATION IN RESECTIONS OF THE MAXILLA AND THE MANDIBLE

Dr. Yavuz ASLAN(*), Dr. Canan HEKİMOĞLU(*)

ÖZET: Orofasial kanserlerin cerrahi rezeksiyonu sonucu hastada anatomik, fonksiyonel, kozmetik, ve psikolojik sorunlar gelişebilir. Bu tür vakaların başarılı rehabilitasyonu için, ekip çalışması ve önceden yapılacak tedavi planı büyük önem taşır. I Intraoral ve ekstraoral rezeksiyonlarda uygulanabilecek bazı cerrahi modifikasyonlar ise yapılacak protezlerin başarısına katkıda bulunur.

Anahtar Sözcükler: Sert ve yumuşak damak defektleri, mandibula defektleri, retansiyon.

SUMMARY: Anatomical, functional, cosmetics and psychological problems may be developed as a result of surgical resection of orofacial cancers. For successful rehabilitation of these kinds of events, team work and advance treatment is essential. Some surgical modifications in intraoral and extraoral resections contribute to success of the prosthesis.

Key Words: Hard and soft palate defects, defects of the mandible, retention.

GİRİŞ

Orofasial kanserler için uygulanan radikal cerrahi, bu bölgedeki dokuların sıklıkla geniş rezeksiyonunu gerektirir. Bunun sonucu; hastada anatomik eksiklikler, kozmetik fonksiyonel ve psikolojik sorunlar gelişebilir. Rehabilitasyon, düzenli olarak ameliyattan önce planlanmalı ve bazı vakalarda başlatılmalıdır. Tedavi planlaması sırasında, durumun cerrah ve prostodontist tarafından değerlendirilmesi protetik rehabilitasyonun başarısı için gereklidir. Ancak bu şekilde, prostodontist intraoral ve ekstraoral defektler için en başarılı protezi hazırlayabilir (2).

Sert - yumuşak damak ve çevre yapıların rezeksiyonu, oral kavite ve orofarinksde anatomik defektlere ve fonksiyonel yetersizliklere yol açar. Oranasal ayrımın bozulması nedeniyle yutkunma ve konuşma fonksiyonları bozulur. Bu tür hastalar cerrahi girişimden önce çene-yüz protezleri uzmanı tarafından görülmelidir. Diagnostik ölçüler alınıp dental modeller elde edilmelidir (Resim 1). Ya-

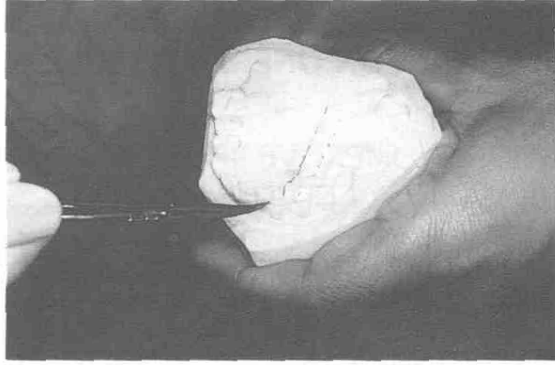
pılacak protezin desteklenmesi, retansiyonu ve stabilizasyonu için oral yapılar mümkün olduğu kadar korunmalıdır. Sert damak defeklerinin cerrahi tedavisi sırasında alınacak önlemler, yapılacak protetik tedavinin başarısına katkıda bulunur. Buna göre;

1. Öncelikle lezyon tarafında bulunan anterior dişler, defekte komşu olan anterior ve posterior dişler mümkün olduğu kadar zarar görmeden korunmalıdır. Yine mümkünse, posterior dişler de korunmalıdır. Böylece cross-arch stabilizasyon sağlanır (2). Dişlerin olmadığı ya da korunamadığı durumlarda, yine öncelikle anterior reziduel "ridge'ler" ve posterior reziduel "redge'lerin" korunması protetik başarı için gereklidir.

2. İnsizyon hattındaki dişin önce ekstraksiyonu yapılmalıdır ve dişin soketi boyunca kemik kesimi yapılabilir. İnteralveolar kesim yerine intraalveolar kesim yapılmalıdır. Çünkü bu yaklaşım, kalan dişin kökü için daha çok periodontal destek sağlar. Defekte komşu olan dişin ömrünün uzaması beklenir ve bu diş obturatörün desteklenmesinde daha rahat kullanılabilir (1) (RESİM 2).

Maksilla ve mandibulada cerrahi rezeksiyon hatunda sıkı interproksimal kontaklı dişler var ise, kontakt hızlı ortodontik tedavi ile açılabil-

* Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi A.B.D., ANKARA



RESİM 1: Dental modelin prostodontist ve cerrah tarafından incelenmesi protetik prognozun başarısı için önemlidir.



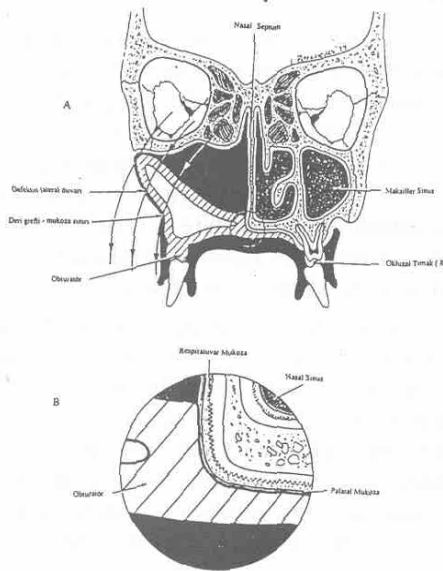
RESİM 2 : Sağlıklı anterior ve posterio dişler protetik prognozu artırır.

lir ve sonra kesim işlemi diş köklerine ve peridontal dokulara zarar vermeden yapılabilir.

3. Öncelikle defekte yakın olan dişler sağlıklı olarak korunmalıdır. Defekte uzak olan dişlerin korunması da büyük önem taşır.

4. Dişli veya dişsiz hastalarda anterior segmentin korunması protezin başarısını geliştirir.

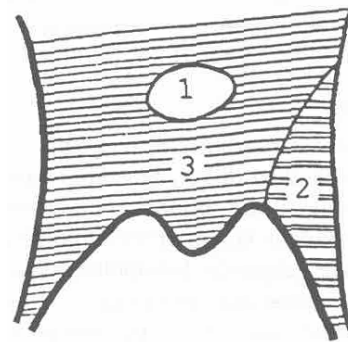
5. Klasik sert ve yumuşak damak maksillektomilerinden sonra lateral periferal (Yanak tarafı) sınırlar büyük hareketlilik gösterir. Dişsiz hastada defektin medial marjini fulkurum noktası haline gelir. Eğer bu marjin ve yüzey, cerrahi sırasında uzun bırakılan atake (Keratinize) diş eti ile kapatılırsa stabilite artar (ŞEKİL 1, A ve B).



ŞEKİL 1 (A ve B): A; obturatörün periferal bölümü ile cerrahi defektin lateral duvarı temasdadır. Total maksillektomi yapıldığında, bu lateral periferal uzantı büyük hareketlilik gösterir. B; kesitin büyütülmüş görünümü (Bumer, sayfa: 222).

6. Tamamen dişsiz maksillada, rezeksiyon tarafında öncelikle anterior ve hemen sonra posterior reziduel "ridge'in" korunması, obturatörün başarısını geliştirir.

Yumuşak damak defektleri olarak sınıflandırılır (ŞEKİL 2).



ŞEKİL 2 : Yumuşak damak defektleri
1. Median yumuşak damak defektleri
2. Lateral yumuşak damak defektleri
3. Total yumuşak damak defektleri

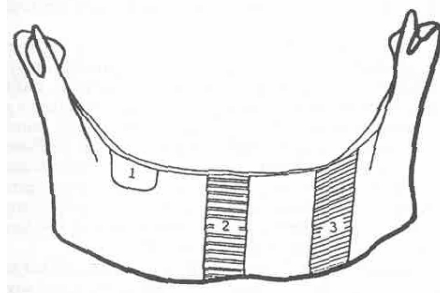
Yumuşak damak defektlerinin protetik rehabilitasyonu, sert damak defektlerine göre daha güçtür. Çünkü yumuşak damak dinamik bir yapıdır ve rezeksiyondan sonra geriye kalan bölümlerin fonksiyonel hareketleri, proteze karşı fonksiyon görür. Yumuşak damağın redüksiyonu fonksiyonel aktiviteler sırasında yetersiz bir oransal separasyona yol açar. Bundan dolayı, velofaringeal mekanizma değerlendirilmelidir.

Sert ve yumuşak damağın cerrahi rekonstrüksiyonu defekt oldukça küçük ise fonksiyonel yönden başarılı olabilir. Rezeksiyonun miktarı ile geri kalan yumuşak damağın fonksiyonel bozukluğu her zaman oranlı değildir. Geriye kalan do-

kuların hareketliliği çok önemlidir. Rezeksiyondan sonra posteriorda nonfonksiyonel yumuşak damak bantı kalmamalıdır. Posterior yumuşak damakta, fonksiyonel olamayacağı düşünülen yumuşak damak bantı rezeksiyona dahil edilmelidir. Total yumuşak damak rezeksiyonlarında, protezin başarısı yutma, yutkunma ve konuşma sırasında oral seslerin çıkarılmasında tam bir oronasal separasyonla sağlanabilir. Bu da, başta farinksin superior konstriktör kası olmak üzere tüm faringeal aktiviteye bağlıdır. Yumuşak damak defektlerinin protetik rehabilitasyonunda, daha fazla bilgi birikimi ve klinik deneyim gereklidir.

Maksiller rezeksiyonlarda, genel olarak protetik rehabilitasyon çok başarılıdır. Total ve totale yakın sert ve yumuşak damak rezeksiyonlarında, rezeksiyon miktarı arttıkça protetik rehabilitasyonunun başarısı da sınırlanır. Böyle bir durumda, cerrahi rekonstrüksiyon yapılarak protezden tamamen vazgeçilebilir. Oldukça küçük sert ve yumuşak damak rezeksiyonlarında cerrahi rekonstrüksiyon sıklıkla başarılı olur.

Mandibulektomi vakalarında protetik rehabilitasyon tek başına çok başarılı olamaz (ŞEKİL 3). Birçok vakada protetik rehabilitasyondan önce cerrahi rekonstrüksiyon istenir. Erken veya geç rekonstrüksiyon yapılabilir ve splintlerle orijinal form korunabilir. Maksillada olduğu gibi, mandibuler rezeksiyonlarda da genel olarak sağlıklı dişlerin varlığı ve lokalizasyonu protetik başarıyı direkt olarak etkiler. Defekte öncelikle yakın, indirekt retansiyon için de uzak olan dişlerin varlığı protetik yönden çok önemlidir.



ŞEKİL 3: Mandibuler defektler;
1. Marjinal mandibulektomi
2. Median segmental mandibulektomi
3. Lateral segmental mandibulektomi

Marjinal mandibuler rezeksiyonlardan sonra, protetik uygulamalar, ileri düzeyde alveolar sırt (Ridge) rezorpsiyonu meydana gelmiş hastalardakine benzer şekilde yapılır. Cerrah uygun gördüğünde, erken ya da geç rekonstrüksiyon planlayabilir. Tercihen otojen kemik grefti ve ikin-

ci bir operasyonla vestibul derinleştirilmesi düşünülebilir. Ogümentasyon bölgesi üzerine atake dişeti grefti protezin bazal desteğini en iyi şekilde geliştirebilir. Başarı sırasına göre, diğeri yarım kalınlık deri greftidir. Yanak mukozası, greft ya da kemik üzerini örten yumuşak doku olarak, protezin desteklenmesinde fazla yararlı olamaz. Mandibuler rezeksiyon protezleri hastanın fasila konturlarını geliştirmek, ağızdaki sıvıların kontrolünü sağlamak, konuşma ve çiğnemesine yardımcı olmak için tasarlanır.

Mandibuler rezeksiyondan sonra en az birkaç sağlıklı dişi bulunan, parsiyel olarak dişsiz hastaların protetik rehabilitasyonu için "guiding flange" protezleri kullanılabilir (1). Guiding flange, hastada okjuzyonun sağlanmasına ve mandibuler deviasyonun önlenmesine yardım eder. Yine bazı dişsiz hastalarda, önceden kontrol altına alınamayan ağır deviasyonun varlığında, rehber eğimler (Guiding ramp) çoğu kez protez plaklarının portezi yönlendirecek kadar stabil olmasını sağlayamaz. Bu durumda deviyeye kapanış kabul edilir ve ikinci bir sıra diş ile okluzyon sağlanabilir.

Segmental rezeksiyonlarda, mandibuler ramus veya corpusun segmental rezeksiyonu kalan segmentlerin kollabe olmasına yol açacaktır. Residual segmentler ve maksilla arasındaki sentrik ilişkiyi korumadaki yetersizlik nedeni ile hastalar çiğneme gücünü çekerler. Ağızdaki sıvıların kontrolünü sağlanamamasının yanında özellikle dil de rezeke edildi ise konuşma gücünü geliştirir. Segmental rezeksiyonlarda geri kalan segmentlerin orijinal konumları splintler ile korunabilir, Segmental rezeksiyonu takiben uygulanan intermaksiller fiksasyon deviasyonun azaltılmasında yararlı olabilir. Mandibuler deviasyon intermaksiller fiksasyon yapılmayan hastalarda, yapılanlara göre daha fazla oranda meydana gelir.

Geniş segmental rezeksiyondan sonra, mandibuler protezin hasta tarafından kabulü değişkenlik gösterir. Dil rezeksiyonu sonucu dil hareketleri sınırlanabilir ve konuşma bozuklukları olabilir. Bunun için "palatal speech-aid protezler" yapılabilir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Yavuz ASLAN

Hacettepe Üni. Diş Hek. Fak. Protetik Diş

ABD. Sıhhiye/ANKARA

KAYNAKLAR

1. CANTOR R, CURTIS T A, SHIPP T, BEUMER J, VOGEL S B: Maxillary Speech Prosthesis For Mandibular Surgical Defects. J Prosthet Dent 1969; 22: 253-260
2. SUEN JY YAND MYERS EN: Cancer of the Head and Neck. Churchill Livingstone Inc., New York, 1981,145-184.